

Медицинская

29 марта 2023 г.
среда
№ 12 (8081)

газета®



130 лет

ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ВРАЧЕБНОЕ ИЗДАНИЕ

Основано в 1893 году. Выходит один раз в неделю.
Распространяется в России
и других странах СНГ

www.mgz.ru

Амбулаторно-поликлиническая помощь – форпост борьбы за женское здоровье.

Стр. 4

Структура условной онкослужбы, созданной новым Порядком, не отвечает ни интересам больного, ни интересам экономики здравоохранения.

Стр. 10-11

Границы этики в медицине очень широкие, а главный судья для врача – это совесть.

Стр. 12

В центре внимания

Мы всегда с вами

Какие приоритеты в развитии систем здравоохранения в странах СНГ?



Глобальные и региональные вызовы, старые и новые, стоят перед здравоохранением. Дополнительные механизмы углубления и диверсификации сотрудничества стран Содружества Независимых Государств обсуждались в Таврическом дворце в Санкт-Петербурге. Именно здесь проводит свои заседания Межпарламентская ассамблея.

На этот раз в городе на Неве собрались представители профильных ведомств Содружества. Ключевыми темами дискуссий стали: модернизация первичного звена, обеспечение отрасли кадрами, повышение доступности и качества медицинской помощи, вопросы технологического суверенитета в таких стратегически важных областях, как биотехнология, генетика, цифровая трансформация, развитие искусственного интеллекта, создание вакцин и современных лекарственных препаратов. Надо сказать, что эти темы обсуждаются давно, продвинулись серьёзно же вперёд часто мешает груз проблем как экономических, так и политических свойств.

– Модели в странах СНГ опираются на систему, основанную

Выступает Мелита Вуйнович

в прошлом столетии Н.Семашко, – напомнил в своём выступлении на пленарном заседании министр здравоохранения Российской Федерации Михаил Мурашко. – Благодаря этому, мы находимся в едином научно-образовательном пространстве и по-прежнему сохраняем сходные подходы по многим вопросам.

Министр остановился на трендах, которые характерны сегодня для систем здравоохранения. По его мнению, это фокус на человека, цифровая трансформация, аналитика на основе больших баз данных. Главными являются организационные решения: научная организация труда, развитие кадрового потенциала. Закономерно, что перестройка и развитие отрасли в нашей стране строится на основе федеральных проектов.

– Когда говорим об ориентации системы здравоохранения на человека, по сути дела, речь идёт о блоке, сопровождающем человека на всём жизненном пути, – пояснил М.Мурашко. – Формируем здоровье, сохраняем его и поддерживаем качество жизни на разных её этапах. Исходя из этой парадигмы мы трансформируем медицинское сопро-

вождение пациентов, выстраивая новый формат взаимодействия.

– В этом историческом зале поднимаются критически важные темы для всех государств – членов Всемирной организации здравоохранения, – заявила представитель ВОЗ в России Мелита Вуйнович. – Мы всегда с вами. И выступаем за обсуждение сложных проблем, вставших перед государствами. В этом году 7 апреля организация отпразднует свой 75-летний юбилей. К сожалению, эту дату встречаем в период беспрецедентных вызовов, вставших перед человечеством. Они крайне серьёзные. Мы сталкиваемся с неспособностью достичь целей устойчивого развития. Но все государства несут общую ответственность, чтобы достичь базового принципа ВОЗ – никого не оставить без внимания и обеспечить доступность качественного здравоохранения.

В завершении М.Вуйнович напомнила слова регионального директора ВОЗ Ханса Клюге: «Здоровье не заменяет всё остальное. Но без здоровья у нас нет ничего».

Андрей ДЫМОВ.

Санкт-Петербург.

Официально

Объяснён порядок начисления

Приказом Минздрава России № 99н от 10.03.2023 утверждены разъяснения по начислению введённых с 1 января федеральных социальных выплат для медиков дефицитных специальностей. В частности, документом определён перечень медицинских работников, которые могут претендовать на социальную выплату. Уточняется, что должности медицинских работников и руководителей медицинских организаций и их заместителей определены в номенклатуре должностей, утверждённой приказом Минздрава России № 1183н от 20.12.2012.

Кроме того, конкретизирован порядок выплат для медиков, работающих на неполную ставку. Также Минздрав указал, что в случаях, когда в первом квартале 2023 г. специальная социальная выплата не установлена медицинскому работнику, имеющему право на её получение, по организационно-техническим и иным причинам, то она подлежит выплате ему в полном объёме во втором квартале 2023 г. за период со дня возникновения права на неё.

Напомним, что с 1 января 2023 г. специальная социальная выплата осуществляется следующим категориям медицинских работников: врачи центральных районных, районных и участковых больниц; врачи, к которым обращаются граждане по поводу заболеваний или с профилактической целью, а также осуществляющие диспансерное наблюдение граждан по основному заболеванию; врачи и медицинские работники с высшим неспециальным образованием, осуществляющие прижизненные гистологические и цитологические исследования по направлению медицинских работников (указанных в подпунктах «а» и «б» пункта 2 постановления № 2568); врачи станций скорой медицин-

ской помощи; специалисты со средним медицинским образованием центральных районных, районных и участковых больниц; специалисты со средним медобразованием, работающие с врачами (указанными в подпункте «б» пункта 2 постановления № 2568), а также оказывающие первичную медико-санитарную помощь по поводу заболеваний или с профилактической целью, включая проведение исследований, по территориально-участковому принципу прикрепленному населению и осуществляющие диспансерное наблюдение граждан по основному заболеванию; фельдшеры и медицинские сёстры станций скорой медицинской помощи; младший медицинский персонал центральных районных, районных и участковых больниц; младший медицинский персонал медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь гражданам по территориально-участковому принципу; младший медицинский персонал станций скорой медицинской помощи; медицинские сёстры по приёму вызовов скорой медицинской помощи и передаче их выездным бригадам скорой медицинской помощи.

Павел АЛЕКСЕЕВ.

АВТОРИТЕТНОЕ МНЕНИЕ

Владимир ГРИШИН

Первый исполнительный директор Федерального фонда ОМС (1993-1998), главный научный сотрудник Финансового университета при Правительстве РФ, профессор:

Система ОМС не оправдала всех надежд, которые на неё возлагались в период эйфории перемен, но она достойно выполнила тот объём задач, что позволяли ей финансовые ресурсы и организационные возможности.

Стр. 6-7



Новости

Поддержка медиков
в новых регионах

Медицинские работники, прибывшие или переехавшие на работу в сельские населённые пункты, рабочие посёлки, посёлки городского типа, города с населением до 50 тыс. человек, расположенных в новых регионах, получают единовременные компенсационные выплаты. Распоряжение о распределении субсидий на эти цели подписал председатель Правительства РФ Михаил Мишустин.

– Правительство продолжает поддерживать медицинских работников, которые трудятся в сельской местности в малых городах, в отдалённых населённых пунктах. Прежде всего в рамках программ «Земский доктор» и «Земский фельдшер». Теперь распространим их на наши новые территории, – сказал М.Мишустин.

Выплаты будут предоставлены в рамках действующей программы «Земский доктор/Земский фельдшер». Согласно правилам, врачи смогут получить по 1 млн руб., фельдшеры, акушерки и медсёстры – по 500 тыс.

Решение позволит привлечь в государственные медицинские организации Донецкой, Луганской народных республик, Запорожской и Херсонской областей в 2023 г. не менее 250 специалистов – 125 врачей и 125 средних медицинских работников, повысить качество и доступность медицинской помощи для людей. В федеральном бюджете на выплаты медработникам в рамках программ «Земский доктор/Земский фельдшер» ежегодно предусмотрено около 6 млрд руб.

Чтобы принять участие в программе и получить компенсацию, специалисту нужно ознакомиться в региональном органе здравоохранения с перечнем вакантных должностей, найти подходящую вакансию, заключить трудовой договор с медицинским учреждением, обязуясь отработать там не менее 5 лет, а затем подать в региональный орган здравоохранения заявление на получение выплаты, указав реквизиты для перевода денежных средств и предоставив копии необходимых документов, в том числе диплома об образовании и трудового договора. Подать заявление и документы также можно через отдел кадров по месту работы.

Условием получения выплаты не является обязательный переезд в сельскую местность. Например, на поддержку государства могут рассчитывать выпускники медицинских колледжей и вузов, которые завершили учёбу и вернулись работать в свои населённые пункты, где зарегистрированы по месту жительства.

Владимир ЧЕРНОВ.

Онкопомощь доступна
по месту жительства

Первичная онкопомощь стала более доступной для омичей благодаря Центру амбулаторной онкологической помощи населению, который развернул свою работу в рамках Федерального проекта «Борьба с онкологическими заболеваниями» на базе медсанчасти № 7. Новое структурное подразделение, созданное в конце минувшего года, выполняет функции комплексной диагностики, оно максимально приближено к месту жительства. На днях его работу проинспектировал губернатор области Александр Бурков.

Как пояснил главный врач МСЧ-7 Вячеслав Егоренко, центр помогает выстроить чёткую маршрутизацию пациентов: при подозрении на онкозаболевание врач поликлиники по месту жительства направляет пациента в центр, где ему назначают полный спектр обследований. В случае выявления опасного недуга его уже с результатами исследований направляют в онкодиспансер для проведения консилиума и решения вопроса о дальнейшей тактике лечения.

Центр амбулаторной онкологической помощи на базе МСЧ-7 полностью укомплектован врачами этого профиля. Здесь установлен новый 64-срезовый компьютерный томограф для диагностики новообразований, обеспечивающий высокое разрешение при низкой дозе облучения, поскольку зачастую пациенту нужно обследовать не одну, а две-три области тела. Оборудованы всем необходимым пять врачебных кабинетов, кабинеты эндоскопии, УЗИ и ЭКГ. Создание одного такого центра обошлось региональному бюджету более чем в 100 млн руб. Их в регионе уже четыре. Например, аналогичный центр онкопомощи действует в северном городе Тара и обслуживает население близлежащих муниципальных районов, чтобы им не приходилось ездить на обследование в областной центр.

– Онкозаболевания – настоящий бич нашего столетия, их распространённость растёт во всём мире. В одну из моих ещё первых поездок в районы области люди жаловались, что при выявлении у них онкологии они попадали в онкодиспансер только через несколько месяцев, с уже развившимся заболеванием, – рассказал А.Бурков. – Не была выстроена маршрутизация, а получение всех справок и прохождения обследований занимало массу времени. По федеральной программе мы создали центры амбулаторной онкологической помощи, чтобы охватить как можно больше пациентов, и чтобы они не стояли в очереди в онкодиспансер.

Эта программа в Прииртышье стартовала в 2020 г., и сегодня, по оценке специалистов, есть неплохие результаты – идёт снижение летальных исходов от онкологических заболеваний. Работа в этом направлении продолжается. Большое внимание уделяется оснащению онкологического диспансера, где постоянно внедряются самые передовые методики. К слову, по нацпроекту «Здравоохранение» за 5 лет для онкологической службы региона приобретено свыше 300 единиц медицинского оборудования. Наряду с бюджетными средствами в это направление привлекаются и частные инвестиции.

Год назад в партнёрстве с группой компаний «МедИнвестГрупп» в онкодиспансере создан новый центр лучевой терапии. Полгода назад в Омске открыт первый ПЭТ-центр на территории горбольницы № 1. Это позволило выйти на совершенно новый уровень исследования онкологии. Если прежде ежемесячно до полутора сотен омичей вынуждены были ездить в соседние регионы, чтобы пройти такое обследование, то теперь они получают медицинские услуги мирового уровня дома.

Татьяна БЕРЕЗОВСКАЯ.

Омск.

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

Обсуждения

Дистанционные
технологии по ОМС

Федеральный фонд обязательного медицинского страхования рассматривает возможность введения тарифов на оказание медицинской помощи с применением современных достижений техники и дистанционных технологий. Об этом на форуме «Здоровое общество» сообщил председатель фонда Илья Баланин.

Он подчеркнул, что в адрес ОМС поступают предложения по оплате медицинской помощи с применением телемедицинских технологий. Даже обсуждается финансирование обследований с помощью искусственного интеллекта. «Указанные предложения могут быть поддержаны только при условии тщательной и комплексной проработки соответствующих инициатив, а также оценки рисков снижения финансирования отдельных медицинских организаций», – уточнил председатель фонда.

Ещё одним важным моментом выступления И.Баланина стало заявление о возвращении в этом году к оплате профилактических осмотров, диспансеризации, углублённой диспансеризации, диспансерного наблюдения, медицинской реабилитации за единицу объёма. Главный плюс такого подхода – это эффективность расходования средств ОМС и стимулирование медицинских работников.

При этом было отмечено, что фонд готов к обсуждению с профессиональным сообществом дальнейшего расширения перечня медицинской помощи, оплачиваемой за единицу объёма.



И.Баланин заострил внимание на оплате медицинской помощи в амбулаторных условиях по подушевому нормативу финансирования. В этом случае лечебные учреждения начинают получать финансирование, зависящее не только от количества прикрепленного населения или количества оказанных услуг как ранее, но и от показателей здоровья этого прикрепленного населения. Соответственно фонд и Минздрав России продолжают внедрять показатели результативности деятельности медицинских организаций.

«Подход прошлых лет – самый простой вариант. Огромный плюс в том, что обеспечивается стабильное финансирование поликлиник и врачебных амбулаторий. При этом у данного подхода есть, с нашей точки зрения, существенный минус – нет необходимости выполнения

установленного объёма оказания медицинской помощи, остаётся риск не назначения отдельных видов исследований, у медицинских работников нет мотивации более тесно работать с населением», – пояснил председатель ФОМС.

И.Баланин рассказал и о финансировании в 2023 г. Приоритетным направлением остаётся амбулаторное звено. На него планируется направить более одного триллиона руб., что составляет 39% от общего объёма. Увеличение расходов на амбулаторное звено, по сравнению с 2021 г., составит 25%. Значительный рост финансирования позволит развивать оказание помощи в амбулаторном звене.

В текущем году за счёт средств ОМС профосмотры смогут пройти более 86 млн человек.

Алексей ПИМШИН.

Сотрудничество

Пересадка ГСК по-братски

Трансфер высоких технологий проводится с учётом региональных традиций

Первая в Узбекистане трансплантация гемопоэтических стволовых клеток от родственного донора выполнена в Республиканском специализированном научно-практическом медицинском центре гематологии (Ташкент). Это, бесспорно, значимое событие для здравоохранения республики событие стало возможно благодаря помощи российских коллег. Операцию провела международная команда врачей под руководством руководителя сектора научных исследований химиотерапии гемобластозов Национального медицинского исследовательского центра гематологии Минздрава России кандидата медицинских наук Михаила Дрокова.

Ранее в Узбекистане проводились лишь аутологичные трансплантации ГСК. Теперь гематологическая служба этой страны поднялась на новую технологическую ступень, возможности лечения онкогематологических больных, нуждающихся в пересадке костного мозга, расширяются.

Первым пациентом, которому выполнили пересадку аллогенных гемопоэтических стволовых клеток от родственного донора, стал 36-летний мужчина с диагнозом «острый миелоидный лейкоз, группа неблагоприятного прогноза». Операция прошла без осложнений, пациент чувствует себя хорошо. Как пояснил корреспонденту «МГ»

М.Дроков, у больных с таким диагнозом без трансплантации ГСК шансы на выздоровление равны нулю. Трансплантация донорских стволовых клеток призвана резко их увеличить.

В настоящее время в ташкентском Центре гематологии обследуют и готовят к такой же операции следующего пациента с онкологическим заболеванием крови. Бригаду врачей вновь возглавит российский специалист.

– Трансфер технологий – сложный процесс. Любая медицинская технология требует адаптации под ту реальность, где она будет применяться, – подчёркивает эксперт.

В данном случае под реальностью подразумеваются не только различия в организации работы того или иного лечебного учреждения, но также местные социально-экономические и культурологические особенности. Так, в Узбекистане заинтересованы в развитии именно трансплантации ГСК от гаплоидентичного донора, когда донором стволовых клеток становится один из родителей для ребёнка или совершеннолетние дети для родителей. А вот задачу по формированию национального регистра доноров стволовых клеток в республике в настоящее время не ставят, ведь цели выполнять неродственные пересадки ГСК здесь пока нет. Почему?

– В рамках развития трансплантационной программы для данной страны это не целесообразно. Мы обсуждали все нюансы заранее

при планировании совместной работы. В Узбекистане семьи имеют в среднем по 4-5 детей, что существенно повышает шансы найти родственного донора. Кроме того, доступность большей части современных препаратов на территории республики и современные подходы к трансплантации – режимы профилактики реакции «трансплантат против хозяина», подходы к выхаживанию пациентов – позволяют обеспечить сопоставимые результаты трансплантологической помощи и без регистра неродственных доноров, – поясняет М.Дроков.

Следует также заметить, что в Узбекистане установлен законодательный запрет на трансграничное перемещение биоматериала. Таким образом, создание регистра доноров ГСК, как и использование стволовых клеток из международных регистров здесь неактуально. И это, кстати, не единственный пример в мировой практике, когда государственная трансплантологическая стратегия формируется исходя из региональной специфики. По словам М.Дрокова, универсальной модели не существует: «Мы можем сказать «делайте так и только так», и технология не будет работать. А можем гармонизировать её с теми условиями, в которых она будет востребована. Универсальными являются принципы, а вот модели всегда разные, как бы близки ни были страны».

Елена СИБИРЦЕВА.

Ситуация

Своих поощадем, а чужих не жалко

Расследование российских парламентариев подтверждает, что на Украине под видом биолaborаторий созданы военные объекты США и НАТО. В течение нескольких месяцев Парламентская комиссия, состоящая из членов Совета Федерации и депутатов Госдумы, собирает доказательства этому.

– Для прихода с реальными военными базами на суверенную территорию других стран необходимы серьёзные, контролируемые основания. А создание военных биолaborаторий позволило США действовать в обход всех международных соглашений. Появление на территории других стран военно-биологических лабораторий открывает для США возможности проводить на базе таких объектов генетические и биологические эксперименты над людьми, не опасаясь протестов американской общественности и наступления последствий нарушения своего национального законодательства, – подчеркнула сопредседатель комиссии, заместитель председателя Госдумы РФ Ирина Яровая.

Иными словами, заокеанский дядюшка Сэм просто перенёс опасные исследования в области создания биологического оружия

на территорию своей новой колонии. Своих-то жалко, а чужих нет.

Хронология событий в изложении российских парламентариев такова. В 1993 г. США, Канада, Швеция и Украина заключили Соглашение о создании Украинского научно-технологического центра, в 1998 г. к соглашению присоединились страны ЕС. В 2005 г. после избрания проамериканского президента Украины Виктора Ющенко в страну с визитом прибыл из США тогда ещё сенатор Барак Обама, и в биолaborатории ему показали пробирки с возбудителями сибирской язвы и чумы. После этого Украину вынудили подписать дискриминационное для неё Соглашение о сотрудничестве в области предотвращения распространения патогенов, технологий и знаний, которые могут быть использованы при разработке биологического оружия. Казалось бы, НАТО таким образом позаботилось о мировой биобезопасности, однако на самом деле ничего подобного: страну с её наукой, технологиями, системой санэпиднадзора просто взяли в клещи.

– С полной уверенностью можно констатировать: ложные доводы, будто их приход на Украину был направлен на решение каких-то

стратегических вопросов безопасности или гуманитарного сотрудничества, не подтверждаются, – отметила И.Яровая.

В 2008 г. между Департаментом государственного санитарно-эпидемиологического контроля Украины и руководителем отдела снижения угроз посольства США в Украине был подписан план предоставления технической помощи Минздраву Украины, а в 2009 г. – концепция реализации программы сокращения биологической угрозы, которая на самом деле разрушала систему биосuverенитета и биобезопасности Украины.

В начале 2014 г. в Верховную Раду был внесён проект закона о запрете размещения иностранными государствами вирусологических лабораторий. Это стало попыткой президента Виктора Януковича освободить страну от военно-биологической зависимости со стороны США. Увы, закон не был принят, так как в стране произошёл «майданный» госпереворот. К слову, отметили в Госдуме, одним из первых решений нового правительства Украины было именно досрочное прекращение действия государственной целевой программы биобезопасности и биологической защиты. Здесь уместно заметить, что глава того правительства Арсений Яценюк

ныне «совершенно случайно» проживает в США.

Вскоре при содействии американских экспертов была сначала реорганизована, а в 2017 г. и вовсе ликвидирована украинская санитарно-эпидемиологическая служба. Отменены система диспансеризации, обязательной вакцинации населения.

По мнению российских парламентариев, эта череда событий в их взаимосвязи с политическими процессами не оставляет никаких сомнений в том, что военно-биологическое освоение Украины имело изначально агрессивный, военизированный характер и было направлено, в том числе, против интересов РФ. Страны НАТО фактически получили право не только официально работать в созданных здесь военных биолaborаториях, но и фактически управлять эпидемиологической обстановкой на Украине в своих интересах.

В связи с расследованием Парламентской комиссии создание так называемого «Санитарного щита России» выглядит ещё более обоснованным. Тем более, что военные биолaborатории созданы НАТО не только на Украине, но и в других странах бывшего СССР.

Елена БУШ,
обозреватель «МГ».

Эхо трагедии

Россия пришла на помощь

Многопрофильный мобильный госпиталь Федерального центра медицины катастроф Минздрава России развёрнут в районе Эрзин турецкой провинции Хатай на территории больницы, здание которой сильно пострадало при землетрясении и стало непригодным для дальнейшего оказания медицинской помощи.

Возможности разворачиваемого Минздравом России в Хатае многопрофильного аэромобильного полевого автономного госпиталя позволяют ежесуточно проводить до 7 сложных и 15 средних хирургических операций, предоставлять медицинские услуги 250 человек. В состав комплекса входят 20 модулей: реанимационный, стационарного лечения, операционный, перевязочный, интенсивной терапии, диагностический.

Аналогичный полевой многопрофильный медицинский госпиталь Федерального центра медицины катастроф развёрнут и в Сирии. За прошедшую неделю он принял более 2 тыс. пациентов. Как сообщили в пресс-службе Минздрава России, это связано с травмами, стрессами, отсутствием пригодных для жизни условий из-за землетрясения, загруженности медучреждений, а также из-за роста числа инфекционных заболеваний в условиях ЧС в районе Алеппо.

Помощь населению по более чем 10 медицинским направлениям оказывают 30 российских специалистов, в их числе хирурги и травматологи, терапевты и педиатры.

У более чем 700 осмотренных детей врачи чаще всего диагностируют респираторные инфекции с осложнениями в виде бронхитов, пневмоний и отитов. У взрослых вместе с ОРЗ часто встречаются обострения хронических заболеваний сердечно-сосудистой системы. В перевязочной хирургического блока выполнено порядка 100 инвазивных манипуляций и малых операций.

Пациенты с тревожными расстройствами сразу консультируются психиатром, который работает на пункте первичного приёма и регистрации. Более 400 пациентов получили неотложную помощь в дневном стационаре. В нём проводятся внутривенные инфузии и ингаляции, имеется необходимое оборудование для мониторинга и кислородной поддержки. Ещё 11 пациентов, обратившихся за медицинской помощью, были экстренно госпитализированы в стационары Алеппо для круглосуточного наблюдения и оперативного лечения.

Игорь НАУМОВ.

Ориентиры

Врач должен всегда учиться!

Министр здравоохранения России Михаил Мурашко встретился с участниками Образовательного медицинского форума Sechenov.Pro, который прошёл в санатории «Звенигород» Сеченовского университета Минздрава России. Лучшие студенты медицинских вузов России, прошедшие конкурсный отбор на платформе Всероссийской студенческой олимпиады «Я – профессионал», смогли задать вопросы главе Минздрава и ректору Сеченовского университета академику РАН Петру Глыбочко в рамках дискуссии.

На форуме собрались 110 лучших студентов из 26 регионов, это лидеры, которым предстоит двигать медицинскую науку, отметил М.Мурашко, рассказав будущим врачам об основных направлениях развития российского

здравоохранения. По его словам, в каждом потребуются помощь молодых талантов. Министр выделил основные направления, которые необходимо учитывать при развитии здравоохранения: создание новых технологий, цифровизацию, организацию системы, кадровый вопрос.

