

Медицинская

12 марта 2025 г.
среда
№ 10 (8181)

Газета®

ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ВРАЧЕБНОЕ ИЗДАНИЕ

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

www.mgzt.ru



Планомерную работу профсоюза в Курской области никто не отменял.

Стр. 5

ТФОМС Башкортостана: как сохранить финансовое состояние здравоохранения и защитить права застрахованных?

Стр. 6-7

Традиции научной, лечебной и педагогической деятельности уникальной хирургической кафедры.

Стр. 10-11

Ситуация

Самый мирный десант



В общем-то, по-другому и быть не могло: взаимный интерес и взаимный обмен медицинским опытом между «старыми» и «новыми» российскими регионами растёт и крепнет.

На днях большая группа специалистов из Научно-исследовательского института – Краснодарской краевой клинической больницы № 1 им. С.В.Очаповского побывала в Донбассе, чтобы познакомиться с работой коллег и со своей стороны помочь им не словом, а делом. Во главе медицинского десанта был лидер российской торакальной хирургии, Герой Труда России, академик РАН Владимир Порханов.

Бригада из 14 кубанских врачей и медсестёр в течение четырёх дней провела в Республиканской клинической больнице им. М.И.Калинина (Донецк) 11 операций. Из них 9 торакальных вмешательств и 2 миниинвазивные операции на щитовидной железе.

Как пояснил главный торакальный хирург минздрава ДНР Олег Ступаченко, ряд операций, выполненных специалистами из Краснодара, от-

носится к категории экстрасложных. А какие-то вмешательства донецкие врачи тоже выполняют, но в каждой клинике и у каждого хирурга есть свои нюансы.

– В нашей профессии всегда важно посмотреть, как эту же операцию делают другие хирурги, что-то новое внедрить у себя и поделиться своим опытом. Это крайне полезно для развития медицины, – говорит О.Ступаченко.

Одну из самых сложных операций – резекцию трахеи – выполнил сам академик Порханов.

– Пациент получил ранение, когда находился в машине, в которую попал дрон. У него, кроме переломов, обширные ожоги, в том числе дыхательных путей. Развился стеноз трахеи, возникли трудности с дыханием. Мы прооперировали больного, всё прошло нормально, – подытожил В.Порханов.

В минздраве Краснодарского края отметили, что это уже не первый выезд кубанских специалистов на «новые» территории. Они регулярно бывают в Херсонской области, Луганской и Донецкой народных республиках, где консультируют, диагностируют, оперируют. Кроме того, пациенты из этих регионов приезжают в краснодарские

клиники. Так, в 2024 г. в стационаре Краевой клинической больницы № 1 прошли лечение более 170 жителей Херсонской области.

Что касается данной поездки в Донецк, В.Порханов и его сотрудники прибыли сюда по приглашению руководства республики и РКБ им. М.И.Калинина.

– Мы подвели итоги плодотворной работы и обсудили дальнейшее взаимодействие в области здравоохранения. Поблагодарил Владимира Алексеевича за оказание высококвалифицированной помощи нашим пациентам, за обмен опытом с республиканскими врачами и поддержку в организационно-методической работе медучреждения. Мы продолжим укреплять сотрудничество в этой сфере, – прокомментировал итоги визита глава ДНР Денис Пушилин.

Со своей стороны краснодарские врачи очень высоко оценили и уровень профессионализма своих донецких коллег, и их человеческие качества: остаться в родном регионе в столь непростое время и продолжать работать, не смотря на реальную опасность, – это пример искреннего патриотизма и личного мужества.

Ольга БЕРЕЦКАЯ.

Эхо трагедии

Под прицелом гражданские и медики

Вооруженные силы Украины (ВСУ) 9 марта нанесли удар ракетами по рынку в Великих Копанях (Херсонская область). В результате атаки пострадали обычные жители и медики, прибывшие на место для оказания помощи пострадавшим.

«Вэсеушники нанесли циничный удар ракетами HIMARS по торговым рядам сельхозрынка в Великих Копанях. Били намеренно по мирным людям, по обычным жителям. Три человека погибли сразу на месте, в том числе 15-летний подросток. Восемь – получили ранения различной степени тяжести, среди них сотрудники скорой помощи, которые прибыли спасать людей, но сами попали под обстрел. Повреждены здания, автомобили мирных жителей, уничтожена машина скорой медицинской помощи», – сказал глава региона Владимир Сальдо.

После чудовищного ракетного удара ВСУ из Крыма в Скадовск направилась скорая помощь, чтобы оказать помощь пострадавшим людям. «В составе группы находились нейрохирург, хирург и реаниматолог, готовые при необходимости забрать пострадавших для дальнейшего лечения», – отметила Министр здравоохранения Херсонской области Елена Борчанинова. В итоге четверых раненых транспортировали в Крым. «Бригадами скорой медицинской помощи в Симферопольскую клиническую больницу скорой медицинской помощи № 6 переведены четверо взрослых пациентов, пострадавших после удара ВСУ в Херсон-

ской области. В настоящее время их состояние оценивается как тяжёлое», – отметили в минздраве Крыма. Спустя сутки скончался ещё один пострадавший в теракте, таким образом, число погибших составило 4 человека.

Однако на этом атаки по мирным целям ВСУ не завершили. «Ночью, 10 марта, враг вновь атаковал – на этот раз в Великой Лепетихе пострадала ещё одна машина скорой помощи, на которую был осуществлен сброс с дрона. Слава Богу, медики чудом остались живы, однако автомобиль и дорогостоящее медицинское оборудование уничтожены полностью», – написал в своём Telegram-канале В.Сальдо.