В течение последних нескольких лет Минздрав России внедряет новую модель медицинской организации с переходом на бережливые технологии, ведётся активная реконструкция существующих и строительство новых медицинских учреждений, медучреждения оснащаются новым оборудованием. По словам министра, первое, на что стоит обратить пристальное внимание, – первичное звено здравоохранения. Именно сюда люди чаще всего обращаются за помощью. В год в России насчитывается бо-

лее одного миллиарда обращений в амбулаторное звено. Участковой терапевт – самый востребованный врач, к которому предъявляется огромное количество требований. Поэтому он должен обладать максимальными знаниями и компетенциями, поскольку, в отличие от узких специалистов, имеет дело с колоссальным количеством патологий. Отвечая на вопрос студентов, какую специализацию выбрать, министр посоветовал студентам обратить внимание на работу именно в первичном звене.

Большая часть дискуссии с лучшими студентами-медиками страны была посвящена развитию технологий в медицине: президент страны Владимир Путин объявил в России Десятилетние науки и технологий. Сегодня цифровая трансформация здравоохранения уже началась: начинают вне-

даться современные технологии, формируются цифровые профили пациентов, широко используются возможности телемедицины.

– Новые методы лечения, технологии, – всё это делается в условиях кооперации. Стране нужна производственная составляющая и молодые учёные. Но каждый, кто хочет связать жизнь с наукой, видит себя совершающим прорыв, однако в медицинской науке можно найти и небольшие «точки входа». Медицинские открытия довольно быстро и широко внедряются. Тем более, что внедрение новых технологий – приоритет государства, – подчеркнул М.Мурашко.

Общение министра со студентами длилось почти 2 часа, в финале встречи он сделал на «стене гласности» форума запись-напутствие: «Врач должен всегда учиться!».

Дмитрий ДЕНИСОВ.

Перспективы

Председатель Правительства РФ Михаил Мишустин, выступая с отчётом о работе Правительства за 2022 г. в Государственной Думе, назвал сбережение и укрепление здоровья и повышение продолжительности жизни важнейшими общегосударственными задачами.

«Мы все хотим видеть нашу страну сильной и современной. А значит, граждане должны иметь возможность всегда получать качественное лечение, пройти обследование, не ожидая приёма долгое время, особенно если говорить о пожилых людях и о родителях с детьми», – сказал премьер.

Он отметил, что в прошлом году было построено более 270 больниц и поликлиник, а также свыше 700 быстровозводимых фельдшерско-акушерских пунктов и амбулаторий. Завершён капитальный ремонт 1300 объектов, поставлено 37 тыс. единиц оборудования, 2 тыс. машин скорой помощи и

Сбережение здоровья – важнейшая задача

4 тыс. автомобилей для перевозки врачей и пациентов.

«Расширили доступность высокотехнологичной помощи – добавили восемь новых видов, оказываемых в федеральных медицинских организациях. Её бесплатно получили в прошлом году почти 1,5 млн человек, на 10% больше, чем годом ранее. В том числе дорогостоящие операции на сердце, сосудах, трансплантация органов, тканей. И это не просто сухие цифры. За ними кропотливый труд первоклассных докторов и избавление от сложных болезней многих пациентов», – подчеркнул премьер.

Власти сделали более доступной и медицинскую реабилитацию – её

прошли свыше 1,3 млн граждан. Если раньше такой вид помощи чаще оказывался стационарно, то теперь её можно получить и амбулаторно. Для этого в прошлом году всем необходимым оборудованием было оснащено свыше 150 региональных медицинских организаций и 400 профильных отделений. На это было выделено около 9 млрд руб. Ещё почти 2 млрд было направлено на оборудование 28 федеральных центров.

«Усилили борьбу и с социальными значимыми заболеваниями. В прошлом году были открыты 74 центра амбулаторной онкологической помощи в половине регионов страны. Теперь они есть

во всех российских субъектах. Модернизируем и сосудистые центры, и их первичные отделения», – сказал М.Мишустин.

Программа бесплатного расширенного неонатального скрининга будет продолжена во всех регионах России. Раньше такой скрининг был доступен только в пилотных регионах. В текущем году массовые обследования новорождённых начались по всей стране. Глава правительства отметил, что уникальная программа расширенного неонатального скрининга позволяет впервые диагностировать 40 врождённых и наследственных заболеваний на самой ранней стадии и незамедлительно оказать

помощь, назначить необходимое лечение. Речь идёт о спасении нескольких тысяч жизней малышей ежегодно. Для этих целей было закуплено около 300 единиц медицинского и лабораторного оборудования на общую сумму почти в 1,5 млрд руб.

Премьер напомнил, что для помощи детям с тяжёлыми, редкими заболеваниями по инициативе президента РФ был создан специальный фонд «Круг добра», который за 2 года своего существования оказал поддержку уже более 5 тыс. детей. В декабре по поручению главы государства было подготовлено очень важное решение, по которому ещё больше маленьких пациентов смогут получать лекарства за счёт фонда. Это ребята с так называемыми высокочастотными нозологиями. Глава правительства поблагодарил депутатов за поддержку и принятие этого закона.

Павел БАЛАГИН.

Сегодня в столице стартует XXIX Всероссийский конгресс с международным участием «Амбулаторно-поликлиническая помощь в эпицентре женского здоровья от менархе до менопаузы». Это знаковое событие для специалистов в области акушерства и гинекологии и представителей других специальностей, связанных с данной темой. И, по большому счёту, для всего женского населения страны, поскольку улучшение оказания медицинской помощи в этой сфере будет способствовать укреплению здоровья и нынешнего и будущего поколений.

Накануне конгресса состоялась встреча с одним из инициаторов проведения подобных мероприятий, руководителем научно-поликлинического отделения Национального медицинского исследовательского центра акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И. Кулакова Минздрава России, президентом Международной общественной организации «Ассоциация по патологии шейки матки и кольпоскопии», Российского общества по контрацепции, доктором медицинских наук, профессором, заслуженным деятелем науки РФ Верой ПРИЛЕПСКОЙ, и мы попросили её ответить на наши вопросы.

— Вера Николаевна, судя по порядковой цифре XXIX, эти конгрессы ежегодные? Как возникла идея их проведения, и чем нынешний отличается от предыдущих?

— Вы правы: номер конгресса (если можно так сказать) говорит сам за себя. В течение без малого 30 лет проводились такие мероприятия, иногда они назывались несколько иначе, но всегда касались амбулаторно-поликлинической помощи.

Надо сказать, что вопросам оказания амбулаторно-поликлинической помощи, её организации и улучшения, к которому мы, безусловно, стремимся, с каждым годом уделяется всё больше внимания. Она занимает одно из ведущих мест в медицине, поскольку именно на первичном этапе определяются дальнейшие шаги помощи пациенту.

Не случайно сегодня руководство страны придаёт большое значение улучшению качества амбулаторно-поликлинической помощи, это признано одной из главных задач здравоохранения. Об этом неоднократно говорил в своих выступлениях Президент РФ Владимир Путин, поручивший правительству продолжать поддержку и модернизацию первичного звена здравоохранения.

Поэтому круг участников наших ежегодных конгрессов с каждым годом увеличивается, а рассматриваемые вопросы являются неизменно актуальными.

— В своё время вы стояли у истоков создания амбулаторно-поликлинической службы в гинекологии. Что можно сказать о её состоянии на современном этапе?

— Собственно, первый подобный конгресс и ознаменовал превращение амбулаторно-поликлинической службы в акушерстве и гинекологии из вспомогательной, второстепенной, в самостоятельное подразделение, где помощь оказывается на высоком научном и практическом уровне. Именно тогда в стране появились и получили своё развитие многие направления, которые существуют только в амбулаторной практике. Например, та же контрацепция. Или патология шейки матки. Их изучение никогда не выделялось в отдельную науку. Поэтому и достижений было мало. А сейчас это самостоятельные, важные и очень востребованные направления.

При этом медицина находится в постоянном поиске. Время дарит нам всё новые и новые открытия в возможностях диагностики и обследования больных; создание современных аппаратов и препаратов открывает перспективы более эффективного лечения. Изменилось представление о многих болезнях, подход к ведению пациентов, да и сами организационные основы амбулаторно-поликлинической помощи. Сейчас создаются большие амбулаторные центры, поликлиники, в которых представлена и наша специальность. Достаточно сказать, что в Москве в присутствии мэра города Сергея Собянина в последнее время открыто несколько таких центров.

— Как повлияла на работу службы пандемия?

— Естественно, пандемия стала большим испытанием во всех от-

Наши интервью

В эпицентре — женское здоровье

Специалисты обсуждают актуальные и спорные вопросы

ношениях. Даже принципы ведения пациентов с рядом заболеваний и патологических процессов стали совсем другими. Во многом амбулаторная помощь в этот период была направлена на борьбу с заболеваниями, сопровождающимися осложнениями, а именно: протеканием на фоне коронавирусной инфекции беременности, гинекологических патологий и т.п. Претерпели изменения и подходы к вопросам предохранения от беременности: ввиду возможного влияния на свёртываемость крови у наших пациенток отменялось применение гормональных контрацептивов — в зависимости от степени тяжести заболевания их нужно было заменить чем-нибудь другим, и это тоже создавало определённые проблемы. При ведении беременных стали больше внимания уделять влиянию инфекции на различные органы и системы, в том числе на состояние плода.

Кроме того, в нашем центре были созданы специальные кабинеты для проведения вакцинации, куда могли обратиться как пациенты, так и сотрудники — а у нас работает почти 3,5 тыс. человек. По инициативе директора НМИЦ академика РАН Геннадия Сухих было открыто отдельное подразделение для лечения гинекологических пациентов и беременных, заражённых ковидом. Этот ковидный госпиталь работал в течение всего периода пандемии. Проводилась большая профилактическая работа.

— Можно ли уже говорить о негативном влиянии коронавируса на репродуктивную систему человека? Проводился ли такой анализ?

— Во-первых, у женщин с ковидом изначально наблюдалось осложнённое течение беременности. А поскольку это заболевание так или иначе «отозвалось» ухудшением работы практически всех органов и систем организма, репродуктивная не стала исключением. Хотя говорить об отдалённых последствиях пока рано, во всём мире ведутся работы в данном направлении.

— Изменились ли в последнее время стандарты, протоколы и клинические рекомендации по

оказанию акушерско-гинекологической помощи?

— Какие-то изменения в них привносятся ежегодно, поскольку, как мы уже говорили, наука и практика не стоят на месте. В зависимости от появления новых препаратов и методик лечения меняется ведение больных. Учитываются и результаты проводимых в мире клинических испытаний.

Но неизменным остаётся положение о том, что ведение пациентов должно выполняться только в соответствии с клиническими рекомендациями, утверждёнными Минздравом России.

— К слову, о клинических исследованиях. Продолжаются

— Без учёта возрастного аспекта подойти к лечению пациенток чрезвычайно трудно, практически невозможно. Совершенно очевидно: то, что даже физиологически характерно для молодой женщины, не свойственно пациенткам старшего возраста или тем, кто находится в менопаузе.

Есть заболевания, которые встречаются у женщин только в пре- или постменопаузе; некоторые, наоборот, свойственны более молодым пациенткам. Хотя, конечно, и к женщинам одного возраста необходим индивидуальный подход.

— Ваш огромный вклад в пропаганду методов контрацепции в стране, в умение вывести эту

аспекты репродуктивного здоровья женщины.

И очень важно, чтобы врач умел правильно назначать современные контрацептивные препараты. Для этого существуют и рекомендации ВОЗ, и национальные медицинские рекомендации. Последние в этом году обновлены и уже размещены на сайте нашего центра.

— Насколько врачи первичного звена, как говорится, в теме?

— Для этого делается всё необходимое: создаются рекомендации, выходят публикации, проводятся семинары. Нынешний конгресс также направлен в первую очередь на повышение образовательного уровня наших врачей.



проблему на высокий научный и общественный уровень не оценим. Как это начиналось, какие есть достижения и какими вы видите дальнейшие перспективы?

— В 60-е годы в СССР выполнялось по 300 млн аборт в год, а в США — ещё больше. Не было надёжных методов предупреждения беременности, доходило и до запрещений абортов, что только усугубляло ситуацию.

А сейчас контрацепция и репродуктология считаются наиболее развивающимися отраслями. Созданы такие препараты широкого спектра действия, которые используются не только для предупреждения беременности, но и для лечения эндометриоза, миомы, нарушений менструального цикла, предменструального и климактерического синдромов и целого ряда других заболеваний, которыми страдают женщины. Доказано, что эти препараты одновременно

способны осуществлять профилактику онкологических заболеваний репродуктивной системы. Они предотвращают рак эндометрия, яичника, прямой кишки и т.д.

При этом препараты постоянно усовершенствуются, становятся более безопасными, с меньшим количеством побочных эффектов. Сейчас созданы и продолжают разрабатываться препараты, которые будут охватывать и экстрагенитальные заболевания, например, ревматоидный артрит и др.

Самая главная задача, которую ставит перед нами правительство, — рост рождаемости. Совершенно очевидно, что только здоровая женщина может зачать и родить здорового ребёнка. И все наши методы: и временного предохранения от беременности, и лечения, и ведения беременности направлены на это.

— Очень долго у наших женщин было распространено предубеждение по поводу гормональной контрацепции. Насколько широко она сейчас применяется в лечении и профилактике гинекологических заболеваний?

— Негативное отношение к гормональной контрацепции встречается и сейчас. Тем не менее она признана самым эффективным методом и, более того, как я уже говорила, положительно влияет на многие

— Знаю, что одним из важнейших направлений вашей работы является изучение и лечение различных патологий шейки матки. Какие появились современные направления в диагностике, лечении и профилактике этих патологий? Идут ли на убыль показатели заболеваний, ассоциированных с папилломавирусной инфекцией?

— Заболеваемость раком шейки матки долгое время у нас в стране находилась на очень высоком уровне. Не была разработана тактика ведения пациентов, потому что против вируса папилломы человека препаратов не существует. Но с появлением современных методик мы сразу увидели результаты. За два последних года, которые предшествовали пандемии, показатели заболеваемости пошли на спад. Сказать, что происходит сейчас, сложно: статистики по пандемийному периоду нет. Но будем надеяться, что всё вернётся на круги своя и профилактика рака шейки матки выйдет на ещё более высокие рубежи.

— В научной программе конгресса есть тема: актуальные и спорные проблемы акушерства. Что имеется в виду?

— В каждой дисциплине всегда есть целый ряд спорных вопросов. Если мы возьмём любое заболевание, то увидим, что мнения медиков по вопросам и диагностики, и лечения могут в значительной степени различаться между собой. Бывает даже, что большинство специалистов выступает против какого-то метода исследования, тогда как меньшинство доказало его эффективность. Хотя и те и другие отталкиваются от объективных данных.

Поэтому конгресс становится площадкой для сообщений о самых современных открытиях и достижениях мировой практики, для обсуждения всех новшеств и высказывания самых разных мнений. Именно так, как известно, происходят поиски истины.

Правда, программа настолько насыщена, что на дискуссии отведено времени не очень много, поскольку нет возможности включить даже две трети докладов, которые заявлены. Но важно, что участники конгресса получат всю самую современную информацию, смогут её проанализировать и использовать в практической работе.

Беседу вела
Алёна ЖУКОВА,
корр. «МГ».

Москва.

Тенденции

Профилактика COVID-19:
использовать все возможности

В современном мире уже никого не пугают такие слова как «пандемия», «локдаун», «социальное дистанцирование». За три года пандемии мы все привыкли надевать маски, изолироваться дома, использовать антисептик при каждом удобном случае – мероприятия по профилактике новой коронавирусной инфекции уже стали рутиной. При этом, несмотря на все усилия, эпидемический процесс COVID-19 не прекращается. В соответствии с мониторингом COVID-19 в Университете Джона Хопкинса и ВОЗ за первый месяц 2023 г. зарегистрировано более 9 млн новых случаев, свыше 135 тыс. из них – в РФ.

Подавляющее большинство случаев COVID-19 вызвано различными подвариантами штамма омикрон. Из-за мутаций данный вирус высокочазок и обладает пониженной «узнаваемостью» антителами после перенесённой болезни и вакцинации. В октябре 2022 г. в США выявлен новый наиболее заразный подвариант SARS-CoV-2, получивший название «кракен» в честь мифического морского чудовища.

Чем же так опасен «кракен» и откуда он взялся? Данный штамм является результатом слияния фрагментов двух других вариантов омикрон-штамма, то есть мутации, и официально называется субвариант ХВВ.1.5. Это далеко не первый случай мутации штамма COVID-19, так как в самом начале пандемии ведущими были альфа- и бета-штаммы, позже сменившиеся дельта-штаммом, а в ноябре 2021 г. – омикрон-штаммом. В результате подобных мутаций образовались новые, более сильные виды возбудите-

ля COVID-19, и кракен является тому подтверждением. В процессе мутации вируса усилилась его способность уклоняться от ранее выработанных организмом антител к новой коронавирусной инфекции. Из-за этого при попадании кракена в организм иммунная система может не распознать его и, соответственно, человек может повторно заразиться COVID-19. Это объясняет большую «заразность» данного варианта омикрон-штамма по сравнению с предыдущими: несмотря на то, что он был зарегистрирован в октябре 2022 г., по оценкам Центра по контролю и профилактике заболеваний (CDC), к началу 2023 г. он составлял уже 41% текущих случаев COVID-19 в США. Кракен уже обнаружен в десятках стран. По информации Роспотребнадзора, в РФ первый случай заражения вирусом «кракен» был зафиксирован 12.01.2023.

Эпидемический сезон
2022/2023:
вызовы и угрозы

Появление нового подварианта омикрон-штамма совпало с периодом подъёма заболеваемости гриппом и сезонными ОРВИ. Постоянные атаки сезонных вирусов-возбудителей ОРВИ в сочетании с факторами внешней среды (перепады температур,

повышенная влажность воздуха, дефицит солнечного света) часто приводят к снижению защитных сил организма. На этом фоне высокая заразность омикрон-штамма может способствовать повышению частоты развития тяжёлых форм COVID-19 и обострению хронических заболеваний.

Кроме того, COVID-19 на начальном этапе легко принять за ОРВИ из-за схожих симптомов: лихорадка, головная боль, ломота в теле, общая слабость, насморк, боль в горле, кашель и т.д. Из-за этого зачастую COVID-19 начинают лечить с опозданием, что также приводит к осложнениям. Высоким остаётся и риск твиндемии – присоединения ОРВИ к COVID-19 и наоборот, когда действие вирусов значительно усиливается.

Профилактика COVID-19:
что нового?

Наиболее эффективным способом профилактики новой коронавирусной инфекции остаётся вакцинация. По данным на февраль 2023 г., в России полностью вакцинировано 79,5 млн человек, из них более половины привиты повторно. Один из мировых лидеров кампании по вакцинации – двухкомпонентная вакцина «Гам-КОВИД-Вак» («Спутник V»). Эту вакцину необходимо вводить в два этапа, с 3-недельным ин-

тервалом. При этом известно, что выработка специфических антител начинается лишь к концу второй недели после введения первого компонента вакцины. Поэтому у привитых есть шанс заразиться инфекцией между первой и второй прививками. Получается, что между введением компонентов вакцины «Спутник V» человек нуждается в дополнительной противовирусной защите.

В конце 2022 г. завершилось многоцентровое двойное слепое плацебоконтролируемое рандомизированное клиническое исследование препарата «Эргоферон», посвящённое изучению его применения для неспецифической профилактики COVID-19 на фоне вакцинации «Спутником V». В данном исследовании приняли участие 1057 пациентов в возрасте от 18 до 92 лет, получавшие Эргоферон или плацебо в течение 21 дня с момента получения первого компонента вакцины «Спутник V». В исследовании показано, что профилактический приём Эргоферона по 1 таблетке 2 раза в день позволяет провести полный курс вакцинации у 99% пациентов и снизить частоту COVID-19 в период вакцинации более чем в 3 раза по сравнению с плацебо.

Профилактический курс Эргоферона в период между введением первого и второго компонентов

вакцины направлен на активацию неспецифических механизмов иммунной защиты при отсутствии прямого влияния на выработку специфических вируснейтрализующих антител. Поэтому в этот период применение Эргоферона позволяет способствовать снижению риска возникновения COVID-19 у привитых первым компонентом для обеспечения успешного завершения вакцинации. Стоит отметить, что Эргоферон – это отечественный противовирусный препарат на основе технологически обработанных антител, относящийся к новому классу лекарств, способных оказывать модифицирующее воздействие именно на свои молекулы-мишени.

На основании этих данных в декабре 2022 г. в инструкции по медицинскому применению лекарственного препарата «Эргоферон» появилось новое показание – неспецифическая профилактика COVID-19 в период проведения вакцинации между введением первого и второго компонентов вакцины против новой коронавирусной инфекции у взрослых. По данному показанию Эргоферон может применяться с первого дня после введения первого компонента вакцины «Спутник V» профилактическим курсом до 3 недель по 1 таблетке 2 раза в день.

Екатерина СМЕРНОВА.

Акценты

Республиканская клиническая больница скорой медицинской помощи (РКБ СМП) создана в 1962 г. и за время своего существования прошла через различные этапы реформирования.

В настоящее время здесь развернуто 10 отделений на 392 койки, имеется вертолёт для санавиации. Ежегодно в больницу обращается более 20 тыс. человек, госпитализируется около 14 тыс. Хирургическая активность по стационару составляет 73,5%. Здесь расположены региональные сосудистые центры по острому коронарному синдрому и острым нарушениями мозгового кровообращения. Внедрены коронарография, стентирование, эндоваскулярные методы лечения (эмболизация артериальных аневризм), проводится тромблизис при инфаркте миокарда и ишемическом инсульте. Круглосуточно работают КТ и МРТ.

С 2014 г. больницу возглавляет профессор Магомед Иманалиев, вернувшийся на родину из Москвы, где он работал главным врачом медико-санитарной части № 33. Одновременно стал заведовать кафедрой хирургии в Дагестанском государственном медицинском университете, но тогда главным врачам запретили совместительство больше чем на 0,25 ставки, поэтому с заведования пришлось уйти. Оставил и хирургию: «Когда становишься главным врачом, тем более в крупном лечебном учреждении, то должен знать, что происходит в экономике или финансах организации, в ремонте или уборке, где не хватает препаратов. У тебя должен быть расписан план до мелочей не только на завтра и послезавтра, но и на ближайшую неделю. А если бросишь всё это на заместителей и пойдёшь



М. Иманалиев

в операционную, будет неправильно. Главный врач должен заниматься своим делом».

Начмедом является анестезиолог Ильяс Шапилов, который начал работать здесь медбратом 30 лет назад. В РКБ СМП имеется два хирургических отделения по 50 коек, отделения сочетанной патологии, нейрохирургии, реабилитации по 30 коек, отделения терапии, кардиологии, неврологии, инфарктное и т.д. Хирургическим отделением № 1 заведует доктор медицинских наук Магомед Абдулжалилов, признанный в 2016 г. лучшим хирургом России. Одновременно он является главным специалистом-хирургом Минздрава республики. В регионе имеется 8 межрайонных хирургических

центров, ежегодно проводится более 76 тыс. операций. Общая летальность составляет 0,5%, а послеоперационная – 0,3%, то есть ниже, чем средняя по РФ. Две трети полостных операций являются лапароскопическими, одна треть – открытыми. По уровню хирургической помощи республика находится на первом месте в Северо-Кавказском федеральном округе и на седьмом – в РФ.

Почти вся полостная хирургия в РКБ СМП (более 90% операций) стала эндоскопической. Ежегодно проводится более 3 тыс. лапароскопических вмешательств – аппендэктомий, холецистэктомий, предбрюшинных пластик при паховых грыжах и т.д. Применяются гибридные технологии – эндоскопическая папиллосфинктеротомия с литоэкстракцией, стентирование холедоха, эмболизация сосудов при желудочно-кишечных кровотечениях. При острой мезентериальной ишемии вследствие тромбоза мезентериальных сосудов удаётся спасти больных с помощью аспирации тромбов. Проводятся реконструктивные операции на кишечнике. В больнице экстренно оперируются все случаи опухолевой непроходимости и механической желтухи. Освоены малоинвазивные вмешательства с УЗИ-навигацией.