При участившихся атаках ВСУ на гражданские объекты Херсонщины в регионе принято решение о создании школьных спасательных отрядов. «Подготовку проводят студенты Херсонского государственного педагогического университета. Они обучают школьников навыкам первой медицинской помощи и готовят их к командной работе в экстренных ситуациях. Сейчас эти умения крайне важны и актуальны. Также наставники проводят «Разговоры о важном» и вовлекают школьников в научно-исследовательскую деятельность», – уточнил глава региона. В рамках Национального проекта «Молодёжь и дети» в педагогическом университете будет открыт Центр военно-патриотической подготовки, который улучшит навыки членов школьных спасательных отрядов.

Сергей СМОЛИН.

АКЦЕНТЫ

Александр ТКАЧЕНКО

Председатель правления благотворительного фонда «Круг добра», протоиерей:

Говоря о финансах «Круга добра», я попросил бы воздержаться от такой оценки нашей деятельности, как показатели использования бюджета. Потому что задача нашего фонда – спасти детей, а не осваивать бюджет.



Стр. 4

Новости

Новый центр в Кургане

На базе Курганской областной клинической больницы открылся Центр рассеянного склероза, созданный по инициативе сенатора от региона, председателя комитета по социальной политике Совета Федерации РФ Елены Перминовой.

– Таких пациентов у нас достаточно много, и не в каждом субъекте Российской Федерации есть вот такие специализированные центры, куда человек мог бы прийти и получить квалифицированную помощь. Мы проанализировали, сколько у нас субъектов имеют такие учреждения. К сожалению, в Курганской области его не было. В конце лета провели в регионе большое совещание, к нам подключались специалисты из Москвы и Тюмени. Они поделились опытом, рассказали о том, как они работают, какие стадии становления прошли. Всё это было учтено. И вот вы видите, что и у нас здесь, на базе клинической областной больницы, открылся центр, где люди с рассеянным склерозом могут получить квалифицированную помощь, – прокомментировала Е.Перминова.

Сенатор также отметила, что регион имеет все необходимые медикаменты для лечения данного заболевания, а в неврологическом отделении больницы для пациентов созданы условия для комфортного пребывания.

– К нам направляются пациенты для уточнения диагноза, для изменения тактики лечения при обострении заболевания, а также для назначения и корректировки иммунокорректирующей терапии. Госпитализация пациентов осуществляется при обострении, по медицинским показаниям», – подчеркнула заведующая центром, невролог Татьяна Прокопьева.

Кроме медикаментозного лечения, пациенты с рассеянным склерозом имеют также возможность получать соответствующую реабилитацию: гидротерапию, физиотерапию, роботизированную механотерапию. Также с пациентами занимаются логопеды и психологи.

– Наша задача не допустить развития инвалидизации у пациента, адаптировать его к новым условиям. Кроме того, у нас будут проводиться школы для пациентов с рассеянным склерозом, где им доступно объяснить, как жить с данным заболеванием, а также расскажут родственникам, как ухаживать за тяжелобольными. Смысл школы и центра заключается в том, что рассеянный склероз – это не приговор. С этим заболеванием можно и нужно полноценно жить, – уточнила Т.Прокопьева.

Иван ЗАЙЦЕВ.

Курганская область.

За подготовку кадров

Ректор Уральского государственного медицинского университета, академик РАН Ольга Ковтун удостоена медали имени Николая Александровича Семашко.

Это одна из самых престижных ведомственных наград в сфере общественного здоровья. О.Ковтун её вручил министр здравоохранения Российской Федерации Михаил Мурашко, сообщили в пресс-службе вуза.

Медаль им. Н.А.Семашко присуждается за весомый вклад в развитие системы общественного здоровья, профилактику заболеваний, борьбу с факторами риска и популяризацию здорового образа жизни. Ею награждаются специалисты, чья деятельность способствует совершенствованию медицинской помощи и укреплению здоровья населения.

– Присуждение награды О.Ковтун – это признание её многолетнего труда в области медицинского образования, науки и здравоохранения. Под руководством Ольги Петровны УГМУ активно развивает программы профилактики, готовит высококвалифицированных специалистов и реализует научные проекты, направленные на повышение качества медицинской помощи, – подчеркнули в пресс-службе.

Богдан СЕРГЕЕВ.

Екатеринбург.

СПРАВКА «МГ»: О.Ковтун – выпускница Свердловского государственного медицинского института. В 1984 г. защитила кандидатскую, а в 1997 г. – докторскую диссертацию, с 1998 г. – профессор кафедры нервных болезней и нейрохирургии УГМА.

Является основателем научной школы «Педиатрическая неврология», в настоящее время – член наблюдательного совета, вице-президент Союза педиатров России, главный специалист-педиатр Уральского федерального округа.

УГМУ возглавляет с 1 марта 2018 г.

Сообщения подготовлены корреспондентами
«Медицинской газеты»
(inform@mgzt.ru)

Подписка на «МГ» продолжается

Оставить заявку на оформление подписки можно по адресам электронной почты:

mg.podpiska@mail.ru,
mg.podpiska@mail.ru.

Контакты
издательского отдела «МГ»:
8 (495) 608-85-44,
8 (916) 271-08-13.

Оплатить подписку можно и онлайн. Платежи по QR-кодам безопаснее.

Отсканируйте
этот QR-код
для оплаты



сбп
Сбербанк России
СБЕР БАНК

Перспективы

Проекту ГИС ОМС могут дать старт в Омской области

В Омске состоялась встреча главы региона Виталия Хоценко и руководителя Фонда обязательного медицинского страхования России Ильи Баланина.

Во время делового разговора стороны обсудили основные вопросы совместной работы Федерального фонда ОМС и Омской области, реализацию нацпроектов и информатизацию в сфере здравоохранения. Один из новых проектов в этой социально значимой отрасли – Государственная информационная система обязательного медицинского страхования (ГИС ОМС). Она разработана ФФОМС и нацелена на упрощение и систематизацию обмена информацией между медучреждениями, страховыми медицинскими организациями и другими структурами здравоохранения.

– Говорили о внедрении в Омской области проекта по развитию ГИС ОМС. Готовы стать пилотным регионом, – сообщил в своём телеграм-канале В.Хоценко.



Кроме того, глава региона отметил, что в 2025 г. субсидия федерального центра для Омской области увеличилась на 6 млрд руб. По итогам прошлого года получено более 660 млн руб. дополнитель-

ных средств на модернизацию учреждений здравоохранения.

Татьяна БЕРЕЗОВСКАЯ.

Омск.

Начало

Виват, медицинский кластер!

Конец февраля на Смоленщине отмечен стратегическим этапом в развитии медицинского образования: теперь университет в городе-герое, колледжи, а также органы власти существуют в едином поле взаимодействия – в регионе создан медицинский образовательный кластер.

В состав кластера вошли Смоленский государственный медицинский университет, министерство здравоохранения области, Смоленский базовый медицинский колледж им. К.С.Константиновой, Вяземский медицинский колледж им. Е.О.Мушина, Рославльский медицинский техникум, Смоленские: областной онкологический клинический диспансер, областная клиническая стоматологическая поликлиника, областная клиническая больница, областная клиническая психиатрическая больница, областная детская клиническая больница, детская клиническая больница, детская клиническая больница скорой медицинской помощи, клиническая больница № 1,

станция скорой медицинской помощи; Рославльская и Вяземская центральные районные больницы.

Региональный медицинский образовательный кластер (РМОК) – это объединение вузов, которые занимаются подготовкой кадров для здравоохранения, и колледжей, выпускающих будущих специалистов среднего звена, а также иных организаций, включая органы власти. Такое объединение призвано улучшить качество подготовки специалистов среднего звена для здравоохранения. Кластеры создаются в каждом субъекте РФ в рамках реализации федерального проекта «Медицинские кадры» Национального проекта «Продолжительная и активная жизнь». Федеральным оператором проекта является Всероссийский учебно-научно-методический центр по непрерывному медицинскому и фармацевтическому образованию. Предусматривается, что каждый участник кластера обладает своими компетенциями, которые в целом

положительно повлияют на развитие системы подготовки будущих специалистов.

Ректор Смоленского ГМУ, главный специалист Минздрава РФ по клинической микробиологии и антимикробной резистентности, член-корреспондент РАН Роман Козлов в беседе с корреспондентом «МГ» подчеркнул, что главная цель РМОК – совершенствование системы подготовки специалистов среднего звена для отрасли здравоохранения региона. Участники кластера смогут формировать рекомендации на разработку и реализацию программ подготовки специалистов среднего звена для сферы здравоохранения, участвовать в работе по распределению студентов на практику и содействовать получению дополнительного профессионального образования сотрудниками колледжей с учётом их текущих потребностей.

Владимир РОКОЛЁВ.

Смоленск.

Сотрудничество

Министерство здравоохранения Самарской области и Палата адвокатов региона подписали соглашение о сотрудничестве. Оно будет способствовать повышению правовой грамотности и укреплению правовой культуры.

Документ подписан в ходе встречи министра здравоохранения Андрея Орлова и президента Палаты адвокатов области Татьяны Бутовченко. Соглашение о сотрудничестве направлено на предоставление бесплатной юридической помощи.

«Руководители двух ведомств обсудили ключевые аспекты сотрудничества. Основное внимание было уделено организации бесплатной юридической помощи медицинским учреждениям и их сотрудникам, а также реализации прав пациентов», – сообщили в региональном минздраве.

– Мы заинтересованы в таком взаимодействии. В ближайшее время планируем распространить опыт работы с Ассоциацией врачей по страхованию медработников на все медицинские учреждения ре-

Юридическая помощь



гиона. Для этого нам потребуется поддержка адвокатского сообщества. Все эти усилия в конечном итоге направлены на защиту прав медработников и пациентов, – отметил А.Орлов.

Соглашение предусматривает участие адвокатов и стажёров Палаты адвокатов в подготовке юридических документов и консультировании по правовым вопросам.

– Обе стороны выразили уверенность в том, что данное партнёрство станет эффективным инструментом для защиты интересов всех участников системы здравоохранения региона, – подытожили в пресс-службе самарского минздрава.

Юрий ГЛИНКИН.

Самара.

Официально

Базовые организации по травматологии и ортопедии

В Содружестве Независимых Государств появятся 2 новые базовые организации – в области детской и взрослой травматологии и ортопедии. Соответствующие проекты положений были согласованы на заседаниях экспертных групп в штаб-квартире СНГ. В обсуждениях участвовали представители Армении, Беларуси, Казахстана, Кыргызстана, России, Таджикистана, Узбекистана и Исполнительного комитета Содружества.

Инициатива о придании Национальному медицинскому исследовательскому центру детской травматологии и ортопедии им. Г.И.Турнера статуса базовой организации государств – участников СНГ в области детской травматологии и ортопедии и Национальному медицинскому исследовательскому центру травматологии и ортопедии им. Н.Н.Приорова статуса базовой организации в области взрослой травматологии и ортопедии

принадлежит Министерству здравоохранения России.

Необходимость создания базовых организаций по данным направлениям связана с ежегодным увеличением количества зарегистрированных заболеваний и травм опорно-двигательного аппарата, ростом количества множественных и сочетанных повреждений как у детей, так и у взрослых.