Более тысячи больных ежегодно оперируются в РКБ СМП по федеральным квотам ВМП

(всего республике на год выделяется более 7 тыс. таких квот). Отделением рентгенэндоваскулярной хирургии заведует Владислав Козлов. Раньше он работал в Ханты-Мансийске, Тюмени, заведовал отделением эндоваскулярной хирургии



М. Хизбулаев

в Москве и Калуге. Когда в РКБ СМП 5 лет назад приобрели ангиограф и пригласили его на работу, Владислав Иванович думал приехать в Махачкалу на время отпуска, а потом решил тут остаться. Сегодня он занимается радиочастотной катетерной абляцией при аритмиях, имплантирует кардиостимуляторы. Сейчас в больнице монтируется второй ангиограф, что позволит увеличить количество и объём

эндоваскулярных вмешательств. За 2022 г. проведено более 900 эндоваскулярных стентирований при ОКС. Есть и нейрохирургическое отделение, руководимое Магомедом Хизбулаевым. Для оперирования сложных больных (например, клипирования аневризм мозговых артерий) приглашаются специалисты из Москвы и Санкт-Петербурга.

Многое в больнице удалось изменить за счёт введения платных медицинских услуг. Например, здесь практикуется бариатрическая хирургия (для лечения ожирения), не оплачиваемая по ОМС, – 50-60 операций в год. Если в Москве такая операция стоит 250-300 тыс. руб., то в РКБ СМП – 120-130 тыс. «Это не прихоть руководителя и не стремление нажиться за счёт пациента. Больной вправе выбрать – лечиться по ОМС или заплатить. Но в этом есть огромное преимущество: средства, поступающие в бюджет больницы, идут не в карман недобросовестному работнику, а на развитие больницы, покупку нового оборудования, мебели, ремонт. И больница из обветшавшей и запущенной превращается в удобную и современную», – считает профессор Иманалиев. Всё, что задумал главный врач, удалось внедрить: «Неотложная медицинская помощь в Дагестане развивается семимильными шагами».

Болеслав ЛИХТЕРМАН,
корр. «МГ».

Махачкала – Москва.

В эти дни отмечается 30-летие создания Федерального и территориальных фондов обязательного медицинского страхования. Именно с их образованием после внесения поправок в Закон о медицинском страховании в 1993 г. в России начала формироваться система ОМС. Можно по-разному к ней относиться, говорить и о достижениях, и о потерях, но сейчас без неё уже невозможно представить наше здравоохранение. Мы попросили оценить путь, который был пройден за эти годы системой ОМС, её основателя – первого исполнительного директора Федерального фонда ОМС (1993-1998), главного научного сотрудника Финансового университета при Правительстве РФ, доктора экономических наук, профессора Владимира ГРИШИНА.

– Прежде всего хочу поприветствовать читателей «Медицинской газеты», которая первой ещё в конце 80-х годов начала поднимать проблемы медицинского страхования и была флагманом освещения многих процессов, происходящих в здравоохранении. Поэтому мне особенно приятно выступить на её страницах в связи с 30-летием системы ОМС.

Система ОМС как неотъемлемая часть современного российского здравоохранения – это, прежде всего, люди, их труд и вклад в развитие нового экономического уклада в отрасли как на старте, так и в наши дни.

Поэтому начну с благодарности сотрудникам территориальных фондов ОМС и особенно первопроходцам – за вашу смелость и самоотдачу, за то, что вы в непростое время начала 90-х годов, невзирая на организационные неурядицы (размещаться приходилось зачастую в непригодных помещениях или просто в медицинских учреждениях, без подготовленных кадров, компьютеров и коммуникаций и т.п.) делали всё возможное для создания новой системы финансирования отрасли, для скорейшего доведения денег до медицинских учреждений, что было архиважным в период бюджетного безденежья. Достаточно вспомнить, как разбирали мешки платёжек, что достались нам от налоговой службы. Думаю, будет справедливым собрать всех, кто начинал, и сказать им спасибо.

Спасибо небольшому коллективу соратников Федерального фонда ОМС – пионерам медицинского страхования. За ФФОМС тогда была государственная политика в области ОМС, мы занимались огромным количеством методологических задач нового организационно-экономического уклада в здравоохранении (а не распределением средств по территориям, как казалось некоторым со стороны), боролись за взносы и платежи, дали старт глубокой информатизации отрасли и телемедицине, готовили экономические и управленческие кадры, разрабатывали порядки финансирования медучреждений и вариантов оплаты медицинской помощи, выстраивали непростые профессиональные коммуникации со всеми министерствами и ведомствами и многое, многое другое.

– Владимир Вадимович, а что как исполнительный директор Федерального фонда ОМС вы при этом считали своей главной задачей?

– В начале 90-х годов в стране произошли кардинальные изменения в политической и экономической сфере, которые изменили принцип работы всех отраслей тогда ещё народного хозяйства. Прежде всего это отразилось на социальной сфере, включая медицинское обеспечение. Сегодня уже всем понятно, что если до начала 90-х годов у нас была созданная десятилетиями система здравоохранения – и в этом словосочета-

Авторитетное мнение

Тонкая настройка без изменения основ

Система ОМС, которой в этом году исполняется 30 лет, стала экономическим стержнем здравоохранения

нии не подразумевались услуги и деньги, то с начала перестройки она стала превращаться в систему оказания услуг, а если прямо – в бизнес-процесс.

Поэтому буду откровенен: при создании по своей сути нового порядка финансирования медицинской помощи главной моей задачей как одного из руководителей отрасли (в ранге министра) было не допустить демонтажа принципов организации здравоохранения как системы. Хотя со всех сторон призывали отказаться от советской системы, немедленно начать некие «кардинальные» изменения под предлогом, что все должны зарабатывать, провести приватизацию медучреждений и превратить их в центры с преимущественным предоставлением платных услуг. С трудом удавалось выдерживать такие атаки и сохранять то, к чему привыкли наши граждане – они годами ходили в поликлиники (и ходят в них по-прежнему), где участковые врачи хорошо знали своих пациентов, на приём к узким специалистам не надо было ждать записи в несколько недель, где не было платных приёмов в соседнем кабинете, а в стационарах не брали денег за анестезию.

Если говорить упрощённо, при построении ОМС мы осуществили тонкую настройку нового механизма финансирования отрасли на существующую организационную структуру отечественного здравоохранения, все звенья которого работали по определённым принципам (участковый принцип, а также уровни и этапы оказания медицинской помощи и пр.). Звучит просто, а на самом деле это было главным и самым сложным. Я прекрасно понимал, что если при кардинальном изменении финансирования отрасли и оплаты работы медучреждений ещё и начать менять годами выстроенные организационные принципы оказания медицинской помощи, можно получить организационно-экономический хаос.

Нам удалось не допустить спонтанной коммерциализации медицины, к чему тогда настоятельно призывали новоявленные реформаторы. Не буду скрывать: нашей отрасли даже немного повезло – мой опыт работы до назначения на должность главы Федерального фонда ОМС (Главное экономическое управление Минздрава СССР, Верховный Совет СССР и, конечно же, Минфин России) позволял мне достаточно независимо себя вести и отстаивать своё мнение. Мне довелось изучать новый хозяйственный механизм и платные услуги, медицинское и социальное страхование и пр. Но главное, мне было прекрасно известно, как и кем принимаются решения. Кстати, именно Минфин России делегировал меня на должность руководителя для создания российской системы ОМС.

До сих пор главной проблемой системы ОМС (и отрасли) был и остаётся размер страховых взносов за работающих и особенно размер платежей за неработающих граждан. Не стану говорить – это две абсолютно случайные величины, с которыми невозможно построить никакую



экономическую систему. И ещё раз напомним – 3,6% от фонда оплаты труда были отрезаны от Пенсионного фонда и даны на старт системы ОМС. Именно это было мне сказано премьер-министром В.Черномырдиным при назначении меня на должность директора ФФОМС: «Создай систему, а деньги будут». Фраза была красивой, но...

– Почему Закон о медицинском страховании в первой редакции не предусматривал создание фондов ОМС и они появились уже после начала его реализации, что задержало приток средств ОМС в здравоохранение на несколько месяцев?

– Закон о медицинском страховании в первой редакции (1991) не имел экономического механизма реализации. И лишь спустя почти 1,5 года, когда задумались, как же его реализовывать, определили и страховые взносы, и их размер, как их должны платить хозяйствующие субъекты и куда платить... Так и появились самостоятельные Федеральный и территориальные фонды.

Первоначально в законе была прописана неприемлемая к нашей действительности либерально-экономическая модель, срисованная с плохо переведённых зарубежных текстов. Предполагалось, что взносы будут собирать страховые компании – это вообще было нереально даже для понимания. Да, за рубежом деньги собирают больничные кассы, но они создавались по отраслевому принципу и

изначально объединяли и социальное и медицинское страхование. Такой механизм функционирования, управления и контроля касс выстраивался десятилетиями. В наши дни это фактически государственная система единого медико-социального страхования.

На старте отечественной системы медстрахования тоже была попытка растащить создаваемую как единое целое национальную систему ОМС по отраслевым «карманам» (так хотели, например, сделать руководители РЖД). Мне удалось этого не допустить, поскольку я понимал, что вслед потянутся нефтяники, газовики, военные и иные монополисты. Росгосстрах до приватизации просто предложил забрать на себя все платежи за неработающих граждан (а это поступление бюджетных средств на постоянной основе). Удалось противостоять и этой страховой новации. Периодически инициировалась дискуссия о передаче страховщикам сбора и аккумуляции страховых взносов (как в первой редакции Закона о медстраховании).

Если бы мне не удалось тогда выстоять, не заблокировать, не переиграть оппонентов, то в итоге национальная система ОМС просто развалилась бы на две никому не подконтрольные части, а основные денежные потоки практически всей отрасли оказались бы в частных руках... Последствия были бы непредсказуемы.

В те годы в нашей стране шла волна приватизации, которую сегодня как только не называют,

закрывались производства, росла безработица, месяцами не выплачивались зарплаты... Конечно же, это отражалось на системе ОМС – в таких условиях собирать страховые взносы было непросто. Что касается платежей за неработающих граждан, могу сказать откровенно – исполнение Закона о медицинском страховании я покупал, предоставляя субвенции только тем регионам, которые осуществляли такие платежи и в целом начали реализовывать Закон о медстраховании и создавать систему. Местные органы власти, ссылаясь на дефицит бюджетов, не хотели (порой и не могли) платить за пожилых и детей, рассуждая так: если есть некий страховой фонд, то пусть он медицину и финансирует. Поэтому Минфин быстро перекинул почти все финансовые обязательства по здравоохранению на неокрепшую систему ОМС.

– Но ситуация с платежами за неработающих граждан постепенно улучшалась?

– Да, благодаря нашей настойчивости в реализации Закона о медстраховании. Однако эту проблему надо срочно решать. Поясню. Согласно исследованиям (ещё с советских времён), на медицинскую помощь ребёнку или пожилому человеку тратится в 2-2,5 раза больше средств, нежели на работающего гражданина. Если страховые взносы за работающих (без учёта льгот хозяйствующим субъектам) сейчас составят более 2 трлн руб., то объём платежей за неработающих должен быть в 2 раза больше – то есть 4 трлн. Таким образом, всего в систему ОМС должно поступать порядка 6 трлн руб. Соотнесите эту цифру с объёмом российского ВВП – и вы получите искомые 5% от ВВП, которых мы добиваемся в течение уже трёх десятков лет.

Мы активно изучали страховые системы за рубежом, в частности опыт работы больничных касс. Открою секрет – с первых дней своей работы я готовил отрасль к созданию полноценной системы медико-социального страхования, которая давно внедрена и эффективна в других странах. Но что такое объединение в нашей стране двух фондов? Ты явно наступаешь на чью-то интерес. Например, в Фонде соцстраха это и имущество, и финансовые потоки... Этот фонд находился под курацией профсоюзов, которые не поддерживали идею объединения и выступали против, в том числе даже наш отраслевой профсоюз. Между тем именно создание системы медико-социального страхования наконец-то позволило бы перейти нашей отрасли и Минздраву на качественно иной уровень, с иным весом и авторитетом. По моему мнению, сегодня ОМС – это всего лишь иной порядок финансирования медицинских услуг, а фонды ОМС выступают в роли расчётно-кассовых центров, фактически подчиняясь министерствам здравоохранения в центре и на местах.

Решение по объединению двух систем – фондов социального и медицинского страхования мне удалось внести в Концепцию раз-

вития здравоохранения (1996). Был даже запланирован эксперимент по объединению названных фондов в Нижегородской области. Об этом я договорился с Б.Немцовым, который в тот период был вице-премьером. К сожалению, в силу ряда причин и, прежде всего, потому, что в этой области даже не был создан территориальный фонд ОМС, такой эксперимент реализовать не удалось. Кстати, именно поэтому эта промышленно развитая область потеряла огромные деньги – предприятия вообще не платили страховые взносы, и с них никто ничего не требовал, а вся финансовая нагрузка выпала на плечи местного бюджета.

В Татарстане создали больницу кассу и в период «парада суверенитетов» не осуществляли платежи, предназначенные для Федерального фонда ОМС. Мне пришлось хитрить и решать этот вопрос с руководством республики через специальное соглашение, по которому федеральная часть взносов направлялась на программу по охране материнства и детства (которую я предложил и внедрил в период руководства ФФОМС).

Многие территории пошли по пути формального перечисления мизерного объёма бюджетных средств за своих детей, пожилых и иных неработающих граждан, а Москва, например, вообще отказалась это делать, и лишь с приходом нового мэра началась полноценная реализация Закона об ОМС.

– Насколько я помню, первые годы работы фондов ОМС сопровождалась конфронтацией с Минздравом – тогдашний министр был противником новой системы...

– Успех любого дела, особенно на старте, зависит от наличия единомышленников и союзников. Вынужден сказать, что, к огромному сожалению, наш Минздрав к их числу не относился. На что с большим удивлением смотрели и в Правительстве России, и в федеральных министерствах и ведомствах, и особенно в территориях. Да, мы работали в тесной взаимосвязи с В.Стародубовым, который был тогда заместителем министра. Но он был вынужден уйти из министерства, и я потерял точку опоры.

А так называемый министр был явным недругом системы ОМС. Вместо поддержки и объединения усилий по лоббированию увеличения размера страховых взносов и в целом объёма финансирования отрасли мы наблюдали вакханалию непрофессионализма, противодействия и даже распространения ложной информации о скорой кончине системы ОМС. И всё это на старте, в самый трудный период... В итоге министр всё-таки продавил (исключительно через первого вице-премьера) изъятие в пользу Минздрава более 100 млрд руб., которые к концу 1993 г. скопились в ФФОМС и предназначались для развития территорий. Изъятые средства были направлены на закупку неких лекарств (что это были за лекарства и куда они далее пошли, до сих пор тайна). Так что никакой помощи от Минздрава не было. За таким отраслевым «союзом» и отношением министерства фактически к собственной финансовой системе и даже открытым противодействием не просто наблюдали, а смеялись на всех уровнях власти. И мне пришлось проявлять огромную выдержку и хитрость.

Но это не смешно – всё это катастрофично сказалось в последующем на экономическом состоянии и развитии и ОМС как системы, и в целом отрасли.

Одной из составных частей создаваемой системы является лекарственное страхование. Для его внедрения территориальным фондам ОМС с 1995 г. было разрешено активно участвовать в лекарственной политике. Почему

его до сих пор не удаётся внедрить? Ответ прост: лекарственное страхование предполагает прозрачность ценообразования и контроль государства за всем процессом лекарственного обеспечения. По моим расчётам, на него необходимо сейчас около 600 млрд руб. в год.

– Как бы вы охарактеризовали место и роль страховых компаний в системе ОМС? Могли ли их функции взять на себя фонды?

– О роли и месте страховых компаний в государственной страховой системе шли дискуссии все три десятилетия её функционирования. Скажем прямо, при корректировке законодательства в 2010 г. они прочно вписаны в систему ОМС – и не только в процесс финансирования медицинских учреждений, но и в процесс экономического контроля, а также контроля качества предоставляемых услуг и защиты прав застрахованных граждан. И, судя по отчётам, объём работы они выполняют огромный.

Не являются ли страховые компании лишним звеном в системе ОМС, и можно ли было на старте кардинально решить этот вопрос? Об этом меня спрашивают часто, и я всегда отвечаю: при создании системы ОМС мне зачастую приходилось выбирать из двух зол меньшее (и не только в вопросе страховых компаний). Поясню – к моменту создания фондов ОМС страховщики уже практически повсеместно работали на отраслевом поле, и было их более 500. В большинстве случаев они выросли из посредников при предоставлении предприятиям и организациям так называемых хозяйственных услуг (платные услуги по безналичному расчёту). Набирало обороты добровольное медстрахование.

Страхование как финансовый институт активно развивалось, и это было политическим решением государства. Страховщики уже финансово взаимодействовали с медицинскими учреждениями. Это была целая система, созданная до меня. И это было закреплёно Законом о медстраховании. На старте системы территориальные фонды и их филиалы только-только создавались, кадров не было, компьютеров не было, механизм оплаты медицинской помощи не был отработан. И, честно говоря, никто не представлял, как должно быть и как будет. После разблокирования средств в ЦБ РФ (лишь в октябре 1993 г.) надо было срочно довести деньги до медучреждений. Поэтому был выбран механизм финансирования при активном вовлечении страховщиков. В противном случае мы бы просто не справились. Кстати, значительная часть полисов была выдана через страховые компании, они начали выстраивать систему контроля качества медпомощи и защиты прав застрахованных (а жалобы уже поступали). Мною тогда было принято решение о направлении 5% от объёма финансирования на ведение дела страховщиков. Но были зафиксированы жёсткие условия – разделить общее и медицинское страхование, работать под единым руководством, прозрачно и не вмешиваться в процесс организации здравоохранения, в чём они не разбирались.

Всё это, в конечном счёте, позволило во многом избежать финансового коллапса отрасли.

С первых дней работы я готовился к слиянию двух фондов – систем медицинского и социального страхования, где филиалы территориальных фондов (в 1998 г. более 1200) и страховые компании предполагалось объединить в больницы кассы по основе государственно-частного партнёрства при ведущей роли государства в лице Федерального фонда ОМС. Это был единственный стратегически выверенный выход в тех непростых обще-

ственно-политических условиях и трендах.

Меня постоянно толкали на исключение страховщиков из системы ОМС, фактически вопреки политическому государственному решению и Закону о медстраховании. И если бы я пошёл по этому пути, то уже на старте, ещё не имея силы и авторитета, увяз бы в бесконечных разбирательствах и тяжбах. И ещё неизвестно, что бы выиграл в итоге, как бы развивалась система ОМС, какова бы была судьба отрасли...

Споры по этому вопросу не утихали до сих пор. Как известно, только что объединили фонды пенсионного и социального страхования в единый социальный фонд. Спорное решение, но раз уж так произошло, не исключая продолжения дискуссии о дальнейшей судьбе системы ОМС и в первую очередь страховщиков. Включить федеральный и территориальные фонды ОМС в обойму объединённого фонда не сложно. Эта тема неоднократно открыто обсуждалась. Во время дискуссий я всегда спрашиваю только одно: кто, точнее какая структура, будет осуществлять функции страховых компаний – финансирование медучреждений, экономический и иной контроль и, конечно же, защиту прав застрахованных? А также сколько это будет стоить? И, как правило, не получаю ответ. Поэтому давайте не будем ломать отработанные за много лет организационно-экономические и юридические механизмы функционирования системы, по существу – накопленный колоссальный опыт.

Страховой рынок за эти десятилетия изменился, в том числе и в здравоохранении. Страховые компании укрупнились, в нашей отрасли крупных игроков не более десятка, у них другие владельцы. Рынок поделён, и ничего сделать тут уже нельзя. На мой взгляд, и не нужно ничего делать.

Давайте обсуждать главные вопросы – увеличение объёма финансирования отрасли и сокращение объёма платных услуг, внедрение лекарственного страхования. А в целом – какую систему здравоохранения мы построили и какую пытаемся построить, какова Концепция развития отрасли на ближайшие пару десятилетий.

– До сих пор часто ставится вопрос об отказе от системы ОМС и возврате к бюджетному финансированию. Как вы к этому относитесь?

– Можно было бы с этим согласиться, только есть ряд обстоятельств пока непреодолимой силы. Сделать так возможно только при кардинальном изменении экономической модели нашего государства. В частности, придётся полностью преобразовать всю систему налогообложения и отменить льготы хозяйствующим субъектам при уплате взносов (сейчас это порядка 500 млрд руб. в год). Потребуется пересмотреть итоги приватизации. И многое другое, что наверняка затронет реальные интересы реальных участников экономической деятельности. Готово ли к этому наше государство?

Вместе с тем проблему финансового обеспечения отрасли возможно частично решить уже сейчас. Например, ряд государств направляет часть НДС на развитие здравоохранения. В качестве источника можно рассматривать и НДС/ФЛ. Финансовый университет при Правительстве России нашёл, на мой взгляд, решение по изменению объёма финансирования пенсионного, социального и медицинского страхования. В его основе – изменение налоговой системы – отказ от страховых взносов и внедрение налога на финансовые транзакции, то есть фактически внедрение налога на потребление. Это однозначно справедливо – платить будут все соразмерно своему потреблению товаров и услуг. Это существенно сокращает расходы хозяйствующих субъектов на оплату труда и позволяет направлять эконом-

ленные средства на развитие экономической деятельности.

Нужно только политическое решение по изменению экономических основ государства, как это было сделано в начале 90-х при разгосударствлении экономики, проведении приватизации, пересмотре принципов и подходов прежней (советской) налоговой системы, внедрении системы социального страхования за счёт налогообложения труда путём уплаты страховых взносов.

Предлагаемые источники средств для решения множества задач по охране здоровья граждан позволяют обеспечить здравоохранение деньгами и кратно сократить объём платных услуг, который достиг неприличных для социального государства объёмов – практически половина расходов на здравоохранение формируется за счёт личных расходов граждан.

– При переводе отрасли на страховые принципы работы одним из посылов было желание преодолеть остаточный принцип финансирования. Однако факты говорят об обратном...

– Да, но только это произошло совсем не из-за системы ОМС. Как известно, лишь в середине 2000-х размер страховых взносов увеличили до 5,1% от ФОТ (скажем прямо – их поизмывали у фонда социального страхования).

Вопрос финансового обеспечения отрасли необходимо решать немедленно, иначе будет нарастать напряжение в обществе в целом, как среди медицинских работников, так и среди пациентов. Ни одна цивилизованная страна не имеет 50% уровня платности медицинских услуг (включая расходы на лекарства); доля расходов на здравоохранение от ВВП в России – одна из самых низких среди развитых стран. Увеличение объёма финансирования здравоохранения – это то, что нужно сделать в первую очередь, но это консенсус многих сторон и политическое решение.

При этом придётся учитывать объективный фактор – медицина сейчас стала более финансовоёмкой и обходится гораздо дороже как для государства, так и для каждого из нас.

– Что дала нашему здравоохранению система ОМС?

– В сложнейший период преобразований государства с внедрением системы ОМС впервые за всю историю развития у отрасли появился независимый источник финансирования, конкретного размера (пусть и небольшого), с точным адресатом и плательщиками, и получателя средств. Главное – денежные ресурсы подконтрольны только отраслевым органам управления (Минздрав и ФФОМС). Фонды ОМС являются внебюджетными и могут хозяйствовать в более широких границах и правилах. ОМС позволило отрасли стать более самостоятельной.

Внедрение медицинского страхования позволило поднять экономику отрасли и экономические знания на всех уровнях на значительно высокий уровень. Все стали экономически обосновывать, сколько что стоит, понимать, откуда и за что перечисляются деньги, какой объём средств необходим, какие должны быть приоритеты и т.д.

Да и само государство стало осознавать, что есть государственные обязательства, это не абстракция и их надо обеспечивать, а для этого необходимы определённые, причём немалые средства, что отрасль выполняет большой объём задач и предоставляет огромный объём медицинской помощи, который стоит конкретных денег, что понятия доступности, качества медицинской помощи и защиты прав пациентов касаются конкретного гражданина и требуют юридического и экономического обеспечения.