В целях формирования единых подходов к координации научно-исследовательского, образова-

тельного, организационно-методического обеспечения деятельности в области детской и взрослой травматологии и ортопедии предложено учредить базовые организации.

Отметим, что данная инициатива была поддержана Советом по сотрудничеству в области здравоохранения СНГ. Представленные проекты документов были доработаны экспертами и направлены в страны содружества для проведения процедуры внутригосударственного согласования.

Планируется, что изменения будут внесены в установленном порядке на рассмотрение Экономического совета СНГ.

Владимир ЧЕРНОВ.

Начеку!

Лихорадка денге на Бали

Специалисты Роспотребнадзора взяли на контроль опубликованные в СМИ сообщения российских туристов о заражении лихорадкой денге на Бали.

В целях недопущения завоза на территорию Российской Федерации, оперативного выявления лиц с признаками заболевания, а также недопущения ухудшения эпидемиологической ситуации на территории нашей страны Роспотребнадзором осуществляется постоянный мониторинг эпидемиологической ситуации с инфекционными заболеваниями в странах мира, в том числе с лихорадкой денге.

В постоянном режиме функционирует система АИС «Периметр», анализирующая эпидемические риски, что позволяет держать ситуацию под контролем; проводится регулярный мониторинг за численностью и географическим распространением комаров, чтобы принимать меры по регулированию популяции и контролю за проведением дезинсекции; разработана и зарегистрирована высокочувствительная ПЦР-тест-система, что позволяет своевременно выявить и принять соответствующие меры в отношении заболевшего; осуществляется информирование граждан через туроператоров о рисках заболевания при поездках в страны с опасными инфекциями, передаваемыми через комаров, и рекомендуется выбирать безопасные страны.

В зоне риска заражения лихорадкой денге (в странах Восточного Средиземноморья, Африки, Америки, Юго-Восточной Азии) проживает более 2 млрд человек. Количество случаев заражения оценивается специалистами ВОЗ на уровне 100-400 млн ежегодно. Индонезия входит в число 30 стран с наибольшим числом ежегодно регистрируемых случаев болезни.

В 2024 г. в 89 странах мира выявлено более 14 млн случаев лихорадки денге. Наиболее крупные вспышки зарегистрированы в странах Американского региона – Бразилии, Аргентине, Мексике и в странах Юго-Восточной Азии – Индонезии и Индии. За истекший период 2025 г. случаи заболевания выявлены в 38 странах, наибольшее число случаев – в Бразилии, Колумбии, относящихся к Американскому региону, в странах Юго-Восточной Азии выявлены в Индонезии, Шри-Ланке, Таиланде, Индии, Бангладеш.

В Российской Федерации ежегодно регистрируются только завозные случаи. Благодаря своевременному выявлению лиц с признаками заболевания и обращению заболевших за медицинской помощью – случаев с летальным исходом не зарегистрировано.

Учитывая высокую миграционную активность, значительный пассажиропоток и развитие международного туризма, в том числе с эндемичными странами, риск заноса лихорадки денге на территорию России остаётся высоким, однако не представляющим эпидемиологическую опасность для распространения инфекции на территории страны в связи с отсутствием условий для формирования местной циркуляции возбудителя в популяции комаров-переносчиков болезни, отметили в Роспотребнадзоре.

Дмитрий ДЕНИСОВ.

Тенденции

На острие биомедицинских технологических разработок

Руководитель Федерального медико-биологического агентства Вероника Скворцова выступила на пленарном заседании II Всероссийского женского форума «Женщины за здоровое общество» и рассказала об инновационных технологиях и разработках для сохранения здоровья.

«Федеральное медико-биологическое агентство находится на острие биомедицинских технологических разработок, как в областях наших основных полномочий по обеспечению радиационной, химической и биологической безопасности и созданию средств защиты человека в экстремальных условиях, так и, в целом, в развитии здоровьесберегающих технологий. Внедрение стандартизованных биомедицинских научно-технологических платформ позволило научным центрам агентства за последние годы разработать более 40 лекарственных препаратов, из которых более 20 – уже зарегистрировано», – подчеркнула В.Скворцова.

Глава агентства остановилась на ключевых разработках и научных достижениях ФМБА России.

В частности, познакомила с разработками в области онкологии. Кластер научных центров ФМБА во главе с Центром физико-химической медицины разрабатывает инновационные персонализированные терапевтические онковакцины.

«В 2024 г. успешно завершён 3-летний цикл доклинических исследований неоантигенной онковакцины против колоректального рака. Доказана безопасность и хорошая переносимость препарата у экспериментальных животных, а также подтверждён сам факт того, что персонализированный подход к лечению

аденокарциномы кишечника эффективен и приводит к улучшению прогноза заболевания. Благодаря тому, что в прошлом году был принят закон о применении персонализированных препаратов, разработанный по инициативе агентства, уже с этого года возможно применение вакцины против колоректального рака у пациентов. Это – первая в России подобная разработка. Представляется, что все последующие исследования онковакцин против других видов онкологических заболеваний будут проходить быстрее. В настоящее время на продвинутых стадиях находятся разработки неоантигенных и Т-лимфоцитарных клеточных онковакцин против меланом и глиобластом», – подчеркнула В.Скворцова.

Руководитель агентства также отметила, что Центром стратегического планирования ФМБА создан и успешно завершил доклинические испытания противоопухолевой генноинженерный лекарственный препарат, несущий 2 гена протоксина, которые специфически активируются в клетках опухоли и запускают механизмы их гибели. В этом году в рамках Национального проекта «Новые технологии сбережения здоровья» начинаются его клинические исследования.

Центром радиологии и онкологии ФМБА, совместно с Государственным научным центром атомных реакторов Росатома, разработаны и внедрены в клинику несколько эффективных радиофармацевтических препаратов, в том числе лютеций-177, актиний-225, радий-223.

Руководитель ФМБА сообщила также о развитии регенеративной медицины. Центром физико-химической медицины разработана технология создания аутоло-

гичного хрящевого импланта, полученного методом дифференцировки стволовых клеток пациента, выращенных из клеток его кожи. Завершены доклинические исследования, доказавшие безопасность и высокий регенеративный потенциал клеточного продукта. В настоящее время уже проводятся клинические исследования этой технологии у пациентов с травматическим повреждением хрящевой ткани суставов.

Центром мозга и нейротехнологий ФМБА создан тканеинженерный конструктор нейромат для лечения спинальной травмы на основе уникального многокомпонентного регенеративного матрикса и мезенхимальных стволовых клеток. В связи с доказанной безопасностью и эффективностью технологии у экспериментальных животных в этом году также начинаются его клинические исследования.

В Государственном научном центре медицинской биологии им. А.И.Бурназяна разработаны уникальные технологии восстановления кожи после ожогов, радиационных повреждений, трофических язв, постоперационных рубцов.

Создаются стандартизованные биомедицинские научно-технологические платформы. Так, на основе платформы рекомбинантных белков в ГНЦ иммунологии создана и проходит клинические исследования первая в мире аллерговакцина против пыльцы берёзы и перекрёстных пищевых аллергенов.

В НИИ вакцин и сывороток разработаны рекомбинантная панвакцина Конвасэл против широкого разнообразия ковида (широко представлена на рынке), а также противобактерийные полисахаридные конъюгирован-

ные вакцины полного цикла: уже зарегистрирована вакцина от гемофильной инфекции типа В, успешно завершают клинические исследования вакцины от 16 серотипов пневмококка и 5 серотипов менингококка.

На платформах РНК-интерференции, векторных генноинженерных конструкторов, широконейтрализующих антител разработаны целые линии уникальных препаратов для лечения аутоиммунных и аллергических заболеваний, метаболических и посттравматических стрессовых расстройств, нейродегенеративных заболеваний, разнообразных вирусных инфекций.

Особый акцент руководитель ФМБА сделала на развитии промышленной медицины. В 2022 г. агентство разработало современную Стратегию развития промышленной медицины, направленную на укрепление физического, когнитивного и психоэмоционального здоровья работающих, увеличение продолжительности их жизни, обеспечение профессионального долголетия.

За 3 года в системе агентства создана сеть из 37 комплексных центров здоровья и 265 цифровых здравпунктов, размещённых непосредственно на стратегических производствах. Сеть центров и здравпунктов работает по единому стандарту и объединена общей цифровой системой с дистанционными телемедицинскими и реабилитационными возможностями.

Доказана высокая эффективность внедрённой системы, позволившей значительно и высокодостоверно снизить показатели смертности, заболеваемости, временной нетрудоспособности работающих.

Георгий АЛЕКСАНДРОВ.

Деловые встречи

РФ и Мьянма договорились о сотрудничестве

Меморандум о взаимопонимании между Министерством здравоохранения Российской Федерации и Министерством здравоохранения Республики Союз Мьянма был подписан в рамках российско-мьянманских расширенных переговоров с участием Президента России Владимира Путина и премьер-министра Мьянмы Мин Аун Хлайну. Со стороны России меморандум подписал министр здравоохранения РФ Михаил Мурашко. Цель меморандума – установление партнёрских отношений и развитие долгосрочного, эффективного и взаимовыгодного сотрудничества.

Стороны намерены развивать взаимодействие в сферах организации и управления государственной системой здравоохранения; повышения квалификации медицинских работников; профилактики инфекционных заболеваний и борьбы с ними; продвижения общественного здоровья, включая профилактику неинфекционных

заболеваний; охраны здоровья матери и ребёнка; внедрения цифровых технологий в здравоохранение; государственного регулирования обращения лекарственных средств и медицинских изделий; медицинских научных исследований.

Павел БАЛАГИН.

О работе благотворительного фонда «Круг добра» сказано уже очень много, и все высокие оценки его деятельности бесспорны. Между тем по мере накопления фондом опыта деятельности появляются проблемы и задачи, которые требуют дополнительного урегулирования, в том числе на законодательном уровне. Именно об этом шла речь на очередном заседании Комитета Госдумы по охране здоровья.

Равное право на жизнь

Прежде всего председатель правления благотворительного фонда «Круг добра» протоиерей Александр Ткаченко подчеркнул: 4 года назад по инициативе Президента России было принято эпохальное решение. С того момента дети с тяжёлыми инвалидизирующими заболеваниями, проживающие в любом уголке страны в семьях с любым достатком и социальным статусом, могут бесплатно обеспечиваться дорогостоящими лекарственными препаратами и иметь доступ к инновационным медицинским технологиям.

– Маленькие пациенты получают лекарственные препараты без всяких очередей и листов ожидания, несмотря на то что нужные им препараты стоят десятки и даже сотни млн руб. Речь идёт о лекарствах, которые не могли поместиться в Программу госгарантий либо по причине их высокой цены, либо потому, что они не зарегистрированы в Российской Федерации, – говорит А.Ткаченко.

В итоге практически ушли в прошлое публичные скандалы в СМИ и суды граждан с региональными органами власти, в ходе которых родители отстаивали права детей с особо сложными и редкими болезнями на высокотратное лечение. Принципиально важно, что фонд «Круг добра» тратит деньги только на формы доказанной терапии. По выражению протоиерея, никакие эксперименты над российскими детьми невозможны. Технологии, эффективность и безопасность которых не была подтверждена, не могут оплачиваться фондом.