Система ОМС была полезна и медицинским учреждениям, экономика которых при плановой системе не была развита. Она позволила

воспитать когорту экономистов в здравоохранении.

Система ОМС является экономическим стержнем системы здравоохранения, все это признают.

Да, денег не хватает, и мы с вами понимаем: чтобы решить этот вопрос, придётся найти согласие со многими сторонами и группами влияния, у каждой из них свой интерес, и он не всегда совпадает с интересами государства.

Трудно предположить, что бы стало со здравоохранением без ОМС, как бы это отразилось на отрасли. Можно лишь косвенно оценить это на примере массы негативных тенденций в образовании. Кстати, недавно из уст Президента России прозвучала необходимость вернуться к... лучшим традициям и наработкам советской системы образования.

Теперь вы понимаете, почему я придерживался установки не ломать систему здравоохранения советского образца, выстроенную далеко не глупыми людьми на чётких принципах организации и оттого менее затратную, практически бесплатную и с высокой степенью доступности как медицинской помощи, так и лекарственного обеспечения.

Здравоохранение – самая сложная отрасль экономики. С одной стороны, это все граждане страны и мигранты, с другой – миллионы медицинских и других специалистов, это триллионы взносов, миллиарды посещений и платёжных операций, миллионы госпитализаций, тысячи нестандартных ситуаций и обращений, определённые принципы работы и управления, правовые нормы и правила, стандарты и клинические протоколы...

Нам удалось в непростой период развития страны создать в здравоохранении фактически за 2-3 года новую финансовую систему, перевести отрасль на страховые принципы работы с учётом всего многообразия задач, процессов и мнений...

Думаю, что справедливой оценкой будет мнение, что система ОМС не оправдала всех надежд, которые на неё возлагались в период эйфории перемен, но она достойно выполнила тот объём задач, что позволяли ей финансовые ресурсы и организационные возможности.

– Как вы смогли создать систему ОМС в такие короткие сроки?

– Честно отвечаю – сам не понимаю... Просто команда была отличная, стремящаяся к лучшему, умеющая работать много и с самоотдачей, понимающая в методологии процессов, сопереживающая за реальную ситуацию в регионах. И, конечно, с огромным чувством ответственности за принимаемые решения, которые влияли на судьбы миллионов людей. И я благодарен ей, и многое из того, что в невероятно сжатые сроки нам удалось разработать и внедрить, работает до сих пор...

Но время идёт, меняются и внешние и внутренние обстоятельства жизнедеятельности государства. Требуется критический анализ построенного ранее и разработка предложений и подходов, которые до этого казались нереализуемыми. Сегодня надо учитывать иные факторы и их невероятное многообразие, предлагать и быстро внедрять более простые и эффективные решения.

Поэтому для выработки коллективного объективного мнения и решений предлагаю вновь сесть за «круглый стол» (как это было когда-то в «МГ») под эгидой правительства с участием представителей Минздрава, Минфина, страхового, фармацевтического рынка, пациентского сообщества, чтобы не только обсудить проблемы, но и ответить на вопросы, как нам развивать здравоохранение, включая национальную систему обязательного медицинского страхования.

Беседу вёл
Фёдор СМЕРНОВ,
обозреватель «МГ».



КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 12 (2372)

(Продолжение. Начало в № 8 от 01.03.2023.)

Рекомендуется проведение пациентам антибиотикопрофилактики при установке плеврального дренажа цефалоспоридами первого-второго поколения длительностью не более 24 часов для снижения частоты инфекционных осложнений.

Введение антибиотиков дольше 24 часов не уменьшает риск развития инфекции области хирургического вмешательства, но способствует селекции резистентных штаммов.

Рекомендуется пациентам с закрытой травмой груди, получающим антибактериальную терапию, регулярно выполнять микробиологическое (культуральное) исследование крови и патологического отделяемого на стерильность с определением антибиотикочувствительности с целью коррекции антибактериальной терапии.

Назначение корректной антибактериальной терапии неотделимо от полноценного микробиологического мониторинга, основная функция которого – оценка этиологических факторов возникновения инфекционно-воспалительных осложнений. Помимо этого, реализация мониторинга позволяет решать и другие важные задачи: проводить адекватную антибактериальную терапию у пациентов; оценивать частоту колонизации пациентов и контаминации объектов внешней среды различными микроорганизмами, в том числе имеющими эпидемиологическое значение; выявлять штаммы, получившие приоритетное распространение в конкретной медицинской организации; оценивать микробный пейзаж учреждения в целом и его подразделений; прогнозировать развитие эпидемиологической ситуации по данным заболеваемости (осложнениям).

Рекомендуется всем пациентам с закрытой травмой груди назначение адекватной анальгезии (на выбор лечащего и/или дежурного врача, а также анестезиолога-реаниматолога): нестероидные противовоспалительные препараты, препараты для местной анестезии и иные лекарственных препараты, за исключением опиоидов.

Рекомендуется у всех пациентов приоритетно принимать меры по устранению различных жизнеугрожающих повреждений тела, которые целесообразно рассматривать как доминирующие.

К мерам по устранению жизнеугрожающих повреждений анатомической области груди (в соответствии с тактикой многоэтапного хирургического лечения) относятся остановка внутриплеврального, лёгочного и других кровотечений и восстановление эффективности внешнего дыхания (дренирование плевральной полости при напряжённом пневмотораксе, ИВЛ при рёберном клапане, лечебно-диагностическая бронхоскопия при аспирационном синдроме и т.п.), реанимационная торакотомия при остановке сердца, ушивание разрывов трахеи и крупных бронхов. Наиболее часто они сочетаются с лапаротомией по поводу разрывов паренхиматозных и полых органов, внешней фиксацией переломов костей таза, декомпрессивной трепанацией черепа при внутричерепных гематомах и т.д. Эти вмешательства производятся параллельно или в соответствии с тяжестью каждого повреждения: от более тяжёлых и опасных к менее тяжёлым и опасным. Остальные повреждения устраняются после стабилизации витальных функций в соответствии с этим же принципом в срочном или отсроченном порядке.

Переломы рёбер

Рекомендуется у всех пациентов с множественными переломами рёбер и болевым синдромом, не купируемым анальгетиками, применять следующие методы обезболивания (на выбор лечащего и/или дежурного врача): блокада межрёберных нервов, местная анестезия области перелома, паравerteбральные блокады на грудном уровне, общее обезболивание, эпидуральная анестезия.

Первым и основным направлением лечения в стационаре должно быть обезболивание, так как оно позволяет поддерживать адекватную вентиляцию, эффективный кашель и заниматься дыхательными упражнениями. В качестве мероприятия быстрой помощи предпочтение следует отдать широко распространённому внутривенному введению нестероидных противовоспалительных препаратов, хотя их побочные эффекты являются основной причиной их преждевременной отмены. В большинстве рандомизированных контролируемых испытаний показаны преимущества эпидуральной анестезии в купировании боли, в снижении

частоты нозокомиальной пневмонии, в уменьшении длительности пребывания в ОРИТ и в стационаре в целом и длительности ИВЛ.

Не рекомендуется тугое бинтование грудной клетки у пациентов с переломами рёбер по причине неэффективности данного метода.

Тугое бинтование грудной клетки при переломе рёбер противопоказано, так как оно приводит к резкому ограничению её подвижности, усиливает гиповентиляцию лёгких и создаёт условия для развития пневмонии.

Рекомендуется у всех пациентов с болевым синдромом, связанным с неконсолидированными переломами рёбер, выполнение

хирургического лечения (остеосинтеза) с целью улучшения качества жизни.

Рекомендуется у пациентов с переломами задних отделов рёбер, расположенных в труднодоступных анатомических зонах, применять технологию интрамедуллярной фиксации.

Рекомендуется у всех пациентов при выполнении остеосинтеза рёбер использование видеоторакоскопии для контроля внутриплевральных повреждений и стабильности гемостаза.

Торакотомия необходима вводить в зоне проведения остеосинтеза.

Флотирующие переломы рёбер (рёберный клапан)

Рекомендуется у всех пациентов выполнение хирургической фиксации (остеосинтеза) флотирующих переломов рёбер путём торакоскопии при наличии соответствующей возможности в целях нормализации функции дыхания и соответствующего предотвращения/купирования проявлений дыхательной недостаточности.

В настоящее время считается целесообразным выполнение хирургической фиксации флотирующих переломов без торакотомии. Для этого рекомендуется использовать задний паравerteбральный доступ, видеоассистированную торакоскопию через мини-доступ с сохранением мышц. Преимуществом является отсутствие расщепления травмированных мягких тканей, снижение риска раневых гнойно-воспалительных осложнений и осложнений, связанных с длительной ИВЛ. Методика позволяет достичь удовлетворительной стабилизации рёберного каркаса, даже при двустороннем переломе рёбер с флотацией грудинно-рёберного сегмента, обеспечивает ранний перевод больного на самостоятельное дыхание, даёт возможность ранней активизации, уменьшает количество нагноений и лёгочных осложнений, сокращает сроки пребывания в реанимационном отделении и стационарного лечения.

Рекомендуется у пациентов с множественными переломами рёбер, сопровождающимися парадоксальным дыханием и декомпенсированной дыхательной недостаточностью ($SpO_2 < 90\%$) перевод пациента на ИВЛ.

Рекомендуется у пациентов с множественными переломами рёбер, сопровождающимися парадоксальным дыханием и декомпенсированной дыхательной недостаточностью ($SpO_2 < 90\%$), а также при напряжённом пневмотораксе перед переводом на ИВЛ проводить пункцию или дренирование плевральной полости.

При соблюдении этого правила вероятность смещения средостения значительно снижается.

Перелом грудины

Не рекомендуется у всех пациентов хирургическое лечение (остеосинтез) переломов грудины по причине избыточности

данных мер, за исключением случаев неэффективности консервативного лечения и выраженного смещения частей грудины с захождением отломков друг за друга.

Несмотря на серьёзность перелома грудины, он не требует какого-либо специального лечения, за исключением обезболивающей терапии.

Рекомендуется у всех пациентов с болевым синдромом, связанным с неконсолидированными переломами грудины, выполнение хирургического лечения (остеосинтеза) с целью улучшения качества жизни.

Травматическая асфиксия

Рекомендуется у всех пациентов с травматической асфиксией, вызванной закрытой травмой грудной клетки, принимать следующий комплекс мер: восстановление проходимости дыхательных путей, обезболивание, кислородная терапия, а также меры по лечению сопутствующих повреждений грудной клетки, в частности гемопневмоторакса, рёберного клапана, ушиба сердца и лёгких.

Пневмоторакс

Рекомендуется у всех пациентов устранение пневмоторакса путём дренирования

Гемоторакс

Рекомендуется выполнять плевральную пункцию с удалением крови или дренирование плевральной полости всем пациентам с гемотораксом (в том числе свернувшимся), за исключением пациентов, имеющих показания к экстренному оперативному вмешательству.

Ранняя эвакуация крови из плевральной полости является основным средством профилактики возникновения фиброторакса и эмпиемы плевры, а также создания оптимальных условий для дренирования плевральной полости и расправления лёгкого. Рекомендуется установка дренажа не более 28 Fr, так как это не увеличивает успешность эвакуации гемоторакса, но приводит к усилению болевого синдрома.

Рекомендуется у всех пациентов с гемотораксом (в том числе свернувшимся) удаление дренажа только при отсутствии сброса воздуха, рентгенологических признаков свернувшегося гемоторакса и экссудации менее 200 мл/день.

Рекомендуется пациентам, у которых по данным рентгенографии нет затемнений в

рёберно-диафрагмальном угле, или тем, у кого объём свернувшегося гемоторакса менее 300 мл, после дренирования проводить консервативное лечение.

Рекомендуется при сохраняющемся свернувшимся гемотораксе объёмом более 300 мл на фоне дренирования интраоперационная ликвидация свернувшегося гемоторакса.

Целями хирургического вмешательства по поводу свернувшегося гемоторакса являются: 1) эвакуация крови и сгустков и 2) освобождение участков припаянного лёгкого. Видеоторакоскопия (ВАТС) является гораздо более распространённой первоначальной методикой интраоперационной ревизии удаления гемоторакса, дренирования плевральной полости, нежели торакотомия. Когда дренаж не эвакуирует гемоторакс, варианты лечения включают в себя установку второго дренажа, хирургическое вмешательство (ВАТС/торакотомия) или внутриплевральную фибринолитическую терапию. Хирургическое лечение эффективнее, чем установка второго дренажа в плевральную полость и внутриплевральная фибринолитическая терапия.

Рекомендуется у всех пациентов в стабильном состоянии с сохраняющимся гемотораксом на фоне дренирования в первые 3-7 дней ВАТС-эвакуация гемоторакса.

Показано, что ВАТС, выполненная в первые 3-7 дней после травмы, позволяет успешно эвакуировать сгусток, уменьшает частоту выполнения торакотомии и осложнений, в том числе и эмпиемы плевры, и сокращает продолжительность госпитализации пациента. В более поздние сроки торакотомный доступ является предпочтительным.

Рекомендуется для пациентов со свернувшимся гемотораксом, не переносящих хирургического лечения, проведение внутриплевральной фибринолитической терапии.

Фибринолитическая терапия является альтернативным вариантом лечения свернувшегося гемоторакса с приемлемой частотой успеха. ВАТС показана в случаях сохраняющегося свернувшегося гемоторакса, если дренирование и эндоплевральный фибринолиз не привели к его разрешению. Фибринолитическая терапия может использоваться для улучшения дренирования подострых (от 6 до 13 дней) локализованных или экссудативных сборов, особенно у пациентов, у которых риск торакотомии является значительным.

Рекомендуется у всех пациентов с внутриплевральным кровотечением из сосудов грудной стенки, разрывами лёгкого и диафрагмы выполнение торакоскопического вмешательства по причине меньшей инвазивности в сравнении с торакотомией и сопоставимыми возможностями (при наличии соответствующего оснащения и опыта оперирующего хирурга).

При закрытой травме грудной клетки торакоскопически можно выполнить все те же виды операций, что и при ранениях:

Закрытая травма грудной клетки

Клинические рекомендации

остановку кровотечения из повреждённых сосудов грудной стенки, ушивание разрывов лёгкого и диафрагмы.

Наиболее частым источником внутриплеврального кровотечения при закрытой травме являются межрёберные сосуды. Для остановки такого кровотечения следует использовать наиболее быстро осуществимые способы, например, наложение перикостальных швов (дистальнее и проксимальнее места кровотечения), прижимающих межрёберный сосудистый пучок к ребру. Ошибкой следует считать попытки выделить кровоточащий сосуд, клипировать его и т.д., так как это приводит к неоправданной кровопотере и потере времени. Ушивание разрывов (или вторичных ранений осколками рёбер) лёгкого с целью уменьшения длительности однолёгочной вентиляции, которая может оказать крайне негативное влияние на состояние пациента, следует выполнять максимально быстрым и простым способом: прошиванием раневого канала сшивающим аппаратом, клиновидной резекцией размохжённого участка лёгкого и т.д. В данной ситуации ошибкой следует считать более сложные способы, применяемые в плановой торакальной хирургии.

Иная травма лёгкого (лёгких), травма крупных бронхов, трахеи (грудного отдела)

Рекомендуется у всех пациентов при выявлении в ходе лечебно-диагностической видеоторакоскопии не диагностированного ранее разрыва трахеи и/или крупных бронхов проведение конверсии (выполнение традиционной торакотомии) с целью ушивания повреждённых структур традиционным способом и герметизации указанных структур, а также устранения (в случае её наличия) либо профилактики (при её отсутствии) острой дыхательной недостаточности.

Рекомендуется при разрывах одного из главных бронхов использование раздельной лёгочной интубации с целью компенсации дыхательной функции пациента при помощи аппарата ИВЛ, предупреждения заброса крови в непоражённое лёгкое, в том числе при наличии бронхо-плевральной фистулы.

Травма диафрагмы

Не рекомендуется проводить специфические мероприятия или действия по поводу повреждения диафрагмы при ЗТГ в рамках неотложной помощи вне медицинской организации, так как травма диафрагмы или её отсутствие на догоспитальном этапе не могут быть достоверно диагностированы.

Рекомендуется выполнение хирургического лечения у всех пациентов с диагностированной травмой диафрагмы в целях предотвращения (устранения) компрессии лёгкого органами брюшной полости, а также ущемления самих органов брюшной полости и профилактики в дальнейшем диафрагмальных грыж.

В хирургическом стационаре установленный диагноз разрыва диафрагмы должен считаться основанием для выполнения неотложной операции в связи с дыхательной недостаточностью за счёт компрессии лёгкого переместившимися в плевральную полость органами брюшной полости, также в связи с опасностью ущемления и некроза этих органов брюшной полости. Выявление дефекта диафрагмы следует считать основанием для установления высокой вероятности ущемления органов брюшной полости. Кроме того, неликвидированные дефекты диафрагмы, как правило, приводят к образованию диафрагмальной грыжи. Выраженную симптоматику со стороны сердечно-сосудистой системы нельзя расценивать как абсолютное противопоказание к оперативному лечению. Она может быть вызвана выходением органов брюшной полости через дефект в диафрагме (рефлекторное влияние, непосредственное сдавление) и требует лишь кратковременной подготовки к операции. Целью операции является устранение компрессионного синдрома (возвращения органов брюшной полости в их естественные анатомические условия) и ликвидация дефекта диафрагмы.

Рекомендуется у всех пациентов с травматическим повреждением диафрагмы выбор в качестве оперативного доступа торакотомии на стороне повреждения с учётом других возможных клинических обстоятельств, которые могут быть ведущими.

Если ЗТГ является изолированной или доминирующей, то при диагностированном разрыве диафрагмы необходимо предпринять торакотомию на стороне повреждения. В таких ситуациях показанием к экстренной и неотложной торакотомии могут выступать в первую очередь другие жизнеугрожающие патологические состояния: профузное внутриплевральное кровотечение, быстро нарастающий пневмоторакс, подозрение на ранение сердца и крупных сосудов, продолжающееся внутриплевральное кровотечение с объёмом кровопотери 300 мл/ч и более, некупируемый клапанный пневмоторакс, открытый пневмоторакс с массивным повреждением лёгкого, ранение пищевода.

Рекомендуется у всех пациентов с диагностированным травматическим повреждением правого купола диафрагмы выполнение торакотомии, в том числе в виде перехода экстренной лапаротомии на данное вмешательство, с целью устранения описанного повреждения, невозможного при использовании абдоминального доступа.

Рекомендуется у пациентов с диагностированным травматическим повреждением диафрагмы и исключённой другой внутригрудной патологией выполнять боковую торакотомию в VII или VIII межреберье.

Рекомендуется у пациентов с травматическим повреждением диафрагмы при обнаружении некротизированной петли кишки или стенки желудка с целью предотвращения осложнений придерживаться следующего алгоритма действий: погружение поражённого органа в брюшную полость; ликвидация дефекта диафрагмы; санирование и дренирование плевральной полости; ушивание торакотомной раны; переход на лапаротомию.

Рекомендуется у всех пациентов с травматическим разрывом диафрагмы его ушивание П-образными швами нерассасывающейся нитью, по возможности с созданием дубликатуры из местных тканей.

Не рекомендуется рутинное применение торакоскопии у пациентов с целью закрытия повреждения диафрагмы, локализующегося на перикардальном уровне, по причине значительной технической сложности и длительности подобного вмешательства.

При подтверждённом диагнозе повреждения диафрагмы у пациентов в стабильном состоянии, а также при наличии у хирурга достаточного опыта можно рассмотреть возможность видеоассистированной торакоскопии. Однако даже в этом случае закрытие повреждения, локализующегося на перикардальном уровне, весьма проблематично.

Травма пищевода (грудного отдела)

Рекомендуется консервативное лечение (исключение питания через рот, антибактериальная терапия, инфузионная терапия) у пациентов с непроникающими повреждениями пищевода и отсутствием гнойного процесса в клетчатке шеи и средостения, с затеканием контрастного средства не более чем на 1 см при условии широкого сообщения образованвшейся полости в окологиеводной клетчатке с просветом пищевода, легко опорожняющейся в просвет пищевода.

В среднем консервативное лечение непроникающих повреждений пищевода продолжается 4-6 дней. Отсутствие эффекта от проводимой терапии, тем более прогрессирование воспалительных изменений являются показанием к оперативному лечению.

Рекомендуется зондовое питание всем пациентам с разрывами верхнегрудного отдела пищевода.

Рекомендуется оперативное лечение пациентам с травмой пищевода, у которых при рентгенологическом обследовании выявлено затекание контрастного средства в область средостения на протяжении более чем 1 см.

Рекомендуется трансцервикальная медиастинотомия (чресшейная медиастинотомия) как оперативный доступ у пациентов с травмами верхнегрудного отдела пищевода для ушивания дефекта пищевода, дренирования средостения, а также при повреждениях среднегрудного отдела пищевода в случаях ограничения объёма хирургического вмешательства дренированием средостения.

В зависимости от стороны повреждения пищевода осуществляются левосторонний, правосторонний или двусторонний доступы (при множественных повреждениях пищевода).

Рекомендуется трансплевральный доступ (торакотомия) как оперативный доступ у пациентов при необходимости как ушивания разрывов грудного отдела пищевода, так и для его резекции в случае его тотального поражения.

Рекомендуется лапаротомия как оперативный доступ у пациентов при разрывах нижнегрудного и абдоминального отделов пищевода для ушивания дефектов пищевода и дренирования средостения.

Рекомендуется фундопликация при проведении хирургического лечения всем пациентам с разрывами нижнегрудного отдела пищевода.

У пациентов с подобными травматическими повреждениями наблюдается заброс желудочного содержимого через дефект стенки пищевода в средостение, плевральные полости, что значительно осложняет лечение этой группы пациентов и требует проведения фундопликации.

Рекомендуется абдомиоцервикальный доступ как предпочтительный у пациентов в случаях невозможности сохранения органа (гигантские одиночные или множественные разрывы грудного отдела пищевода, сопровождающиеся некрозом его стенки).

Наличие гнойного медиастинита и эмпиемы плевры не является противопоказанием к данной операции.

Рекомендуется проведение эндоскопического лечения травматических повреждений (клипирование дефектов стенки пищевода и его стентирование) только при наличии соответствующего опыта хирурга и малых размерах дефекта (по причине малой исследованности данных методик).

Рекомендуется у всех пациентов, перенёвших перфорацию пищевода, удаление гастростомы не ранее чем через 3 месяца с момента повреждения пищевода, при отсутствии затеков за контуры пищевода в условиях рентгенологического контрастного исследования.

Рекомендуется у всех пациентов, перенёвших перфорацию пищевода, удаление гастростомы не ранее чем через 6-12 месяцев с момента повреждения пищевода в условиях наличия ложного хода (затек) в средостение по результатам рентгенологического контрастного исследования пищевода.

Рекомендуется у всех пациентов, перенёвших перфорацию пищевода и имеющих функционирующий желудочный свищ на месте удалённой гастростомы, закрытие указанного свища не ранее чем через 6 месяцев с момента травмы пищевода.

Травма иных органов грудной полости
Травма грудного лимфатического протока

Рекомендуется у всех пациентов с травмой грудного лимфатического протока и продолжающейся хилореей дренирование плевральных полостей при помощи плеврального дренажа либо плевральных пункций (на выбор лечащего врача).

Частота плевральных пункций зависит от темпа накопления хилуса, проявления признаков дыхательной недостаточности и нарушения сердечной деятельности вследствие сдавления лёгкого, смещения средостения, перегиба крупных вен. Иногда пункцию плевральной полости приходится производить срочно, по жизненным показаниям. Предпочтение следует отдавать дренированию плевры и наладить постоянную аспирацию с разрежением 14,7-19,6 кПа (150-200 мм вод. ст.). Наличие подобного дренажа позволяет не только полностью удалить скопившийся хилус, но и осуществлять ежедневный мониторинг количества теряемой жидкости. Кроме этого, дренирование позволяет более эффективно выполнить реэрацию коллабированного лёгкого.

Рекомендуется у всех пациентов с травматическим хилотораксом руководство-ваться при планировании необходимости оперативного вмешательства наличием или отсутствием следующих показаний: при-мерная стабильность количества теряемого хилуса в течение 2-3 недель; начинающееся истощение пациента.

Рекомендуется у всех пациентов с травмой грудного лимфатического протока и продолжающейся хилореей при затруднениях и/или противопоказаниях к наружному дренированию наложение плевроперитонеального шунта.

Альтернативой наружного дренирования является плевроперитонеальный шунт. Он показан пациентам, которые из-за тяжести общего состояния не могут перенести более инвазивную хирургическую процедуру, а хилорея сохраняется, несмотря на консервативную терапию. По хирургической технике постановка шунта аналогична простому дренированию плевральной полости. Она также может уменьшить потери питательных веществ, жидкости и клеток по сравнению с наружным дренированием. Пациентам объясняют необходимость периодически промывать шунт. В 10% шунт может облитерироваться фибрином, что вызывает его переставлять. Сброс жидкости в брюшную полость приводит к возникновению хилёзного асцита, который не создаёт существенных проблем.

Рекомендуется у всех пациентов с травмой грудного лимфатического протока и продолжающейся хилореей при наличии торакального дренажа и общей ослабленности пациента с высоким риском хирургического вмешательства выполнение плевродеза.

Альтернативным методом, уменьшающим хилоторакс, является плевродез. При наличии торакального дренажа это можно осуществить через его просвет. Химический плевродез показан при упорном хилотораксе у ослабленных пациентов, у которых риск хирургического вмешательства крайне высок. У других пациентов, подвергшихся хирургическому лечению, химический плевродез как компонент операции также может применяться интраоперационно после перевязки грудного протока.

Не рекомендуются электрокоагуляция и использование электроножа у всех пациентов как основной метод рассечения и соединения тканей грудного лимфатического протока по причине часто развивающейся хилореи в зоне вмешательства.

Рекомендуется у всех пациентов с травматическим хилотораксом при проведении оперативного вмешательства принимать

меры к устранению хилореи и облитерации плевральной полости.

Рекомендуется у всех пациентов при-менять торакоскопические методы лечения травмы грудного лимфатического протока при наличии соответствующей квалификации персонала и оснащения, за исключением случаев наличия абсолютных показаний к торакотомии.

Торакоскопические операции на грудном лимфатическом протоке в настоящее время сравнялись по возможностям с открытыми вмешательствами (торакотомиями), однако связаны с меньшей травматизацией тканей.

Медицинская реабилитация и санаторно-курортное лечение

Рекомендуется всем пациентам с диагнозом ЗТГ проводить реабилитацию, ориентируясь на общие принципы реабилитации пациентов после проведённых хирургических вмешательств с целью улучшения качества жизни в дальнейшем.

Методы реабилитации пациентов с травмой грудной клетки, находящихся без сознания и находящихся на ИВЛ, значительно отличаются от реабилитации пациентов, которые находятся в сознании и дышат спонтанно. Целями реабилитации этих пациентов являются предотвращение респираторных осложнений и тромбоза глубоких вен. Респираторные методики комбинируются в зависимости от общего состояния пациента и типа травмы (односторонний или двусторонний серийный перелом рёбер, грудная заслонка, ушиб лёгкого, плевральный выпот, травма бронхов). Своевременное применение ранней реабилитации предотвращает появление ранних (ателектаз лёгких, бронхопневмония) и поздних осложнений (нагноение гематомы, эмпиема).

Первый этап реабилитации

Рекомендуется у всех пациентов при планировании и проведении хирургического лечения следовать протоколам fast-track rehabilitation («быстрый путь») и ERAS – enhanced recovery after surgery («усиленное восстановление после операции»).

В указанных протоколы входят мероприятия по информированию и подготовке пациента к операции, отказ от рутинного использования инвазивных процедур без доказанной эффективности (механическая очистка кишечника, предоперационное голодание), комплексное обезболивание, специализированные протоколы проведения анестезиологического пособия, отказ от рутинного использования катетеров и дренажей, ранняя мобилизация пациентов с 1-2-х послеоперационных суток (активизация и вертикализация).

Рекомендуется у всех пациентов раннее начало восстановительного лечения, направленного на восстановление объёма движений в оперированной части тела, восстановление тонуса и увеличение силы мышц, профилактику кардио-респираторных нарушений в целях улучшения функциональных результатов после операций в торакальной хирургии.

Рекомендуется проведение всем пациентам с закрытой травмой груди мультимодального купирования болевого синдрома в раннем послеоперационном периоде для улучшения результатов лечения и качества жизни пациента.

По данным Международной ассоциации по изучению боли, боль является не только многогранным синдромом, но и фактором риска развития осложнений, связанных с травмой грудной клетки. Наличие боли может ухудшить дыхательные экскурсии, нарушая вентиляционную функцию, усугубляя нарушения механики дыхания, вызванное воспалением и возможным ушибом, уже имеющимся у пациента с тупой травмой. Кроме того, поверхностное дыхание нарушает дренажную функцию бронхов, вызывает задержку лёгочного секрета, дополнительно подавляет кашлевой рефлекс. Кашлевой рефлекс, подавленный болью, приводит к ателектазу и повышает риск развития пневмонии. Недостаточное обезболивание пациента с тупой травмой грудной клетки приводит к снижению эластичности лёгких, несоответствию вентиляции и перфузии, гипоксемии и респираторному дистресс-синдрому. Неадекватный контроль боли может привести к недостаточному сну, недоеданию, психологическому стрессу, депрессии, возбуждению, длительному выздоровлению и ограничению нормальной повседневной активности. Боль без лечения может иметь неблагоприятные последствия для гемодинамической стабильности, желудочно-кишечной системы и функций почек и может привести к таким состояниям, как тахикардия и гиперкоагуляция. Своевременное и адекватное обезболивание при травме грудной клетки не только снижает количество осложнений, но также сокращает сроки госпитализации и затраты на лечение.

Рекомендуется всем пациентам проведение ЛФК с целью реабилитации.

(Окончание следует.)

Доктор медицинских наук, профессор Валерий ЕГИЕВ – хирург, который оперирует, по его собственному выражению, «всё в животе» от желудка до матки: любой орган по любому поводу, включая злокачественные новообразования с прорастанием опухоли в крупные сосуды. Профессор работает с наиболее сложными онкологическими пациентами, в том числе с такими, от которых отказались другие врачи.

Нетрудно догадаться, что наш разговор с экспертом – о новом Порядке оказания онкологической помощи, вступившем в силу с января 2022 г. Прошёл год, а реакция значительной части медицинского сообщества на этот документ всё ещё остаётся острой и болезненной.

– Валерий Николаевич, меня во всей этой истории больше всего удивляет следующее: из системы оказания онкопомощи в регионах вытеснили многопрофильные стационары, федеральные, ведомственные и частные клиники, а онкобольные всё равно идут туда. Очевидно, что дефицит медицинской помощи, в том числе онкологической, в государственном здравоохранении существует, в то же время принимаются такие странные решения. Почему?

– Главная проблема отечественной системы здравоохранения – дефицит финансирования, именно этим объясняются странности некоторых организационных решений. Да, мы регулярно слышим сообщения о том, как много денег вкладывается в отрасль, но это «много» – примерно одна четвёртая часть от реальной потребности. Поэтому нам каждый раз демонстрируют лишь видимость решения той или иной медицинской проблемы, иницируя очередную национальный проект.

Так, 15 лет назад была сформулирована главная угроза населению России – сердечно-сосудистые заболевания, высокая смертность от них и острая потребность в оперативном лечении. Под решение этой задачи построили в регионах несколько федеральных кардиохирургических центров, каждый стоимостью по 100-150 млн евро. По идее, при выборе территорий должны были ориентироваться на структуру местной лечебной сети: есть там кардиохирургия или её нет. Что на практике? Построили даже в тех городах, где в структуре областных и краевых больниц были отделения кардиохирургии, и можно было просто их дооснастить. В итоге расплыли потоки пациентов. Логика в этом никакой, но впечатление на народ произвели.

Сейчас другой приоритет – борьба с онкологическими заболеваниями в формате нацпроекта стоимостью триллион рублей. Повторяется та же история с распределением денег и перенаправлением потоков пациентов по нужным адресам, но без внутренней логики, в чём все убедились, ознакомившись с новым Порядком онкопомощи.

Завтра у Минздрава России появится новый фаворит из числа главных специалистов, и будет сформулирован новый приоритет финансового внимания, тем более что на всю медицину денег всё равно не хватает.

Одновременно среди направлений медицины выбираются «не актуальные», чтобы не вкладываться в их развитие. Яркий пример – трансплантология. Сначала кто-то запустил в общественное мнение фейки о чёрных трансплантологах, затем устроили облаву силовиков на московскую горбольницу № 20, врачей обвинили в тяжких грехах. В конце концов суд их оправдал, но мало

кто об этом знает. Больница и врачи были дискредитированы, доверие к трансплантологам подорвано. Что в итоге? Отечественная трансплантология развита на одну сотую от необходимого, потому что вложения в этот раздел медицины мизерные в сравнении с потребностью. Причина простая: это очень дорого. Если больному пересаживается печень, 20 тыс. долл. в год надо тратить на его лекарственное сопровождение.

Как это связано с онкослужбой? Самым прямым образом. В мире считается, что при гепатоцеллюлярном раке (ГЦР) с размером опухоли более 2 см больному показана пересадка печени. У нас же пациенту с ГЦР, которого не-

плантации органов. Я видел там и панкреатодуоденальную резекцию, и операции на печени, и пересадку печени, причём всё это делает один и тот же хирург. У нас это как минимум два разных отделения в стационаре и три хирургических специализации.

То же самое мне довелось увидеть в клинике Парижа: хирурги за один день выполняли от 3 до 5 резекций печени и 2-3 трансплантации печени. В этом же от-



вопрос: зачем? Есть простое в организационном плане и экономически выгодное решение: главврач заключает договор с клиникой, которая оснащена для проведения лучевой терапии, и пациентов направляют туда. Всех это устраивает, зачем же непременно каждому стационару своё отделение открывать? Оно же не будет работать в полную силу.

– **Риску предположить, что смысл новых требований к лицензированию онкологической деятельности заключается не в том, чтобы повысить её уровень и качество, а в том, чтобы вытеснить из системы оказания онкопомощи и её финансирования всех «лишних». Ведь очевидно, что далеко не**

Экспертный уровень

«Порядок», который вряд ли наведёт порядок

В условиях дефицита денег рождаются непродуктивные идеи

возможно прооперировать радикально, выполняют паллиативное вмешательство. Для больного это приговор, а для здравоохранения – экономленные 20 тыс. долл. в год. Поэтому мы будем делать акцент на развитие онкохирургии при ГЦР, а не трансплантологии, хотя результаты несопоставимы.

– **Разве при дефиците денег в принципе невозможны оптимальные организационные решения?**

– Возможны. Более того, именно в условиях ограниченных финансовых ресурсов необходимы особо продуманные шаги и в подготовке кадров, и в структуризации лечебной сети, и в распределении потоков пациентов.

В медицинской науке и практической медицине всегда считалось нормальным и даже необходимым изучение зарубежного опыта, внедрение лучших лечебно-диагностических технологий. Думаю, будет не лишним и даже полезным поинтересоваться также особенностями подготовки врачей и организации оказания медицинской помощи за рубежом. Это особенно важно по той причине, что в ведущих странах Запада расходы государства на здравоохранение в разы больше, чем в России, тем не менее там весьма рационально подходят к финансовым тратам.

Начну с подготовки кадров. В тех странах, где мне довелось учиться или просто знакомиться с работой коллег, нет отдельной врачебной специальности «эндоскопист». Есть гастроэнтеролог и есть хирург, специализирующийся на пищеводе и желудке. Оба сами выполняют диагностическую эндоскопию с забором биоптата, а хирург ещё и выполняет при необходимости полипэктомию, папиллэктомию. У нас же эндоскопист – отдельная специальность, при этом среди них есть диагносты, а есть интервенционные эндоскописты.

И таких перекосов – появление узких специалистов с субспециализацией – масса. Такое дробление не оправдывает себя, потому что там, где с пациентом мог бы работать один высококвалифицированный врач, приходится собирать мультидисциплинарную бригаду. Это не только противоречит здравому смыслу, но и экономически невыгодно для отрасли.

В клинике Гейдельберга есть отделение хирургии и транс-

деления оперируют поджелудочную железу. И всё это делается на 60 койках. Вот пример грамотной организации работы высококвалифицированных специалистов. Если же вы под каждый орган открываете специализированные отделения хирургического лечения, где найдёте столько больных? И будут ли хирурги развиваться в таких условиях?

Далее, врачи в государственных лечебных учреждениях 90% рабочего времени тратят на заполнение разного рода бумаг, дублируя функции медсестры. Собственно, отсюда и начинается весь клубок проблем с ограниченной доступностью медпомощи, недовольством пациентов. В России как был, так и остался переизбыток врачей. Вы удивлены? Никакого дефицита врачебных кадров нет, а есть нехватка среднего медперсонала. В итоге врачи занимаются не своей работой.

– **Что касается собственно нового Порядка онкопомощи: в чём, по-вашему, его главный недостаток?**

– Начнём с того, ради достижения какой цели этот документ появился? В условиях ограниченного финансирования борьба идёт банально за потоки пациентов путём установления жёстких правил маршрутизации и негласного запрета «отдать» больного кому-то другому. Вопрос: зачем тогда на словах декларируется право выбора пациентом врача, и это выдаётся как достижение?

Достижение – это когда пациент может выбрать любого врача в любом учреждении любого региона страны. То есть не главный онколог Минздрава России или субъекта РФ определяет, где больной имеет право оперироваться, а он сам. Например, живя в Москве, я выбираю хорошего доктора в Новосибирске и имею право к нему поехать лечиться бесплатно по полису ОМС, а государство моё лечение оплатит. Тогда это – право выбора. В нынешнем же варианте – маршрутизация онкобольного внутри субъекта РФ – выбора, по сути, нет.

Другая проблема, порождённая новым порядком, – структура условной онкослужбы, которая не отвечает ни интересам больного, ни интересам экономики здравоохранения.

В американской Атланте один центр лучевой терапии на город и его агломерацию с общей чис-

ленностью населения 6 с лишним миллионов человек. И ни у кого это не вызывает вопросов... кроме меня. Когда я об этом спросил, мне ответили: ускорители – дорогое удовольствие, очень хороший стоит 20 млн долл., поэтому они должны работать в три смены. Где в нашей стране отделения лучевой терапии в онкодиспансерах работают круглосуточно? В лучшем случае полдня: вредность для медперсонала и всё такое. То же самое с аппаратами радиоизотопного исследования.

Химиотерапевтическое лечение в основном проводится в амбулаторном режиме или в режиме дневного стационара. Ни одной онкологической больницы иметь в своей структуре отделение химиотерапии не нужно, потому что это нерентабельно: не будет большого потока пациентов. Мы же говорим о недофинансировании отрасли, так давайте считать деньги, что это нормально. В той же Атланте всего одно 40-коечное отделение химиотерапии, но оно интенсивно работает, и онкобольные со всего города приезжают сюда, потому что так финансово эффективнее. А вот оперируют рак во всех клиниках города.

– **Пока все сравнения не в нашу пользу.**

– Так и есть. К тому же авторы нового Порядка решили «для порядка» развести онкологов и общих хирургов по разным углам, чтобы они не пересекались. Между тем хирургия – самое тонкое звено во всей этой структуре. Во-первых, не так много по-настоящему грамотных хирургов, умеющих многое. Во-вторых, если хирург хорошо работает на печени, ему всё равно, что удалить – опухоль, метастаз или эхинококк. Нужно обязательно задействовать опыт таких специалистов, даже если они работают не в специализированной онкологической больнице, а не запрещать им заниматься онкобольными.

Сейчас идёт разговор о том, что с 2026 г. все лечебные учреждения, которые лицензированы на оказание онкологической помощи, должны иметь рентгеноперационные. Вопрос: зачем? А специалистов по рентгеноэндоскопической хирургии они где возьмут? Также все должны иметь в своей структуре отделения лучевой терапии с необходимым «тяжёлым» оборудованием. И снова тот же

все учреждения смогут выполнить такие требования по оснащению и кадрам.

– Соглашусь. Это тот же приём, который используется в отношении негосударственных медицинских организаций, чтобы сдерживать их присутствие в системе ОМС: всё больше и больше усложняется лицензирование «частников», выдвигаются трудновыполнимые условия.

Когда вступил в силу приказ № 116 Минздрава России о новом Порядке оказания онкопомощи, «частников», которые имеют профиль «онкология», точно так же, как прочие учреждения, начали по формальным признакам исключать из схемы маршрутизации онкологических больных. У кого-то стационарных коек меньше, чем прописано в порядке, у других нет отделения химиотерапии и т.д.

– **И всё равно онкологические больные туда идут.**

– Идут, и их очень много. Причём далеко не самые богатые люди. Казалось бы, есть возможность бесплатно лечиться в государственной онкослужбе, но, видимо, больных что-то там не устраивает, и они лечат рак за собственные деньги. Так, может, в онкослужбе поинтересуются, что именно заставляет людей так поступать?

У меня есть объяснение. Стоимость операций и там и там почти одинаковая, при том, что срок ожидания начала лечения в негосударственных клиниках значительно короче. Можно сказать, никакого ожидания фактически нет: я в любой момент могу госпитализировать больного, за сутки его обследовать, провести онкоконсилиум и на следующий день прооперировать.

Почему государственной онкослужбе так хочется формировать очереди из онкобольных на первичную консультацию, затем на диагностику, после этого на онкоконсилиум, затем на операцию или химиотерапию и так далее? Если есть возможность задействовать потенциал других учреждений в интересах больных, почему этого не делать, кто-то может внятно объяснить?

– **Главные онкологи Минздрава России говорят о важности формирования федерального канцерорегистра, для этого все учреждения, участвующие в системе оказания онкологической помощи, должны подавать туда инфор-**

мацию. Может, «частников» потому и отлучают, что они не подают сведения?

– Я скептически отношусь к любым регистрам, включая канцерорегистр, поскольку есть основания им не доверять. Вот пример регистра инфекций области хирургического вмешательства (ИОХВ). В США на 350 млн населения ежегодно регистрируется 2,5 млн случаев таких инфекций. В Европе на 400 млн населения – 1,5 млн случаев ИОХВ. В России на 150 млн жителей регистрируется всего 27 тыс. эпизодов послеоперационных инфекций, тогда как, согласно расчётам, их должно быть не менее 2 млн. Так у нас есть регистр по ИОХВ, или его нет? Если в стране нет достоверного регистра по хирургическим инфекциям, почему кто-то считает, что может быть достоверный регистр по онкологии?

Мы с коллегами по своей инициативе проводили анализ ситуации в одном из регионов. Согласно канцерорегистру, там 4,5 тыс. случаев впервые выявленных онкологических заболеваний в год, из них до 60% операбельны, то есть рак диагностирован на ранних стадиях. При этом выполняется только 500 операций в год. Это значит, больных либо не оперируют, либо они уезжают оперироваться в другие регионы. Ну и как на эту ситуацию может повлиять федеральный канцерорегистр? Да никак, если на местах онкослужбой руководят неэффективно.

– Давайте подведём итог. Как, с вашей точки зрения и с учётом зарубежного опыта, можно и нужно организовать систему оказания помощи онкологическим больным в нашей стране?

– Прежде всего, наиболее правильно, когда регулируют потоки пациентов не министерство и не главный специалист, а страховые компании, которые опираются на качество оказываемой в том или ином медицинском учреждении помощи по данному профилю. Ни форма собственности, ни статус клиники при этом значения не имеют. Если ты делаешь что-то плохо, страховая компания перестает направлять к тебе больных, вот и весь принцип регулирования.

Следующее: для государства главная цель – удовлетворение потребности населения в онкопомощи, при этом организация помощи должна быть экономически эффективной. В любом городе – разумеется, я не беру в расчёт многомиллионную Москву – достаточно одного центра лучевой терапии при условии, что он будет работать с высокой загрузкой и круглосуточно.

Для проведения стандартной химиотерапии достаточно 1-2 отделений на город, не обязательно в каждой больнице иметь такие отделения или даже койки.

Принимая решения о том, что такие центры и отделения должны быть едва ли в шаговой доступности от каждого пациента, вы создаёте псевдодоступность, а на самом деле суживаете потоки больных и снижаете качество лечения, распыляете технологии, финансовые и кадровые ресурсы. Лучевые и химиотерапевты должны быть специалистами такого же высокого уровня, как хирурги, а для наработки не просто опыта, а по-настоящему высокой квалификации им нужна постоянная активная практика. Не зря имена суперхимиотерапевтов у всех на слуху, и их, кстати, не так много.

Повторю: настоящая доступность подразумевает сокращение не расстояний, а сроков от первичного обращения пациента за медицинской помощью по поводу опухолевого заболевания до начала лечения. То, что центры лучевой и химиотерапии

будут построены в большом количестве, но продолжают работать по полдня, задачу по сокращению сроков начала лечения рака вообще не решает.

В отношении хирургического лечения рака всё должно быть как раз наоборот, учитывая, что пациент сколько-то дней занимает стационарную койку, и это создаёт очередь. Чем больше клиник, где больного могут прооперировать в короткие сроки, тем лучше для него. Поэтому ограничение участия общих хирургов в лечении онкологических больных – большая ошибка.

Я вам больше скажу: хирургия вообще не должна быть разделом онкослужбы. Деление на общих хирургов и онкохирургов не оправдано, это способствует тому, что врач мельчает. Хирург занимается не конкретной патологией, а органом или полостью и должен уметь выполнять все операции на этом органе, о какой бы болезни ни шла речь. Если я, работая в отделении патологии печени, желудка и поджелудочной железы многопрофильной больницы, выполняю за год 50 фундопликаций пищевода, 10 операций на печени и желчном пузыре, ещё 20 – по поводу рака желудка, я наработаю гораздо больший опыт и добыю более высокого качества, чем хирург, который работает в онкодиспансере и выполняет всего 20 операций на желудке в год, потому что я в общей сложности выполню 80 операций против его 20. Так на чём же он будет учиться-то?

– Вы читали в «МГ» статью о дискуссии, которая развернулась между академиками-хирургами на онкологическом конгрессе. Они спорили о будущем онкослужбы: запретить ли её внутри многопрофильных учреждений или выпустить на волю. С кем из них вы солидарны?

– Как нетрудно догадаться, я согласен с экспертами, которые настаивают на том, что многопрофильным стационарам нужно дать право хирургически лечить онкологических пациентов и не требовать от них наличия отделений лучевой и химиотерапии.

Но и здесь не всё так просто. Не каждый главврач заинтересован в том, чтобы развивать в своём учреждении онкохирургию высокого уровня. Дело в том, что высококвалифицированный хирург для городской больницы – большая головная боль. На него идут сложные и тяжёлые больные, которым требуются операции с заведомо высоким процентом серьёзных осложнений. Хирург готов их оперировать, он умеет это делать, но осложнения не оплачиваются системой ОМС, больница сама покупает препараты для купирования этих осложнений. Главный врач, которому выделен на год определённый объём финансирования, не испытывает радости от таких хирургических подвигов с финансовыми рисками, и когда отличный хирург уходит из больницы, и туда перестают обращаться сложные больные, руководство клиники вздыхает с облегчением.

В идеале должно быть как раз наоборот: включите лечение осложнений в систему медицинского страхования, увеличьте тарифы на хирургию, поощряйте хирургов оперировать так называемых трудных и неоперабельных больных. Тогда смертность от рака станет ниже, а продолжительность жизни этих пациентов – выше. Пора принимать решения, которые соответствуют декларациям о соответствии интересов пациента и при этом экономически целесообразны.



Беседу вела
Елена БУШ,
обозреватель «МГ».