От себя добавим: организацию работы «Круга добра» можно назвать если не совсем идеальной, то близкой к этому. Руководство фонда смогло выстроить все процессы таким образом, чтобы до минимума сократить срок удовлетворения потребности пациента в высокотратном лечении.

– Родители обращаются через Госуслуги, и заявка тут же попадает в субъект, где проживает ребёнок. Здесь сразу же «начинают тикать часы», потому что у субъекта РФ есть всего 2 дня, чтобы отреагировать на обращение родителей и принять решение, будет ли формироваться пакет документов на получение лекарственных препаратов. После этого у регионального минздрава есть 7 дней для того, чтобы к обращению родителей приложить необходимые медицинские документы и отправить заявку нам. Фонд всё передаёт на рассмотрение членам своего экспертного совета. В течение 14 дней они должны проанализировать правильность постановки диагноза и назначения лекарственного препарата, и, возможно, предложить иной метод лечения, – рассказал А.Ткаченко.

При этом родители больного ребёнка получают электронные уведомления на каждом из этапов работы с их обращением.

Помощь, а не освоение бюджета

Сегодня, по информации фонда, он обеспечивает 117-ю наименованиями лекарственных

препаратов, медицинских изделий и технических средств реабилитацию пациентов от 0 до 18 лет. В список включены уже 100 жизнеугрожающих и хронических заболеваний, в том числе орфанных, при которых дети и подростки могут рассчитывать на помощь фонда. К настояще-

бы вносить дополнительными решениями увеличивать отчисления в адрес фонда «Круг добра».

Не старше 19

Ещё одна тема, которая уже не в первый раз затрагивается на разных площадках: как складывается судьба людей, стра-

РФ. Поэтому, согласно поручению главы государства, регионы не должны уменьшать объём средств, направляемых на лекарственное обеспечение своих жителей, – уточнил А.Ткаченко.

А как на самом деле? Надо признать, что при всём желании далеко не все субъекты РФ

обеспечению пациентов с жизнеугрожающими и орфанными заболеваниями всех возрастов.

– Думаю, будем обсуждать с Минздравом России. Сейчас не готов ответить. Дело в том, что фонд «Круг добра» создавался всё-таки как дополнительный механизм к Программе госу-

Акценты

«Часики тикают»

Успех любой деятельности – в её чёткой организации



му времени её получили уже 28 375 детей на общую сумму 413,6 млрд руб.

Законом установлено, что расходы «Круга добра» обеспечиваются за счёт отчислений от повышенной ставки НДФЛ, которая действует для граждан с доходами свыше 5 млн руб. в год.

– Фактически можно назвать это народным бюджетом, поскольку он формируется из доходов граждан и все деньги направляются исключительно для приобретения лекарственных препаратов конкретным больным, – резюмировал А.Ткаченко.

По информации Минфина России, федеральный бюджет направит в 2025 г. в адрес фонда 202,7 млрд руб. А в 2026 и 2027 гг. на эти цели будет выделено ещё больше средств – 231,8 млрд и до 253,4 млрд руб. соответственно.

– Говоря о финансах, я попросил бы воздержаться от такой оценки деятельности фонда, как показатели использования бюджета. Потому что задача нашего фонда – спасти детей, а не осваивать бюджет, – подчеркнул А.Ткаченко.

Тем не менее разговор о деньгах неизбежен, поскольку он в интересах подопечных фонда. Член Комитета Госдумы по охране здоровья академик РАН Александр Румянцев предложил законодателям рассмотреть возможность корректировать ранее утверждённый объём финансирования фонда. Если к марту текущего года Федеральная налоговая служба увидит, что по итогам минувшего года доходы госбюджета от налоговых поступлений оказались выше запланированных, можно было

дающих редкими врождёнными заболеваниями, после того как они взрослеют и перестают быть подопечными фонда «Круг добра». Согласно нынешним регламентам, данная группа пациентов, переходя из детской лечебной сети во взрослую, должна обеспечиваться дорогостоящим лечением за счёт средств регионального бюджета.

Когда эта благотворительная организация создавалась, речь шла только о детях до 18 лет. Однако в первый же год возникла проблема: по достижении пациентом этого возраста обязательства по его лекарственному обеспечению переходят к субъекту РФ, а тот может оказаться не готов, то есть заранее не запланировать необходимые средства в своём бюджете. В итоге решением Президента России обеспечение подопечных «Круга добра» лекарствами было пролонгировано на один год, до достижения ими 19 лет. Таким образом, субъект может успеть зарезервировать деньги в бюджете и подготовить специалистов для лечения пациента с таким орфанным заболеванием.

– Для того чтобы переход был плавным, мы заранее уведомляем руководителей субъектов РФ о том, что такой-то пациент с орфанной патологией со следующего года появится в сфере их ответственности по лекарственному обеспечению. А затем мониторим, принимают ли губернаторы соответствующие решения и продолжают ли пациенты необходимую терапию. Можно сказать, за счёт фонда «Круг добра» снята значительная финансовая нагрузка с субъектов

имеют финансовую возможность закупать для орфанных больных лекарства стоимостью в несколько десятков млн руб. Поэтому говорить о том, что скандалы и суды граждан с региональными минздравами окончательно ушли в прошлое, в данном случае, наверное, преждевременно.

Депутат Госдумы Алексей Куринный считает, что целесообразно сосредоточить всех россиян с орфанными заболеваниями под эгидой «Круга добра». Свою точку зрения он высказал в ходе дискуссии после доклада о работе фонда.