Иген

Искусственный интеллект в естественном росте

Технологии искусственного интеллекта всё шире применяются в здравоохранении, отрасль даже называют одной из ведущих в этой области. Дело здесь, с одной стороны, в увеличении продолжительности жизни граждан и, соответственно, росте количества пациентских обращений за медицинской помощью, а с другой стороны, в стремительном накоплении данных. С 2019 г. в рамках федерального проекта по созданию единого цифрового контура формируется всё больше и больше цифровых данных, и к 2022 г. их объёмы увеличились в 40 раз – количество электронных медицинских документов сейчас составляет 2 млн в сутки. И это не предел, специалисты ожидают дальнейшего роста этих цифр.

Как сказала директор Департамента стратегического развития и инноваций Минэкономразвития России Валерия Воробьёва, «отрасль здравоохранения выступает как один из передовиков, представляет, как в одной отрасли можно полноценно реализовать все лучшие практики, все треки». Безусловно, лидером по применению искусственного интеллекта является Москва, сказал заместитель министра здравоохранения РФ Павел Пугачёв на пресс-конференции, посвящённой презентации результатов исследования «Искусственный интеллект в здравоохранении». Его провели АНО «Цифровая экономика» совместно с Центром компетенции по искусственному интеллекту Сбербанка, чтобы выявить те тренды и решения, которые на сегодняшний день наиболее актуальны и востребованы.

Прорыву «интеллекта», пояснил он, способствовал экспериментальный правовой режим, который был введён в Москве. Это обеспечило, с одной стороны, доступ к медицинским данным, а с другой – позволило отработать методологию взаимодействия с разработчиками ИИ и расчётов с ними. В частности, в столице реализовали способ финансирования через грантовую поддержку, что создало базу для сотрудничества и позволило далее тиражировать опыт в других регионах – разработки уже вышли далеко за пределы МКАД.

Обеспечила рывок и принятая процедура регистрации медицинских изделий (продукты ИИ относятся к этой группе). Ещё перед началом пандемии COVID-19 Росздравнадзор выпустил методические рекомендации, которые упростили процедуру, что и дало всплеск активности в этой сфере и, как ожидают специалисты, позволит всё более эффективно использовать ИИ в организации медицинской деятельности. При этом в Минздраве понимают, что регистрация ещё не означает, что продукты ИИ сразу же станут активно применяться в клинической практике. И здесь как раз ведомство видит свою задачу в том, чтобы обеспечить разработчикам растущий рынок для этих продуктов в системе здравоохранения.

Эти меры поддержки самые разнообразные. Сформирована межведомственная рабочая группа по вопросам создания, развития и внедрения в клиническую практику медицинских изделий с технологией ИИ, в рамках федерального проекта по созданию единого цифрового контура в 2023-2024 гг. запланированы мероприятия по их популяризации и внедрению в регионах России. Для доступа ИТ-разработчиков к структурированным наборам данных Минздрав создал платформу ИИ в составе Единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения, а для обучения сотрудников медицинских организаций предложены онлайн-курсы, в образовательные программы включены модули по применению

медицинских изделий с технологией ИИ.

Эффекты и барьеры

Дополнительное внедрение ИИ помогает повысить качество и персонализацию предоставляемых медицинских услуг – в здравоохранении всё больше осознают это не только государственные, но и частные заказчики. На сегодняшний день зарегистрировано как медицинское изделие и допущено к лечебно-диагностическим процессам 21 решение. По оценкам Национального центра развития искусственного интеллекта при Правительстве РФ, 16% компаний используют технологии ИИ в здравоохранении, что позволило им в прошлом году получить совокупный экономический эффект более 13 млрд руб. Наиболее выраженные эффекты – это снижение рутинной нагрузки на врача в 5-10 раз при анализе снимков КТ и МРТ.

Ещё один важный шаг вперёд связан со стандартизацией искусственного интеллекта, начавшейся после принятия соответствующей программы на период 2021-2024 гг. За это время было утверждено 40 стандартов, регламентирующих безопасность систем ИИ, и 10 из них – для здравоохранения. «Это особо важно, поскольку это чувствительная отрасль, связанная со здоровьем людей, с человеческим капиталом и социальными эффектами. Именно благодаря этим стандартам удалось получить 21 решение – все они сертифицированы в России», – подчеркнул один из авторов исследования Сергей Плуготаренко.

Увы, даже искусственный интеллект тормозит перед естественными возникающими препятствиями. Например, развитию сильно мешает кадровый голод. По словам эксперта, за теми, кто умеет работать с данными, за разработчиками ИИ идёт настоящая охота. Но и здесь государство подставляет своё плечо: при его финансировании было подготовлено почти 2 тыс. специалистов. «Я надеюсь, что этот процесс продлится, и мы увидим новые цифры по подготовке таких кадров», – делает прогноз С.Плуготаренко.

Несмотря на все декларируемые успехи, в исследовании отмечается и тот неутешительный факт, что уровень внедрения искусственного интеллекта в России примерно в 3 раза меньше мирового. «Почему так? Во-первых, мы видим большое количество барьеров. В том числе и в головах бизнесменов есть ещё некое ощущение, что они столкнутся со сложностями, начав внедрять технологии ИИ в деятельность», – пояснил С.Плуготаренко.

Преодолеть эти шаблоны сознания можно, популяризируя успешные практики и повышая информированность: «Компаниям, представителям отрасли надо рассказывать о том, как внедрение высоких технологий может изменить их бизнес-процессы, дать им дополнительную выручку либо какие-то социальные эффекты, улучшить

финансовые возможности. Это очень важная такая «морковка», которую мы всё время показываем». Тем не менее, признаёт он, некоторые решения являются действительно дорогостоящими, и, приобретая их, нужно ещё найти специалистов, способных их поддерживать. А специалисты эти в дефиците, и это главное, с чем предстоит справиться.

Актуальные направления

Какие же направления наиболее актуальны и перспективны? Как показало исследование, это компьютерное зрение – оно применяется при автоматизированном распознавании медицинских снимков (эндоскопических, рентгенологических, флюорографических и КТ-изображений), контроле безопасности пациента в палате, диагностике вен по фотографии, сканировании пространства для незрячих, создании цифровой копии биоматериалов. Обработка естественного языка используется при скрининге лекарственных назначений пациенту, диагностике ментальных расстройств (с помощью чат-ботов). Распознавание и синтез речи – это возможность заполнять медицинские протоколы с помощью голоса, заменять цифровой помощник для оформления вызова врача на дом, распределять звонки клиентов к конкретным специалистам, распознавать опасные паттерны в аудиозаписи кашля. Технологии интеллектуальной поддержки принятия решений позволяют комплексно оценивать здоровье по данным электронной медицинской карты, автоматически расшифровывать и интерпретировать данные электрокардиографии, осуществлять удаленный мониторинг пациентов с хроническими заболеваниями с помощью интеллектуальной платформы.

К перспективным специалисты относят также методы, которые призваны обеспечивать консультацию с цифровым психологом, а также нейроинтерфейсы, нейросенсинг, то есть технологии, позволяющие отслеживать и влиять на мозговую активность человека. В течение ближайших 2 лет продолжит развиваться применение компьютерного зрения для анализа медицинских изображений и видеоаналитики, мобильное здравоохранение, решения, направленные на облегчение рутинных процессов медицинских работников с помощью ИИ, использование прогнозной аналитики в здравоохранении. В чуть более долгосрочной перспективе начнётся использование ИИ для разработки новых лекарств, в работе хирургических роботов. Ожидают применения ИИ в деле обучения медперсонала, в разработке индивидуальных программ медицинского страхования, в реальной клинической практике (Real World Data (RWD) – это данные, относящиеся к здоровью пациентов или оказанию медицинской помощи, собираемые из разных источников, например, электронные медицинские карты, счета, выставленные медучреждениями и аптеками, официальные претензии пациентов, реестры препаратов, медицинской продукции и заболеваний и т.д.). А более чем через 5 лет, по прогнозам, начнётся использование цифровых двойников для моделирования пациентов.

Римма ШЕВЧЕНКО,
корр. «МГ».

В медицине границы этики, или – проще – нравственности, очень широкие. Это и отношение к пациенту, и взаимоотношения с коллегами, и общая культура поведения, и использование наиболее щадящих в каждом конкретном наблюдении методов лечения, и многое-многое иное.

В наше поле зрения попал случай, где врачебная этика была неоднократно и необоснованно нарушена, что принесло вред больному. Полагая, анализ обстоятельств, в которых произошли описываемые ниже события, полезен для медицинского сообщества. Мы понимаем, что не достаёт личностных характеристик действующих врачей. Увы, ими не располагаем. Видимо, следует для объективности упредительно представить современную ситуацию с тактикой лечения патологии, выявленной у пациента.

Хронические субдуральные гематомы (ХСГ) относятся к распространённым заболеваниями головного мозга. Чаще всего они являются последствием черепно-мозговой травмы.

Хронические субдуральные гематомы представляют собой объёмное доброкачественное образование с различным темпом роста. По логике здравого смысла многие десятилетия осуществляли радикальную операцию, заключающуюся в широкой трепанации черепа и иссечении гематомы вместе с её капсулой. Однако летальность при таком подходе составляет 12-18%, главным образом из-за послеоперационного коллапса мозга.

Исследования, проведённые в конце XX века, показали, что основной причиной, поддерживающей существование и периодическое увеличение осумкованного кровоизлияния, является гиперфибринолиз его содержимого вследствие резкого повышения в нём продуктов деградации фибрина. При этом легко возникают геморагии из тонкостенных расширенных капилляров капсулы ХСГ. Это привело к новой концепции лечения хронических субдуральных гематом. Чтобы запустить процесс их саногенеза, достаточно минимально инвазивно изменить внутригематомную среду, то есть устранить гиперфибринолиз. Гематома и её капсула постепенно резорбируются. При этом осложнения, обусловленные коллапсом мозга, отсутствуют, летальность на порядок ниже (1%), чем при радикальном хирургическом лечении.

Разберём наблюдение ХСГ, в котором врачебная этика и связанная с ней тактика хирургического лечения были грубо нарушены.

История болезни

Урок врачебной антиэтики

Больной М., 50 лет, 3 октября 2021 г. упал со 2-го этажа. Был госпитализирован в отделение сочетанной травмы городской клинической больницы скорой медицинской помощи (ГКБ СМП) областного центра, близкого к Москве.

СКТ от 03.10.2021: «Перелом свода черепа и средней черепной ямки слева, малая субдуральная гематома справа; патологические изменения вещества головного мозга не выявлены».

СКТ от 06.10.2021: «Срединные структуры не смещены, сформировался очаг ушиба базально в правой височной доле с мелким геморрагическим пропитыванием в нём. Малое субдуральное кровоизлияние справа не прослеживается, сохраняется небольшое геморрагическое содержимое субарахноидально справа». Выписан в удовлетворительном состоянии.

В декабре 2021 г. стали беспокоить головные боли. По этому поводу амбулаторно выполнена МРТ 17.01.2022: «Срединные структуры смещены вправо до 14 мм. МР-признаки субдуральной гематомы лобно-теменно-височной области слева (хроническая стадия)». В тот же день госпитализирован в нейрохирургическое отделение ГКБ СМП. В неврологическом статусе: Сознание ясное (15 баллов ШКГ). Ориентирован в месте, времени, собственной личности. Критика сохранена. Зрачки D=S, фотореакция живые. Движения глазных яблок в полном объёме, конвергенция сохранена. Нистагм установочный. Корнеальные рефлексы сохранены. Мимическая мускулатура симметрична. Язык по средней линии. Глотание и фонация не нарушены, глоточный рефлекс живой. Активные движения во всех конечностях. Парезов нет. Сухожильные рефлексы с рук и ног живые, симметричные. Чувствительных выпадений не выявлено. Патологических рефлексов нет. Менингеальных знаков нет. Элементы статико-локомоторной недостаточности. Функция тазовых органов не нарушена.

Документы по пациенту 18.01.2022 были направлены на телемедицинскую консультацию в НИИЦ нейрохирургии им. Н.Н.Бурденко.

19.01.2022 было дано заключение нейрохирурга центра: «Последствие перенесённой ЧМТ (от 03.10.2021): хроническая субдуральная гема-

тома лобно-теменно-височной области слева. Показано оперативное вмешательство – закрытое наружное дренирование ХСГ». В тот же день больному была проведена операция: резекционная трепанация черепа слева, удаление субдуральной гематомы в виде сгустков и лизированной крови, первичная пластика титановой пластиной. На послеоперационной СКТ от 20.01.22 выявляется скопление воздуха в зоне передних отделов удалённой ХСГ, небольшая плоскостная остаточная гематома, видна выпрямленная прерывистая линия титанового имплантата.

Состояние больного после операции оставалось стабильным, перидически отмечалась «несильная головная боль». Очаговая симптоматика не выявлялась, глазное дно в норме. На контрольной СКТ от 27.01.2022 обнаружена плоскостная остаточная субдуральная гематома слева при значительном уменьшении смещения срединных структур вправо. Пациенту предложено повторное оперативное вмешательство, от которого он отказался.

Телеконсультация в НИИЦ нейрохирургии состоялась 01.02.2022. Было рекомендовано динамическое наблюдение с нейровизуализационным контролем.

Пациент продолжал находиться на стационарном лечении в ГКБ СМП. По данным МРТ от 13.02.2022 – признаки остаточной гематомы в лобной и теменной областях слева. Пациенту настойчиво предлагали повторное хирургическое вмешательство с новой более надёжной пластикой костного дефекта. Однако он не соглашался. Самостоятельно приехал на консультацию в НИИЦ нейрохирургии. Заключение нейрохирурга 28.02.2022: «По клиническим данным и результатам послеоперационных СКТ и МРТ показаний для повторной операции не выявлено».

МРТ от 08.05.2022 – остаточной субдуральной гематомы не определяется.

Резюме: типичная картина посттравматической хронической субдуральной гематомы. Очевидны показания для её хирургического лечения. Понятно обращение местных врачей за телеконсультацией в столичный НИИЦ нейрохирургии. Здесь подтвердили необходимость оперативного вмешательства – боль-

шие размеры осумкованного кровоизлияния слева, обусловившего значительное смещение срединных структур мозга (14 мм) вправо. И чётко указали, что показано закрытое наружное дренирование хронической субдуральной гематомы. Остаётся гадать, почему нейрохирурги ГКБ СМП проигнорировали совет головного нейрохирургического учреждения.

Нейрохирурги ГКБ СМП сделали сразу ряд недопустимых ошибок:

1) пошли на большую радикальную открытую операцию (вместо минимально инвазивной);

2) при плановой операции сделали заведомо инвалидизирующую больному резекционную трепанацию вместо костно-пластической;

3) созданный ими дефект черепа закрыли титановым имплантатом без необходимой его предварительной подгонки;

4) обнаружив на СКТ небольшую остаточную субдуральную гематому спустя 8 (!) суток после операции (что находится в рамках обычного течения послеоперационного периода в подобных ситуациях) при клиническом благополучии больного императивно стали предлагать повторное хирургическое вмешательство с одновременной заменой имплантата на более congruentный. Спустя значительное время после операции, несмотря на рекомендации НИИЦ нейрохирургии (от 01.02.2022 и 28.02.2022) продолжать динамическое наблюдение с нейровизуализационным контролем, настаивали на осуществлении своего намерения, удерживая для этого пациента в стационаре.

Обсуждение

Анализируемое наблюдение иллюстрирует «сгусток» этических и тактических ошибок. При анамнезе и клинике, характерных для посттравматической хронической субдуральной гематомы с полностью нейровизуализационно подтверждёнными её топикой, большими размерами и влиянием на срединные структуры мозга с их значительным смещением в противоположную сторону, было принято верное решение о плановом оперативном вмешательстве.

Желание уточнить хирургическую тактику по телемедицинскому каналу в НИИЦ нейрохирургии полностью оправдано. Но именно здесь начинается антиэтика. Вопреки чёткой рекомендации о

закрытом наружном дренировании хронической субдуральной гематомы осуществляется широкая трепанация черепа и радикальное удаление ХСГ. Эту тактическую ошибку дополняют другой – для доступа к гематоме осуществляют не костно-пластическую трепанацию, а инвалидизирующую резекционную трепанацию, что абсолютно не оправдано в данном наблюдении. И далее делают первичную пластику ятрогенного дефекта черепа сетчатой титановой пластиной, должным образом не подготовленной для закрытия данного костного отверстия. Об этом можно судить по желанию спустя 8 дней осуществить более congruentную повторную пластику.

Небольшое скопление крови в ближайшем послеоперационном периоде – частое явление после трепанации черепа по поводу ХСГ и не требует реоперации. Однако в нашем случае это используют как предлог для императивного навязывания нового оперативного вмешательства. И даже повторное телемедицинское заключение специалистов отделения черепно-мозговой травмы НИИЦ нейрохирургии о продолжении динамического наблюдения с КТ-МРТ-контролем не прекращает попытки нейрохирургов ГКБ СМП настоять на своём – осуществить снова хирургическое вмешательство.

В условиях плановой ситуации и клинического благополучия пациента это опасное намерение не только нарушает коллегальную этику, но и безнравственно по отношению к пациенту и к своему врачебному долгу.

Чего здесь больше? Профессиональной недостаточности, малого опыта или самоуверенности – ответить мы не можем. Но то, что подобные ситуации опасны для пациентов, – очевидно. Убеждены, аналогичные случаи не единичны в практике нейрохирургических стационаров России, но они остаются неизвестными и никто их не анализирует.

А совесть врача, может быть, главный наш судья, увя, часто не просыпается.

Леонид ЛИХТЕРМАН,
профессор.

Владимир ОХЛОПКОВ,
доцент.

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

Актуально

Соответствует мировым стандартам

Всемирная организация здравоохранения подтвердила качество российской вакцины «Флю-М», разработанной ФМБА России

В рамках процедуры преквалификации две независимые лаборатории ВОЗ подтвердили высокое качество разработанной Санкт-Петербургским НИИ вакцин и сывороток (СПбНИИВС) ФМБА России вакцины для профилактики гриппа «Флю-М» и полное соответствие её параметров международным стандартам. Оценка проводилась согласно требованиям ВОЗ к противогриппозной вакцине, изложенным в «Рекомендациях по производству противогриппозной вакцины (инактивированной) и контролю за ней».

«Гриппозные вакцины производятся Санкт-Петербургского института вакцин и сывороток ФМБА России полностью соответствуют рекомендациям ВОЗ, являются безадыювантными инактивированными расщеплёнными



вакцинами, которые содержат по 15 мкг гемагглютинина каждого штамма. Собственная технология производства вакцин от штамма до готового продукта позволяет добиться качественной очистки антигенов, при которой содержание овальбумина (основного аллергена куриного яйца) находится в диапазоне 1-2 нг в дозе, что в тысячу раз меньше допустимых норм», – отметила руководитель ФМБА России Вероника Скворцова.

В официальном письме технического директора ВОЗ Александрина Маеса указано, что результаты тестирования подтверждают приемлемость вакцины против сезонного гриппа «Флю-М» для преквалификации.

«Высокое качество вакцин СПбНИИВС уже дважды подтвердили независимые лаборатории ВОЗ. Обычно оценка проходит

вслепую, то есть эксперты не знают, где были произведены вакцины. Препараты НИИ вакцин и сывороток ФМБА России соответствуют всем мировым стандартам, что делает их востребованными, в том числе за рубежом. «Флю-М» – вторая вакцина нашего института, одобренная к преквалификации», – сказал директор НИИ вакцин и сывороток ФМБА России Виктор Трухин.

СПбНИИВС ФМБА России является единственным производителем противогриппозных вакцин полного цикла, поставляющим свою продукцию в страны дальнего зарубежья с 2016 г. Качество и безопасность вакцин из Санкт-Петербурга подтвердили независимые лаборатории ВОЗ в 2021 и 2023 гг. Вакцины ФМБА России зарегистрированы и применяются в 17 странах мира, а именно в странах ЕАЭС и дальнего зарубежья, в том числе Гватемале, Никарагуа, Эль-Сальвадоре, Венесуэле, Доминиканской Республике, на Кубе. Производство вакцины «Флю-М» сертифицировано GMP инспекциями РФ, Ирана, Кубы. Также в 2022 г. на вакцину был получен сертификат соответствия требованиям «халяль».

Георгий АЛЕКСАНДРОВ.

В интервью с вирусологом П.Чумаковым звучит вопрос: «Почему наука стала проигрывать сражение инфекциям?» Думается, что ситуация не простая, но в мире развёрнут широкий фронт работ, в ходе которых решаются серьёзные проблемы, связанные с разного рода инфекциями.

Мы «открыты» возбудителям самых разных инфекций – кожных, кишечных, лёгочных, не говоря уже о мозговых. И остаёмся живы благодаря неустанной работе иммунных клеток, которые постоянно «инспектируют» всё, что попадает на тело и внутрь него. Но иммунная защита не всегда срабатывает в силу генетических причин, достаточно вспомнить врождённый иммунодефицит, развивающийся у детей обоего пола в результате мутации гена, ответственного за синтез фермента, определяющего развитие иммунных лимфоцитов. У мальчиков иммунодефицит может быть связан с геном, присутствующим в женской половой хромосоме X. Мутация последнего приводит к отсутствию синтеза нейтрализующих антител. Расстройства, сцепленные с полом, к коим относится дальтонизм, приводят к тому, что к году жизни число мальчиков уравнивается с таковым девочек, хотя в роддомах число первых на 4-6% больше, чем вторых.

Рождаются дети и с иммунодефицитом, вызванным прохождением в их кровь через плаценту ВИЧ-инфекции от матери, в результате чего ребёнку необходимо проводить антиретровирусную терапию с применением блокаторов вирусных ферментов. Жертвы ВИЧ вынуждены принимать лекарства в течение всей жизни, так как современные лекарства лишь сдерживают размножение вируса в организме. Поэтому давно ведутся работы по созданию как вакцин, защищающих от ВИЧ-инфекции, так и средств, которые если не прямо атакуют вирус, то делают это опосредованно. Практически каждый из возбудителей, и даже внутриклеточный, сигнализирует мечниковским макрофагам о своём присутствии появлением на поверхности клеток специфических белков-антигенов. В ответ на по-

явление чужеродных антигенов В-лимфоциты синтезируют протеиновые антитела, идентифицирующие всё чужое. В свою очередь, антитела, присоединившиеся к антигенам, становятся своеобразными маячками для Т-лимфоцитов (цитотоксических и натуральных киллеров – ЦТЛ и НК), которые подходят к инфицированным клеткам и с помощью белка перфорина и продвигают гигантские перфорации

– энзима расщепления протеинов. Антивирусная активность TACK приводит к избирательной элиминации инфицированных Т-хелперов, поддерживающей тем самым независимый от иммунной системы клиренс. Создатели нового подхода к терапии ВИЧ-инфицированных работают над её внедрением в клинику.

От СПИДа сегодня люди редко умирают, а вот COVID продолжает

мосомы размером 50 килобаз (тысяч «букв» генетического кода), наличие которого означает повышение риска тяжести. Его в 2020 г. открыл С.Паабо, нобелевский лауреат прошлого года, который считает, что данный участок был унаследован нами от неандертальцев около 50-70 тыс. лет назад. В Гарварде оценили возможный вклад 613 генов, локализованных в участке, выделив

ваек воспалительный хемокин. Выделенные в Гарварде три варианта нефункциональны в силу нарушенной активации иммунного ответа, что и повышает риск развития тяжёлого поражения при коронавирусной инфекции. Что же делали эти варианты, обеспечивающие, кстати, защиту от ВИЧ-инфекции, у неандертальцев и что у наших предков? Там же в Гарварде определяли уровень антител у 22 госпитализированных. Уровень защитных иммуноглобулинов у них не различался, но у выздоровевших количество антител против белковых спайков вирусной оболочки было значительно выше. Следует добавить, что антитела к COVIDу бывают против спайков и против других вирусных протеинов. В университетах Кардифа, Кембриджа и Глазго год назад показали, что только второй вид антител подхлестывает активность натуральных киллеров, что получило название ADNKA (Antibody-Dependent NK Activation). Это следует учитывать как иммунологам, так и разработчикам будущих вакцин, которые сегодня направлены на получение антител почти исключительно против спайков.