– Во-первых, вы закупаете дорогостоящие препараты оптом, и у вас есть скидки. Регионы не покупают такие лекарства оптом, поэтому для них установлены цены, далёкие от ваших, никакой экономии не получается. Во-вторых, при нынешней форме лекарственного обеспечения орфанных больных, когда за разные возрастные группы отвечают разные структуры, нет механизма перераспределения препаратов в случае возникшей необходимости, – считает парламентарий.

Вот пример из реальной жизни, на который сослался А.Куринный, регион приобрёл лекарство за 30 млн руб., но, к сожалению, пациент, для которого оно предназначалось, погиб. Куда деть супердорогостоящий препарат, если в регионе больше нет больных с таким редким диагнозом? Передать/перепродать в другой субъект РФ нельзя, потому что это средства разных бюджетов.

Со своей стороны А.Ткаченко высказал сомнения в том, что фонду нужно брать на себя обязательства по лекарственному

дарственных гарантий. Поэтому нужно быть очень аккуратными по отношению к его бюджету. Мы уже сейчас подошли к границам взятых на себя обязательств, – уточнил А.Ткаченко.

Таинственные сборы

Чем заметнее чей-то успех, тем больше подражателей – таков закон общественной жизни.

Ещё одна важная тема, которой коснулись в ходе дискуссии в Госдуме – достаточно ли в нашей стране регламентируется и контролируется деятельность благотворительных организаций. По информации протоиерея А.Ткаченко, значительно сократились сборы на медицинскую помощь и лекарственное обеспечение в социальных сетях и на телевидении. В частности, сборы на лекарственные препараты и иные виды медицинской помощи, которые оплачивает «Круг добра».

– Их практически не стало. И вообще сборов, по данным нашего мониторинга соцсетей, стало на 90% меньше. Этим подтверждается эффективность деятельности нашего фонда, – продолжает А.Ткаченко.

В то же время, говоря о сборах на лечение детей, нельзя утверждать, что они вообще прекратились. В региональных СМИ регулярно появляются объявления с просьбой срочно помочь собрать деньги такому-то маленькому пациенту на лечение в России или за рубежом. Хотя на самом деле речь идёт о лечении, которое пациент может получить бесплатно по полису ОМС.

– Мы наблюдаем такой странный феномен российской благотворительности. Русская душа хочет кому-то помогать и всегда отзывается на просьбы о помощи в лечении или реабилитации. Но, проводя анализ этих сборов, мы видим, что значительная их часть, точнее, практически все сборы необоснованны. Это выглядит некрасиво. Пациенты, для которых собирают деньги, могут получить помощь в государственных лечебных учреждениях. Но родители хотят большего, поэтому собирают деньги на лечение за границей. Я, честно говоря, не знаю ни одного случая, когда бы не могли пролечить ребёнка здесь, причём с меньшей эффективностью, – обратил внимание А.Ткаченко.

Глава фонда считает, что на этот аспект деятельности некоммерческих благотворительных организаций законодателям следует обратить внимание в плане нормативного регулирования.

Елена ЮРИНА.

Более 1,5 тыс. членов Курской областной организации Профсоюза работников здравоохранения РФ были эвакуированы из приграничных районов региона, подвергшихся нападению ВСУ. В Курской области действует режим ЧС федерального значения, и в это время сотрудники лечебно-профилактических учреждений ещё более нуждаются в поддержке и защите. Но сегодня мы говорим о планомерной профсоюзной работе в медицинских организациях региона по вопросам охраны труда.

Экспертизы официальная и независимая

– Наша работа строится в тесном взаимодействии с министерством здравоохранения Курской области, – сказала нам председатель Курской областной организации Профсоюза работников здравоохранения РФ Светлана Охотникова. – Выстроенная система социального партнёрства в охране труда – это прежде всего система взаимных договорённостей между сторонами, которые регулируются коллективным договором. Мы продолжаем защищать медиков, отстаивая их права на объективную оценку условий труда, от которой сегодня зависят предоставляемые на рабочих местах гарантии и компенсации, добиваться реализации мер, направленных на профилактику и снижение производственного травматизма и профессиональных заболеваний работников отрасли. Ведь социальная защищённость работников в том числе является одним из факторов стабильной работы учреждений.

– Охрана труда – один из важнейших аспектов нашей работы, – включается в разговор технического инспектора труда ЦК Профсоюза по Курской области Светлана Прокопенко. – Безопасность рабочих мест, жизнь и здоровье работников, их правовая защищённость, выполнение работодателями условий коллективного договора для профсоюза – в приоритете. А для этого – практическая помощь первичкам, проведение обучения и разъяснительная работа остаются главными и дают свой результат. Здесь не могу не отметить работу внештатной технической инспекции, куда вошли специалисты высокого уровня подготовки, способные подсказать, помочь, поделиться какими-то своими наработками, помогающие в работе сотрудникам по охране труда закреплённых медицинских организаций. И, конечно же, наши уполномоченные, а это порядка 460 человек, которые ведут контроль за условиями труда и помогают разобраться со многими возникающими вопросами на местах. Во главе работы по охране труда стоят процессы спецоценки и оценки рисков. С 2014 г. действует Федеральный закон № 426-ФЗ о спецоценке, выполнение которого до сих пор вызывает массу вопросов, в том числе связанных с отнесением условий на рабочих местах медицинских и иных работников при воздействии «биологического фактора» – неустраняемого вредного фактора, источником которого является пациент.