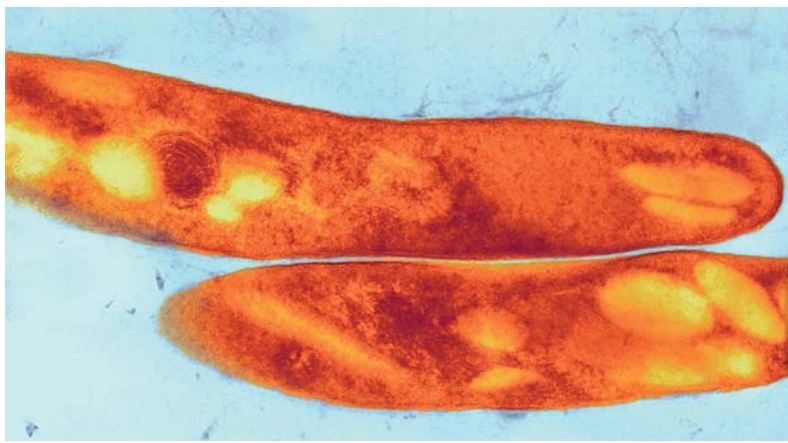
Из последних сообщений можно упомянуть открытие естественного продукта, действующего на антибиотикорезистентную палочку Коха, вызывающую туберкулёз. А приложение другого журнала сообщило о создании безопасной вакцины против этого заболевания, которая проверяется в ходе клинических испытаний. Проходят испытания и пилюли, которые призваны сокращать время, в течение которого люди, перенёвшие коронавирусную инфекцию, не могут прийти в норму. Лекарство, предупреждающее развитие тяжёлой формы вирусной болезни, получило название энсителвир (Emseltvir). О нём сотрудники Осацкого университета рассказали в феврале в Сизтле во время конференции по ретровирусам и оппортунистическим инфекциям. Оно может стать дополнением к паксловиду и молнупиравиру, которые активно используются при лечении людей, заразившихся COVID.

Исследования

Инфекции берут нас в оборот

в клеточных мембранах. В случае простудных болезней, например вирусов гриппа, мириады убитых лимфоцитами клеток эпителия дыхательных путей откашливаются с мокротой. При СПИДе убитые вирусом Т-хелперы, помогающие запустить иммунный ответ, не восполняются, что и приводит к их дефициту.

Отсюда понятен интерес к сообщению компании из Нью-Джерси, первой наладившей 80 лет назад промышленное производство пенициллина, которая запатентовала первый молекулярный активатор смерти клеток, инфицированных ВИЧ. Сначала были синтезированы блокаторы вирусного фермента обратная транскриптаза (RT), но они требовали введения в организм (приёма человеком) слишком больших концентраций веществ. Специалисты компании нашли молекулу с бифункциональным действием, которая является модулятором «сдвигания» вирусной полимеразы, который назвали TACK (Targeted Activator of Cell Kill). Своё активирующее действие на вирус TACK оказывает путём преждевременной активации вирусной протеазы



Микобактерия туберкулёза

приносить жертвы. Свою лепту в жаркие споры о возможном происхождении внёс Гарвард, опубликовавший в eLife сообщение о возможном механизме предрасположенности современных людей к тяжёлому течению инфекции. Различные полногеномные исследования (GWA – Genome Wide Associations) и Инициатива по изучению генетики связи коронавируса и хозяина обращают внимание на фрагмент 3-й хро-

три варианта генов, кодирующих два ключевых рецептора хемокинов. Рецепторы представляют собой протеины на поверхности клеток, которые «связывают» другие белки, химически сигнализирующие иммунным лимфоцитам о воспалении.

Можно напомнить, что ВИЧ входит в Т-хелперы, соединяясь на его поверхности с рецептором T4, но в качестве корецептора он использует тот, который связы-

Взгляд

Люди издревле искали пути и средства, позволяющие забыть о тяготах жизни и взбодриться. Папирус «Небесная королева» – воплощение богини Хатор – рассказывал о том, что престарелый бог солнца Ра поручил ей «избавиться» от грешных людей.

Она приняла облик львицы и загнала грешников в пустыню, но Ра смилостивился и смешал красный гематит с острова Элефантина с ячменным пивом. Вполне возможно, что в пиво добавляли также и сок голубого лотоса, представляющего собой лилию из рода нимфейных (N.coeruleus), сок которого использовался для облегчения боли и как афродизиак, помогал справиться с беспокойством, угнетённым состоянием (депрессией). Нейрохимики выделили из сока два алкалоида – апоморфин и нуциферин. Первый действует отчасти как дофамин, производное аминокислоты тирозина, и используется при лечении болезни Паркинсона с её тремором (и заодно при эректильной дисфункции – в Туринском папирусе описываются сексуальной направленности культы, по ходу которых в сакральные вина добавлялась вытяжка голубого лотоса). В Книге мёртвых, которую клали в саркофаг, также упоминается лотос, который можно видеть на фресках гробниц.

Второй алкалоид блокирует белковые рецепторы дофамина. Производным другой аминокислоты – триптофана является синтезируемый клетками ствола

мозга серотонин, который был открыт как регулятор тонуса сосудов. Сегодня серотонин считается нейромодулятором хорошего настроения, и его нехватка приводит к депрессии вплоть до попыток суицида. В ходе одного исследования датские и английские нейробиологи давали здоровым людям антидепрессант (из группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина), действие которого поддерживает в синапсах уровень вещества. Неприятным следствием стало появление у испытуемых апатии.

Учёные знают много растительных – и не только – средств изменения сознания (mind distortion). Это ЛСД – диэтиламид лизергиновой кислоты из грибка спорыньи злаковых, каннабинол (THC) и каннабидиол конопли (CBD), псилоцибин «магических» грибов флоридской сельвы. Два последних используют при лечении тяжёлых форм депрессии и беспокойства, а также зависимостей, не поддающихся лечению. Оно неэффективно и в случае проблем с серотонином, который, помимо всего прочего, поддерживает рождение новых нейронов. Более 10 лет назад было показано, что активность нервных стволовых клеток поддерживается жировым – липидным – обменом. Вполне возможно,

что главным из мозговых жиров в этом плане является LPI (лизофосфатидилинозитол). По крайней мере сотрудники Нью-Йоркского университета показали, что упомянутый CBD регулирует соотношение возбуждения и торможения (EIR – Excitatory-Inhibitory Ratio) в гиппокампе. Его нейроны отвечают за память и тесно связаны с клетками миндалина в полюсе височной доли, считающейся центром страха. CBD, как выяснили в Нью-Йорке, блокирует возбуждающее действие липида.

Последним трендом исследований являются попытки понять, почему естественный серотонин и синтетические блокаторы обратного захвата не работают. Известно, что в клетках мозга имеется 14 белковых рецепторов серотонина, но главным из них является один (2A). В Калифорнийском университете города Дэвиса показали, что серотонин не может пройти в клетки с их внутренними рецепторами, в результате чего и не оказывает своего благотворного действия. Действие разных доз псилоцибина на депрессию, не поддающуюся лечению (TRD – Treatment Resistant Depression), опробовали на 233 пациентах. «Эпизод» депрессии удалось купировать, но у 179 испытуемых (77%) отмечались головная боль

и тошнота, а также заторможенность. Психоделики, по мнению авторов, можно использовать для лечения тяжёлых случаев, но следует требовать от молекулярных фармакологов лекарств без побочных эффектов. С ними согласны сотрудники Университета штата Огайо в Колумбусе, которые также использовали псилоцибин в испытаниях, проводившихся с участием 985 человек. Проведённый анализ данных показал, что большинство из них отмечали улучшение ментального состояния (снижение уровня беспокойности и проявлений депрессии) после приёма больших доз психоделика.

С зависимостями дело сложнее. По мнению Е.Цветкова из Медицинского университета Северной Каролины, ему с коллегами довелось открыть новый механизм расстройства, связанного с употреблением опиоидов (OUD – Opioid Use Disorder). Речь идёт об эпигенетике, которая в общем смысле понимается как

химическая модификация белков и нуклеиновых кислот, меняющая их активность. Так, добавление метильных групп –CH₃ снижает её или даже вообще «выключает», а остатков уксусной – ацетил, наоборот, увеличивает. Для удаления последних есть фермент деацетилаза. Известно, что в хромосомах ДНК намотана на «шпильки» – тельца-сомы из белков гистонов, отсюда название гистондеацетилазы (HDAC). Е.Цветков написал в журнале PNAS, что фермент HDAC связана с героиновой зависимостью и её рецидивами. Связано это с действием энзима в клетках центра удовольствия, или прилегающего ядра (n.Accumbens). Учёные пишут, что люди переходят на опиоиды, пытаясь справиться со своими страхами и беспокойством, и сначала испытывают облегчение. Но затем развивается зависимость, которая хуже того, что они испытывали, но пока ещё не придуман способ «выключения» в их глубоко лежащих нейронах конкретного фермента.

Подготовил Игорь ЛАЛАЯНИЦ,
кандидат биологических наук.

По материалам Cell, eLife, Immunity, Knowable Magazine, Nature, Nature Communications, Npj Vaccines, Science Translational Medicine, Physorg, Journal of Affective Disorders, JAMA Network Open, New England Journal of Medicine, Neuron, NeuroPsychoPharmacology, PNAS, Science.

Ситуация

Португальские частные больницы вынуждены вернуть десятки тысяч евро пациентам, с которых была взята необоснованная плата, поскольку они заранее не проинформировали их об общей стоимости услуг.

вокупность действий, тестов, расходных материалов или лекарств, которые могут быть использованы, «клиенты должны быть чётко проинформированы о невозможности оценки и предупреждены о её значимости в общей стоимости».

тичных жалобах (проблемы с выставлением счетов), распорядившись проверить соответствующие счета и вернуть необоснованно взысканные суммы, которые в указанных случаях превышают 21 тыс. евро.

Частные больницы наказаны

В Португалии несколько клиник оштрафованы
Управлением по регулированию здравоохранения (ERS)

Согласно постановлениям, вынесенным в IV квартале прошлого года, ERS пришла к выводу, что клиники, две из которых находятся в Лиссабоне, нарушили право на предварительную информацию об общих суммах, взимаемых за предоставляемые медицинские услуги, обусловив в некоторых случаях свободу выбора пациентов.

ERS ссылается на десятки случаев, произошедших в подразделениях клиник. Действия поставщика «не оказались адекватными и эффективными» для защиты прав на информацию всех клиентов, подавших жалобы, на «полную и безоговорочную выписку» в некоторых случаях и на свободу выбора, в связи с чем было открыто производство по делу об административном правонарушении.

Из 13 проанализированных случаев ERS предписывает пересмотреть выставленные счета и вернуть клиентам суммы, которые в упомянутых случаях превышают 1,5 тыс. евро.

Регулятор считает, что также больницы нарушили обязанность обновлять свои регистрационные данные, а именно информацию о соглашениях и конвенциях, держателями которых они являются.

Также предупреждает, что медицинские учреждения должны воздерживаться от представления смет или бюджетов неполных эпизодов лечения, и подчёркивает, что во всех случаях, когда не представляется возможным оценить со-

В случае соглашений с государственными или частными подсистемами здравоохранения или с медицинским страхованием, регулятор заявляет, что необходимо проявлять «особую осторожность при передаче информации об условиях доступа пользователей к предоставляемой ими медицинской помощи».

«Следует позаботиться о том, чтобы за некоторое время до предоставления медицинской помощи пользователи были полностью проинформированы о существовании конвенций или соглашений и их применимости в конкретном случае, особенно если предлагаемые действия охватываются соответствующими покрытиями», — пишет регулятор.

Что касается одной из больниц, ERS ссылается на случай с пользователем, которому был предоставлен бюджет на операцию в размере 7 тыс. евро, а затем он получил для оплаты счёт на сумму около 17 тыс. евро.

В этом случае ERS заявляет, что они «поставили под сомнение права и законные интересы пользователей», прежде всего на уровне обязательств по «предоставлению строгой, своевременной и прозрачной информации» в момент, предшествующий оказанию медицинской помощи.

В ходе дальнейшего расследования регулятор сообщил, что ему стало известно ещё о 12 иден-

Они потребовали, чтобы больницы пересмотрела и обновила действующие процедуры и внесла необходимые исправления, а поскольку некоторые из указанных случаев свидетельствуют о нарушении свободы выбора пользователей, ERS постановила открыть соответствующий процесс административного правонарушения.

Наконец, в отношении частной больницы «Боа Нова» также говорится, что появились доказательства того, что действия поставщика «поставили под сомнение права и законные интересы пользователей» в отношении предоставления «строгой, своевременной и прозрачной» информации в момент, предшествующий оказанию медицинской помощи, и предписывает пересмотреть и обновить процедуры, внести необходимые исправления и вернуть необоснованно взысканные суммы.

Поскольку был выявлен как минимум один случай, свидетельствующий о нарушении свободы выбора клиента, было также принято решение об открытии административного производства.

«Пользователи должны знать как можно точнее общую стоимость предлагаемого им лечения и вмешательства, чтобы иметь возможность подтвердить, способны ли они нести такие расходы самостоятельно или через любую подсистему или договор страхования, держателями которого они являются», — подчёркивает регулятор.

Ну и ну!

Секрет здоровой жизни у цимане и мосетен



У изолированных племён в боливийской Амазонии оказались самые здоровые артерии и превосходящие когнитивные навыки, несмотря на пожилой возраст. Это доказали учёные Университета Южной Калифорнии.

Они выяснили, что секрет долгой здоровой жизни у коренных общин, населяющих тропические леса Боливии, заключается в оптимальном уровне потребления пищи и физических упражнений. Также они обнаружили, что в общинах наблюдается очень низкий уровень слабоумия. Новое исследование — продолжение предыдущей работы. Ранее специалисты выяснили, что

в тех же группах населения почти не было случаев возрастных заболеваний сердца.

Цимане — это уникальная популяция, насчитывающая около 17 тыс. человек. За последние несколько десятилетий учёные изучали их, чтобы понять причины их необычайно крепкого здоровья в пожилом возрасте. Так, у 85% взрослых людей в этой популяции не обнаружили никаких признаков риска сердечно-сосудистых заболеваний. Исследование показало, что сосудистый возраст 80-летних цимане как у американцев, которые на 25 лет моложе их.

В ходе нового исследования учёные сосредоточили внимание

на здоровье мозга и распространённости деменции. В проекте приняли участие цимане в возрасте старше 60 лет. Участники эксперимента прошли ряд неврологических обследований, включая компьютерную томографию мозга и когнитивные тесты. В когорте обнаружили лишь пять случаев деменции, что соответствует примерно одному проценту изученного населения старше 60 лет. Это контрастирует с примерно 11% эквивалентного американского населения.

Учёные также изучили людей и из племени мосетен, генетически и лингвистически похожего на цимане. У мосетов был такой же низкий уровень деменции, несмотря на то, что они жили в непосредственной близости от современного боливийского общества.

«Что-то в доиндустриальном натуральном образе жизни, по-видимому, защищает пожилых цимане и мосетен от слабоумия», — объясняют исследователи. Кроме того, именно образ жизни цимане может поддерживать здоровье мозга даже в условиях значительного хронического воспаления, которое исследователи находили на КТ-снимках. Этим же объясняется низкий уровень деменции и сердечно-сосудистых заболеваний.

По словам учёных, люди обоих племён приближаются к золотой середине между ежедневными нагрузками и диетой. Эволюция человека способствовала тому, что большое количество пищи и меньшее количество калорий, затрачиваемых на её поиск, приводило к улучшению здоровья, благополучия и высокому репродуктивному успеху.

Гипотезы

ВОЗ по-прежнему осторожна в выводах

Последние исследования происхождения пандемии COVID-19 попытались пролить свет на различные гипотезы, выдвинутые до сих пор.

По данным международной группы исследователей, генетические данные, опубликованные в прошлом месяце, связывают вирус с енотовидными собаками, что подкрепляет теорию о том, что вирус был передан животными, продававшимися на рынке в Ухань. Пробы, взятые с прилавков продовольственного рынка через 2 месяца после его закрытия, показали наличие SARS-CoV-2, а также человеческой ДНК. Китайские исследователи ранее утверждали, что образцы не содержали ДНК животных. Однако их вывод был оспорен группой международных учёных, которые проанализировали генетические последовательности, опубликованные китайской командой в научной базе данных GISAID. Этот анализ показал, что некоторые из положительных образцов SARS-CoV-2 содержали ДНК енотовидных собак (*Nyctereutes procyonoides*), что опровергает выводы китайских исследователей. Хотя эта находка не доказывает окончательно, что енотовидные собаки или другие инфицированные животные вызвали пандемию COVID-19, несколько учёных из группы заявили, что она подкрепляет теорию о том, что вирус передавался животными, продававшимися на рынке. По словам профессора Кристиана Андерсена, эволюционного биолога из Исследовательского института Скриппса в Ла-Холья

(США), опрошенного журналом Science, «данные ещё больше указывают на рыночное происхождение (Ухань)». Спекуляции о происхождении пандемии привели к интенсивным и часто противоречивым дебатам. С одной стороны, утверждается, что вирус возник в дикой природе, а затем распространился среди людей через заражение на рынке. С другой стороны, есть подозрение, что вирус мог вырваться из соседней лаборатории, где исследователи работали над аналогичными патогенами. Однако конкретных доказательств в пользу той или иной теории мало. Загадочная задержка Китая в обнаружении генетических данных профессор Майкл Воробей, эволюционный биолог из Университета Аризоны, уже опубликовал работу, свидетельствующую о происхождении пандемии на рынке Уханя. Однако, хотя эти данные доказывают, что животные, продававшиеся на продовольственном рынке, были заражены, они сами могли заразиться вирусом через инфицированных людей. Собранные генетические данные поднимают вопрос о законности продажи диких животных на рынке. Китайская команда не спешит опубликовать собранные генетические данные, что вызывает вопросы о причинах задержки. Удовлетворительного объяснения не было дано. ВОЗ по-прежнему осторожна в выводах, которые можно сделать из последних исследований, но заявляет, что пандемия COVID-19 может быть остановлена в этом году и стать сходной с сезонным гриппом.

Бывает и такое

Нервные клетки восстанавливаются

Человеческая кожа имеет поразительные способности к регенерации. К сожалению, у мозга таких способностей нет. В отличие от кожи, нервная ткань головного мозга не регенерирует после повреждения. Однако новый тип гидрогеля может помочь в решении проблемы.

Разработанный группой учёных из японского Университета Хоккайдо биосовместимый полимерный гель состоит из равных частей положительно и отрицательно заряженных мономеров. Оказалось, что эта комбинация обеспечивает наилучшую адгезию для клеток.

Учёные отрегулировали соотношение молекул сшивающего агента в гидрогеле, чтобы придать ему жёсткость мозговой ткани. Также авторы исследования создали в нём крошечные поры для «гнездования» клеток. Затем гель пропитали сывороткой фактора роста, чтобы стимулировать рост кровеносных сосудов. В итоге, его хирургически путём имплантировали в повреждённые участки мозга мышей.

Три недели спустя иммунные клетки и клетки нейронов из окружающей ткани мозга мигрировали в имплантированный гидрогель, также в нём начали расти кровеносные сосуды. Затем исследователи вводили в гель нервные стволовые клетки.

Через 40 дней подавляющее большинство этих клеток выжило, а некоторые из них дифференцировались в нейроны и астроциты, поддерживающие нейроны. Кроме того, выращенные нейронные клетки мигрировали из гидрогеля в окружающую мозговую ткань. Это значит, что материал действительно хорошо интегрировался в мозг.

Так что выражение «нервные клетки не восстанавливаются» больше неактуально. Ещё как восстанавливаются!

В то время как Илон Маск предлагает лечить нейродегенеративные заболевания и парализованных людей с помощью вживления нейрочипов, японские учёные предлагают новый способ — просто восстанавливать родные нервные ткани пациента.

Подготовила Инга КАТАРИНА.

По материалам New-Science.ru, The Portugal news, PNAS.

Практически вся недолгая и трудная жизнь великого композитора Модеста Петровича Мусоргского оказалась связанной с Петербургом. В 1849 г., 10-летним мальчиком он приехал туда из имения в Торопецком уезде Псковской губернии. Вместе со старшим братом стал учеником знаменитой школы Св. Петра – Петришуле. Именно здесь он услышал и полюбил исполнявшиеся на церковном органе произведения И.Баха. А в сентябре 1852 г., вслед за старшим братом, был зачислен в Школу гвардейских подпрапорщиков, чтобы продолжить путь предков – профессиональных военных. Но жизнь распорядилась по-другому... Военная карьера в престижном Преображенском полку его тяготила, и после двух лет Мусоргский перешёл на службу в гражданское ведомство.

Удивительные перемены

Ввиду не сложившейся семейной жизни композитор стремился к проживанию с кем-нибудь из родных или друзей. Вначале он жил с матерью, затем в семье брата Филарета. После этого поселился в «коммуне» Н.Левашова, вместе с группой молодых сверстников. Позднее композитор квартировал совместно с Н.Римским-Корсаковым, с поэтом Л.Голенищевым-Кутузовым, в последние годы – в семье П.Наумова, к сожалению, пьющего человека с соответствующим кругом общения.

После нескольких лет гражданской службы, всё более и более становясь профессиональным музыкантом, Мусоргский изменился, его стала тяготить излишняя опека членов «Могучей кучки», в которую он вошёл, в частности М.Балакирева: «...письмо Ваше – побуждение досады ошибочной, потому что пора перестать видеть во мне ребёнка, которого надо водить, чтобы он не упал». А.Бородин, помнивший Мусоргского юным офицером Преображенского лейб-гвардии полка, а потом несколько лет с ним не встречавшийся, был удивлён переменам, произошедшим в его знакомом: энциклопедическими знаниями в музыке и других отраслях культуры, оригинальностью суждений.

Надежда Пургольд так описывала внешность и манеры уже повзрослевшего Мусоргского: «Он был среднего роста, хорошо сложен, имел изящные руки, красиво лежащие волнистые волосы, несколько выпуклые светло-серые глаза были мало выразительны, даже можно сказать почти оловянные. Вообще лицо его было малоподвижное и невыразительное, как будто оно таило в себе какую-то загадку». Обратим внимание на «малоподвижное» лицо (гипомимия), такой симптом часто наблюдается у лиц, перенёвших психическое расстройство или продолжающих болеть.

В 1860-е годы равновесие в психическом состоянии так и не наступило. В «Записке», написанной его братом Филаретом после смерти М.Мусоргского, читаем: «...в 64 и 65 годах жил в артели с Левашовым... и за это время занимался переводами знаменитых уголовных процессов французских и немецких. В 65 году сильно захворал, подготавливалась ужасная болезнь (delirium tremens), вследствие чего жена моя извлекла Модеста из «артели», перетаскала брата к нам, и жил он в нашей семье до 68 года...».

Вернёмся к 1865 г. Мусоргский очень тяжело переживал смерть матери. Появились две чудесные пьесы «Из воспоминаний моего детства. Посвящённая памяти моей матушки»: «Няня и я» и «Первое наказание». Затем он сочинил ещё несколько печальных пьес, в сентябре – «Колыбельную песню» и вновь посвятил их матери. После этого взял отпуск на три недели и уехал в Торопецкий уезд, в своё имение. По приезде поселился у брата и «запил»... Вот канва событий, о которых идёт речь в «Записке» Филарета. Для немедиков непонятны слова насчёт того, что Модест «сильно захворал» и «подготавливалась ужасная болезнь». Надо сказать, что «белая горячка» (алкогольный делирий) «подготавливается» длительным или массивным употреблением алкоголя, а ярко клинически проявляется в период прекращения пьянства часто на фоне какой-нибудь болезни (соматической, инфекционной и др.).

Имена и судьбы

Портрет как медицинский документ

Болезнь и смерть Модеста Мусоргского

Единственное, что может навести на мысль об увлечении «напитками», это замечание брата о том, что «жена его извлекла Модеста из «артели» людей пьющих. В соответствии с письмами озабоченность по поводу пьянства Мусоргского друзья стали выражать несколько позже. Во второй половине 1860-х Модест, начинавший «приобщаться» к алкоголю, всё же, наверное, не мог болеть острым алкогольным психозом, который развивается у лиц с уже сформировавшейся физической зависимостью от спиртного. Судя по всему, такой зависимости в то время не было. Как же объяснить тогда воспоминания брата (отношения у них были «сложными»...)? Думается, что после смерти матери Мусоргский находился в подавленном состоянии, в тяжелейшей депрессии, с которой пытался бороться «старинным» способом, облегчая состояние алкоголем, делал это часто, возможно ежедневно. И злоупотребление алкоголем спровоцировало у него болезненное состояние (психоз?), картина которого неизвестна и длительность – тоже. Предрасположенность психики к таким реакциям, учитывая особенности характера, у Модеста Петровича была.

Развитие творчества

В одном из писем читаем: «Хандра на меня напала не от деревенской осени, финансовых дел, а от других причин. Это была авторская хандра...», авторское окисление. Хандра эта прошла, как проходит многое, и я свыкся со своим авторским положением и в настоящее время принимаю за новую работу» (1867). «В какой степени я послужил искусству – не знаю; не совсем ещё отдохнул, и думы метутся... теперь только я начинаю сознать, что был тогда притомлён до безумия» (1876). Состояния эти протекали, как видим из переписки с друзьями, с напряжением и падением творческого потенциала. Мусоргский продолжал бороться с этим посредством алкоголя, который, как известно, при частом употреблении вызывает привыкание и требует для получения аналогичного эффекта постепенного увеличения дозы. Полагаю, что физическая зависимость от спиртного сформировалась в начале 1870-х годов. Стали заметными состояния похмелья, головные боли, отечность и покраснение лица, жалобы на периодические боли в сердце и конечностях. То, что у Мусоргского, видимо, формировался алкогольный абстинентный синдром, не означает, что он превратился в

«законченного алкоголика», его могучий интеллект и гениальные способности сохранялись ещё много лет. Он напишет и после цензурных проволочек увидит на сцене «своего Бориса», почти успеет закончить драму «Хованщина». В авторскую редакцию «Бориса Годунова» он так органично вplet собственный текст, что это не окажется искажением Пушкина, а будет выглядеть естественно.

навязчивого мудрствования, мистических переживаний, аутистических тенденций (нежелание пускаться в свой внутренний мир), а также аффективных колебаний настроения (депрессии или веселья). Переживания царя Бориса отличались патологической остротой и выраженностью: навязчивый страх, отчаяние, иллюзорные зрительные расстройства. Состояния эти близки к делириозному

графинчик с коньяком, наливал себе рюмку, выпивал её и, недолго посидев с нами, уходил. У него уже была потребность и ночью подерживать отраву алкоголем. В то время он был очень похож на портрет, написанный И.Репиным...». Здоровье его, и психическое, и физическое, в последний год жизни ухудшилось.

Вскоре у композитора нарастает хроническая сердечная недостаточность, его мучает одышка, он не может спать лёжа, дремлет в кресле. Возникают судорожные припадки. Меняется и его психическое состояние: к ночи появляются страхи и, вероятно, галлюцинаторные расстройства, элементы делирия. Ухудшение здоровья вынуждает друзей композитора поместить его в феврале 1881 г. в Николаевский военный госпиталь под опеку военного врача В.Бертенсона. Там его осматривает и одобряет план лечения С.Боткин. И.Репин за четыре сеанса пишет знаменитый портрет. Напомню, что композитору всего 42 года. А на портрете видим больного пожилого человека «с глубокой думой на челе». Всклощенные волосы, отечность лица, красные пятна на носу и щеках, отсутствующий взгляд, небрежная больничная одежда... Тяжёлая, правдивая картина! Портрет – объективное свидетельство о болезни...

Он проводит в госпитале месяц. Состояние несколько улучшается. Однако прогрессируют проявления поражения конечностей, протекавшие, как я полагаю, в форме алкогольной полинейропатии. Приближается его день рождения, который он считает необходимым «отметить». Исследователи упрекают брата Филарета, который, якобы, навещая Модеста, оставил ему 25 руб. «на день рождения». Композитор уговорил служителя купить бутылку коньяка. Некоторые оспаривают этот факт и описывают «другие пути» получения алкоголя, но одно реально – принятие большой дозы спиртного. Резкое ухудшение состояния наступило 6 марта. В официальном некрологе, подготовленном известным музыкальным критиком, другом покойного Михаилом Ивановым, кратко сообщалось об «ожирении сердца и расстройстве печени». История болезни и протокол патологоанатомического вскрытия не сохранились. Осталась лишь скупая запись в журнале регистрации умерших в госпитале: смерть от алкоголизма. Я бы рискнул, учитывая анамнез, картину умирания, посмертный диагноз видоизменить: от алкогольной кардиомиопатии, повлёкшей острую сердечную недостаточность...

Очередное ухудшение состояния, в том числе с проявлениями сердечной недостаточности, привело к смерти, наступившей ночью 16 марта 1881 г. Агония была полчасовой, смерть пытались предотвратить двое дежуривших ночью фельдшеров. Умер Мусоргский, как пишут биографы, со словами: «Всё кончено! Ах, я несчастный!» Жизнь его в последние годы была действительно несчастной. Похоронили М.Мусоргского на Тихвинском кладбище Александро-Невской лавры рядом с могилами М.Глинки и А.Даргомыжского. Спустя несколько лет установили прекрасный памятник, созданный на деньги, собранные по подписке, организованной его друзьями, в первую очередь В.Стасовым и Н.Римским-Корсаковым. К сожалению, при реконструкции кладбища-музея в советское время памятник Мусоргскому, вместе с некоторыми другими надгробиями деятелям культуры, передвинули, так что точное место захоронения неизвестно. Известно другое. Посмертная слава музыкального гения, ставшего неотъемлемой частью нашей национальной культуры, её гордостью, не будет забыта никогда.

Юрий МОЛИН,
профессор,
заслуженный врач РФ.

Санкт-Петербург.



Развитие творчества Мусоргского показало, что его «музыкальным хлебом» могли быть только русские сюжеты. После написания в молодости 1-го действия оперы «Женитьба» по Гоголю он приблизился к возможности максимально соединить разговорную речь с музыкой. В зрелых операх ему это пригодилось. В них нет классических арий, а есть монологи, «песни», нет дуэтов, а есть «разговор героев». Великолепны получившие мировое признание хоровые сцены. Всё это звучит естественно, драматически, в ярких местах опер. Были, как видим, в жизни Мусоргского и светлые полосы, когда он увлечённо и продуктивно работал. Наиболее длительный период – время написания величайшей оперы «Борис Годунов».

Ещё одной гранью таланта была его способность к юмору в музыке. Достаточно вспомнить сцену в корчме из «Бориса Годунова», где обыграно чтение монахом Варлаамом царского указа. Его сатирические произведения «Классик» и «Раёк» – чем не фельетоны, высмеивающие противников нового музыкального направления и поклонников итальянских опер в ущерб русским? Композитор обладал потрясающей способностью передавать реальные жизненные ситуации, делать их зримыми.

Кроме того что Мусоргский был и великолепным пианистом, аккомпаниатором, исполнителем своих и чужих произведений и, как уже было сказано, талантливым литератором. Некоторые исследователи подчёркивают, что в опере Мусоргского сумасшествие Бориса представлено глубже, чем в драме Пушкина, и это свидетельствует о том, что композитор использует при этом свой «болезненный» опыт. Вряд ли это так. Психопатологические переживания композитора касались нарушений мышления,

помрачению сознания. Всё это, гениально выраженное в опере, больше напоминает дилетантские представления о сумасшествии, чем картину подлинного психического состояния. К тому же в это время Мусоргский находился на максимуме творческого подъёма, физического и психического здоровья.

С 1873 г. начались реальные, ставшие общеизвестными, проблемы с алкоголем. Брат замечал, что Мусоргский значительно изменился, что «он опустился, осунулся и стал значительно молчаливее, но сочиняет по-прежнему хорошо». Это могло свидетельствовать либо о депрессии, либо о состоянии после алкогольной интоксикации, но, скорее всего, явилось результатом и того и другого. К описываемому времени эта бытовая привычка привела к формированию у композитора болезни – алкогольной зависимости, к необратимой перестройке организма, реагирующего на отсутствие в нём повышенных доз алкоголя. К болезненным последствиям перенесённого в ранней молодости некое волнообразно протекавшего психического расстройства, напоминавшего, по мнению петербургского психиатра О.Ерышева (2010), стёртый шизофренический процесс, добавилась явная алкогольная патология.

Правдивая картина

Всё в его жизни постепенно разваливалось: тяжело заболел М.Балакирев, распалась «Могучая кучка», материальные дела шли всё хуже. Композитор много выступал в благотворительных концертах «для малоимущих» и как исполнитель, и как аккомпаниатор. Заканчивал «Хованщину», писал «Сорочинскую ярмарку». В 1879 г. по приглашению певицы Д.Леоновой он совершил турне по южным и центральным городам России, писал восторженные письма друзьям о природе, тёплом приёме зрителей. Работал в основном как аккомпаниатор, но исполнял и свои произведения. В поездке композитор написал несколько последних произведений, в том числе знаменитую «Блоху».

Вернувшись в Петербург, проживал в семье знакомых Валуевых, и вот что пишет один из наблюдавших его в быту людей: «...вполголоса вели беседу, неожиданно к нам приходил Мусоргский... В халате и туфлях, запахивая рукой полу, он приветливо нам улыбался, пододвигал буфет, открывая, видимо, знакомую ему дверцу, и, достав

История Клеопатры, Цезаря и Антония давно стала хрестоматийной. А что, если взглянуть на неё нетривиально? Без флёра романтизма, идеализации героев и наивного идолопоклонства. И с иронией.

Итак. Покои Клеопатры. Купель и ложе в центре сцены. На ложе, в месиве подушек, разметалась героиня – владычица Египта, жена Марка Антония и недурная баба. Последнее не спрятать под ночной сорочкой, тончайшей кисеи, небесного классического цвета. Чу – стон!.. Рука легла на лоб:

– О, господи! Проклятый Кипр! С его вином дурманным!

На цыпочках входит Антоний. В походной амуниции, но без оружия. Озирается по углам (*вполголоса*):

– Куда ж ты подевалась, чёртова железка? (*лезет под лежанку*).

– Антоний, дорогой! Ты ещё не в море? – с усилием вопрошает Клеопатра.

Из-под кушетки (*глухо*):

– Как, ты уже проснулась, дорогая? (*чих*). Вот новость, чьи ж это сандалии? Размер солидный, но не мой, однако ж... (*опять чихает*).

Сквозь гримасу головной боли мечтательная улыбка трогает уголки губ Клеопатры. Из-под лежанки появляется Антоний, отряхивает с одежды пыль.

– Клеопатрочка, солнышко моё! Ты уже позавтракала, детка?

Рвотный позыв кидает Клеопатру на бок:

– Молчи! Молчи! (*в пол.*) Ни слова о съедобном! Такой сушняк...

Антоний садится на край ложа, кладёт руку на бедро царицы:

– Куда же мог он подеваться? Мелькает тень в кулисах. Антоний:

– Эй, раб! Поди сюда. Питья для госпожи!

Из-за кулис выглядывает курчавая голова, кивает, исчезает.

– Что ищешь ты, Антоний?

– Свой меч. Ума не приложу, куда вчера его я задевал по пьяни!

Клеопатра (*слабым голосом*):

– А всё симпозион – прощальная пирушка. Зарок не пить давала не однажды. Хотя бы мешанину! И опять, как дура...

Вбегает раб, коленопреклонённо протягивает чашу.

– Ты что принёс, куриный потрох?! (*Антоний, злобно*). Я что сказал? Питья для госпожи! Питья! Не выпить! Разные ведь вещи! А ты вина припёр! Ну, погоди ж! Где старший раб? Осла я проучу!

Старший раб, почтительно согбен, уж здесь стоит.

– Тварь (*указывает – какую*) на конюшню! И навалить хороших! В отчёт мне – шкуру! И кстати, где мой конювод?

– Я здесь, мой господин! (*из-за кулис*). Готов служить! (*появляется*). До гроба! (*без уточнений – до чьего*). И жду распоряжений.

– Вы посмотрите! (*Антоний, негодую*). Ждёт распоряжений... Где Буцефаллос, олух?! Я два часа как должен быть в пути!

– Так это ж... (*конюх*). Распорядились вы намердн сами, чтоб на прощанье... в табун его пустить. К кобылкам погулять, в ночное...

– Ты не юли, навоз! Где конь, коровия лепёшка?!

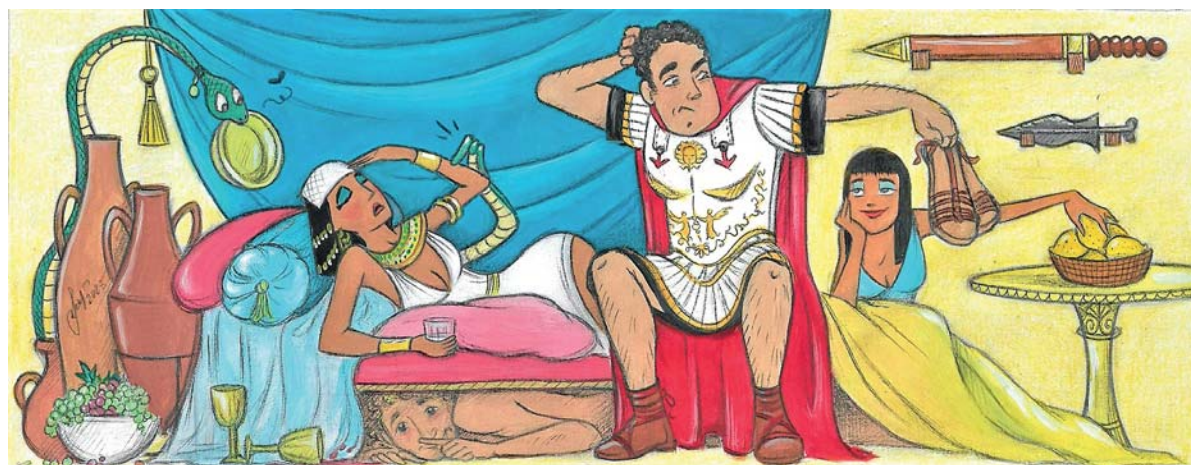
– Так я ж и говорю!.. В пять утра, как велено, приплёлся... Упал прям в стойле и задрых в момент. Храпит, лежма... Пинками не подымеешь!

– Та-ак... так (*Антоний, мрачно*). Если к обеду коня не обиходишь, сам под седлом пойдёшь! До Рима

Ироничной строкой

Утро героев

(Эпическая пьеса для чтения)



будешь жрать овёс! Ты понял, смерд?!

– Ах, Антоний! (*капризно Клеопатра*). Как ты кричишь! А я ведь нездорова.

– Прости мне, Клео! Трудно удержаться. Кругом балдье и ничего святого! Ну, милая... (*целует милую*).

В кулисах появляются две рабыни, мнутя, переглядываются.

– Что вам? (*Антоний, строго*).

– Урочный час для омовенья, пора купель для госпожи готовить.

– Так готовьте!

Рабыни раскладывают утварь, наполняют ванну. Шепчутся:

– Недалеко уехал... (*хихикают*).

– Назавтра наша шлюш...

– Ш-ш-ш...

– Начнёт опять всех мужиков цеплять... И предлагать меняться: голову за ночь. Да ладно бы, матёрых...

– Вот-вот! Я о Первинии своём тревожусь! Переходный возраст – поллюций реки, а ума на каплю. Так я решила – отправлю парня от греха подальше! К сестре, в Брундизий. Пусть там он отсидится. (*Доверительно*). За центурионом, правда, отставным, в наложницах она...

– За центурио-оном? Отставным? Такие до отставок доживают?

– Да вот, дожил – Фортуна пощадила. И то сказать... Со всех сторон обрубок, а сучок исправный! (*Обе хихикают*). И без усекновений (*прыскают*). Клянётся – по любви купил её на рынке. Хороший человек...

– Постой! А как же – через море? Где мы, и где Брундизий!

– Я уж сговорила. (*Понизив голос*). С пиратским судном, что за мысом в бухте. Точнее, с капитаном...

– Ну ты даёшь! И дорого возмут?

– Не так чтоб очень... Кораблик однопалубный всего... В штормах команда к тому же поредела. Так что за час, я думаю, управлюсь...

Наконец всё готово. В купель Антоний Клеопатру погружает... Появляется ещё одна рабыня, в руках стакан с белой жидкостью:

– Полуденное ваше молоко.

Клеопатра благосклонно принимает ёмкость. Вдруг:

– А змейку покормили? (*с заботой вопрошает*).

Голоса за сценой: «Кто должен был сегодня кормить змею царицы?» – «Дебилий (*отвечают*). Пятнадцатый бастард наложницы Понтеи». – «Он жив ещё?» – «Ка-жись, уже зарыли». – «Понятно. Значит, покормили».

Старший раб появляется на сцене:

– По слухам косвенным, но явно достоверным, аспид сыт!

– Хвала богам! Свободен. Ах, Марк! Животных обожаю! Так бес-словесны, милы и беззащитны...

перед коварством нашим (*прихлё-бывает молоко*). На этих же скотов (*намёк полупрозрачный*) ни в чём не положиться! Чуть что – интриговать, наущивать, перечить...

Антоний в пене ванны ласкает Клеопатру, рабыни прибирают ложе.

– Эй, вы! Хочу ополоснуться! – владычица встаёт из ванны в рост (*ух!*).

Рабыни спорю, за бумажной ширмой (*эх!*), нескромность форм от зрителей скрывают. Антоний мимоходом о хитон служанки вытирает руки. И рукоять меча ладонью левой по привычке ищет. Не находит.

– Вот чёрт! Куда ж, проклятый, мог он завалиться?!

Клеопатра выходит из-за ширмы. Расчёсана, румяна, в простыне. Падаёт навзничь в прибранную постель поверх покрывала.

– Заступница Юнона! Как заново родилась! (*Спа-процедуры вернули трезвость мысли*). Марк! Так что ещё стряслось? Ты почему не в море?

– Обстоятельства, родная. И от тебя мне невозможно оторваться! Приходится ломать себя буквально (*матерясь*!). Потом... ты мне пообещала... Таисию, спеца по педикуру, свою в поход отдать... Ведь гигиена ног, как лекари считают, архиважнейша в дальних переходах!

Клеопатра (*как бы в шутку*):

– А память молодая, хоть ловеласы старый!

Антоний притворно конфузится.

– Ну, раз уж обещала... Для гигиены ног. Не выше чтоб лодыжек!

– Спасибо, дорогая! Что для тебя могу я сделать в Риме? Само собой, привет я Цезарю, конечно, передам.

– Да, передай. Прочь плен условностей! Культурные ж мы люди!.. И коль не затруднит, отдай 200 талантов. Он одолжил мне, когда дружны мы были. Без указания сроков и процента, кстати.

– 200 талантов? Конечно, дорогая. Где они?

– Антоний! Что за вопрос? Изыщи! Кто здесь мужчина?

– Ага... (*Антоний озадачивает-ся*). 200 талантов (*хмурится*). Не хиленькая сумма (*себе под нос*)... Изыскать... (*мрачнеет*).

Стремительно вбегает заместитель Антония – Блиний Магнум:

– Марк, что за бардак! Легионы ропщут! Четвёртый час под солнцем без движения! Молодёжь щиты роняет!

– Да вот же он! – Антоний, радостно подбегает к боевому заму, вырывает у Блиния из перевязи меч. – Где ты нашёл его, дружище? Блиний (*растерянно*):

– А я-то думал – откуда у Таиски...

– Да тише ты!.. (*Антоний через зубы*). Весталками молю!

– ...в каморке на кровати (*Блиний переходит на шёпот*) такой клинок! А где же тогда мой?

Антоний (*тихо*):

– Уж я не знаю, друг! (*И в голос*). Ропщут, говоришь? (*И жёстко*). Что ж...

Я им скажу напутственную речь! Лихо вбрасывает себе в перевязь счастливую находку, направляется к правой кулисе, декорированной под портик.

– Солдаты! (*Ответный гул приветствий*). Вам ли не знать – меч воина красноречивей уст! (*Рёв одобрения*)...

Тем временем Блиний бочком притёрся к ложу... и быстро украдкой заглядывает под...

Всей мимикой и жестом Клеопатра негодует:

– Отойди, изыди!

Антоний (*продолжает спич*):

– В чём суть проблемы? Сенат затеял смотр, нас Цезарь призывает! Одной ногою здесь, другою – в Рим, и скоренько обратно. Короче – пара беллум! На корабли и в путь! А я вас догоню!..

Блиний, не обращая внимания на жесты Клеопатры, достигает вешалки в углу покоев, лихо роемся в гроздьях нарядов египетской царицы, находит там

свой меч, целует, бросает за кулисы.

Антоний поворачивается к Блинию (*и, что-то заподозрив*):

– Ты что так засиял? Иди, командуй! Моей когорте объяви привал. Гвардейцев сам я поведу! И передай ребятам, пусть скинутся по драхме. Подарок скромный, талантов эдак в двести, в знак славных дел и боевого братства, от всех от нас я Цезарю вручу.

И вот ещё – пошли ко мне начхоза! Ступай, грузи всех на галеры! Да меч свой поищи получше!..

Тот покидает сцену. Антоний (Клеопатре): «Растяпа...»

В кулисах с Блинием сталкивается красавица-рабыня. Пунцует. Делает книксен. (*Это Таисья*). Выбегает на авансцену, налетает на Антония, делает ещё один книксен, пунцует пузе прежнего.

– Возможно ль, госпожа? (*Таисья, возбуждённо*).

– Иди, собирайся! Да съешь пару лимонов! А лучше – три! – кричит ей Клеопатра вслед. И к Марку: – Вот радость с рожи потекла-то...

Является начхоз. До несурно-сти роскошные доспехи, в разлапистых сандалиях, большой пивной живот. Короткий римский меч (от частой резки колбасы с засаленной до блеска рукоятью) на фоне брюха кажется кинжалом.

– Приветствую тебя, почётный триумфатор!

– И тебе привет, искусный Плут Вориний! Тут вот какое дело. Таисию, рабыню госпожи, определишь в обоз. На лучшую повозку! (*У Плута замасливаются очи*). Да солдатне скажи: кто хоть пальцем тронет... Подвергну децимации я лично! Потом подвешу! За аксессуары!

– Оно, конечно... (*взор того постнеет*). Всех предупреджу. По списку, прям по алфавиту... (*хотел связыви*)...

– Кррру-гом! (Да кто ж ему позволит!) Ша-агом, марш! (Ну и колода!)

Ушёл-таки (как утка на сносях). Антоний, провозная взглядом:

– Великий Марс! Что за отребье! И года нет, как сел на интендантство, а разжирел уже, похоже, втрое! Шатёр походный превратил в бордель!

– Будь осторожен, Марк! – с заботой Клеопатра.

– Ну что ты, милая! Клянусь Венерой – я не сумасшедший! Мне ни к чему солдатский ширпотреб. Однако ж время, золотце моё.

Как два пальца (*без сметаны*) возлюбленные слиплись. Из-за кулис выглядывает конох, кашляет со смыслом. Антоний отлепляется:

– Что Буцефаллос? Оклемался?

– Взбодрён, как велено! Идти – способен... Скакать, конечно, вряд ли...

Антоний (непечатно, пропускаем). Последний раз жену целует.

– Прощай, родная. Отечество превыше!

Удаляется со сцены. Равняется с рабом, чуть медлит, бьёт его в торец (не путать с торсом). Тот улетает за дальнюю кулису.

Антоний (*в направлении полёта*): «Впрёд знал, чтоб у меня!»

Оттуда: «С-спасибо, господин!»

Антоний удовлетворённо кивает. И Клеопатре, в салюте римском вскинув руку:

– Аве, Цезарь!

– Аве, аве... (*Клёпа машет ручкой*).

Юрий КУБАНИН.

Новосибирск.

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

Мнение редакции может не совпадать с точкой зрения авторов.

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.ПАПИРИН.

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.ПАПИРИНА, Ф.СМИРНОВ (редактор сайта).

Дежурный член редколлегии – Ф.СМИРНОВ.

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

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

Отпечатано в ОАО «Московская
газетная типография».
Адрес: 123022, Москва,
ул. 1905 года, д. 7, стр. 1
Заказ № 0594
Тираж 14 009 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».