– В самом начале эксперты считали, что его оценку следует проводить только в отношении работников лабораторий, в которых лицензией подтверждено право работы с патогенными микроорганизмами, – продолжает Светлана Николаевна. – «За бортом» остались медики, находившиеся в потенциальной опасности, работающие с кровью, биоматериалами, в том числе оперирующий персонал. Колоссальная работа проделана специалистами Центрального комитета и Экспертного совета Профсоюза

при принятии и внесении изменений в закон, чтобы доказать и отстоять подходы к оценке «биологического фактора» работников медицинской организации, внести отдельные места в соответствующий правительственный перечень для проведения СОУТ с учётом особенностей, и это даёт свои результаты сегодня.

По результатам мониторингов, около 80% рабочих мест в медорганизациях отнесены к вредным, а значит, люди информированы о фактическом состоянии и полагающихся гарантиях.

контактного и воздушного ультразвука, неионизирующего излучения, шума, локальной и общей вибрации; в клинко-диагностической лаборатории экспертом не учтена потенциальная опасность для персонала при контакте с инфицированными больными при заборе крови. Отдельное внимание обращено на рабочие места рентгенологов и рентгенолаборантов, где сотрудники имеют право на льготное пенсионное обеспечение, ведь установленные экспертом показатели времени воздействия вредного фактора,

сти внутренний хронометраж с участием самих работников. Так, проведённые дополнительные наблюдения членами комиссии и работниками Мантуровской ЦРБ в пищеблоке позволили указать эксперту организации при проведении СОУТ на необъективность, заниженные показатели трудового процесса и добиться их устранения, получив подтверждение ранее установленных компенсационных мер работникам.

На наш вопрос: «Часто ли приходится обращаться в суд?» ответила С.Охотникова:

Защитить медработников

– Происходящие изменения нормативных требований в корне изменили организацию системы управления вопросами охраны труда, – сказала нам С.Прокопенко. – Существующие общие подходы, предусмотренные Трудовым кодексом и подзаконными актами, не учитывают всей специфики медицинской деятельности, что может иногда приводить к формальному выполнению обязанностей по охране труда. А формальная работа и

В центре внимания

Выдержка и закон

Курские профсоюзные лидеры и в сложных условиях работают спокойно и последовательно



С.Охотникова выступает на профсоюзной конференции

Полученные знания на семинарах, консультациях, рабочих совещаниях, проводимых совместно с региональным минздравом, позволили выработать для всех медорганизаций области единые подходы к выполнению работ, особенно в оценке «биологического фактора» и дают возможность сегодня специалистам на местах решать спорные вопросы наравне с экспертами аккредитованных организаций до подписания отчёта, не доводя до судебных разбирательств. Благодаря этому в разы снизилось количество независимых экспертиз и обращений работников.

Нарушения устранены!

Для справки: если в период 2015-2018 гг. техническим экспертом труда независимая экспертиза охватила более 3,5 тыс. рабочих мест, то в 2021 г. – проведена только на 12 местах. Все заключения отрицательные. Для примера, по обращению первичной профсоюзной организации Хомутовской ЦРБ С.Прокопенко в 2021 г. проведена экспертиза рабочих мест. Запрошены дополнительно сведения о работах, проводимых на местах. Выявлен ряд нарушений, допущенных экспертами аккредитованной организацией, которые не только повлекли снижение итогового класса условий труда и компенсационных мер для работников, но и не отразили факторы производства, влияющие на условия труда при выполнении трудовых обязанностей.

Например, на рабочем месте врача УЗ-диагностики не была проведена оценка показателей



Консультирует С.Прокопенко

не соответствовали фактическому. Отрицательное заключение рассмотрено совместно с экспертами, нарушения устранены, а значит, работникам сохранены ранее установленные гарантии и компенсации.

С.Прокопенко – как член Экспертного совета ЦК Профсоюза – делится своим опытом экспертной работы с коллегами региональных организаций профсоюза, помогает в рассмотрении сложных случаев. К каждой независимой экспертизе технический инспектор труда подходит профессионально, «включая» выдержку и следя букве закона. В спорных эпизодах прежде чем дать заключение, Светлана Николаевна предлагает комиссиям дополнительно подробно рассмотреть фактически выполняемые работы на местах, их особенности, а в отдельных случаях – прове-

– Мы стараемся решать вопросы на досудебном этапе, проведя экспертизы и консультации предварительных результатов до утверждения основного отчёта. Однако в ряде случаев суд необходим. Несколько лет назад нам пришлось оспаривать результаты спецоценки, когда аккредитованная организация обратилась с иском о взыскании оплаты услуг за проведение СОУТ. Предоставленные в суде результаты независимой экспертизы подтвердили нарушения договорных обязательств организацией, и она взяла на себя устранение нарушений, выявленных техническим инспектором труда. Обычно наши отношения с работодателями, министерством здравоохранения Курской области, Государственной инспекцией труда в Курской области, прокуратурой строятся на взаимопонимании и сотрудничестве. Мы ставим проблемы и обсуждаем их, но всегда находим общий язык на досудебном этапе.

Ещё один важный этап профилактики в охране труда – это

безопасность работников – вещи несовместимые. Поэтому мы должны понимать, как выстраивать свою работу в современных условиях и новых требованиях. Сегодня у каждого работодателя должна быть скорректирована своя система управления охраной труда, направленная на сохранение здоровья работника и снижение травматизма. Практика показывает, что там, где правильно выстроена система контроля, где специалист по охране труда работает в контакте с общественными уполномоченными, результаты более эффективны.

Особенности выполняемой медиками работы не позволяют добиться «нулевых» показателей травматизма, но мы стремимся к этому, – продолжает Светлана Николаевна. – Всё меньше случаев, когда причиной травмы на производстве становится вина работодателя. Случаи нападения на медработников и ДТП в приоритете. Постоянный профсоюзный контроль на местах, а также в рамках совместных мероприятий со специалистами работодателя, в составе комиссии по охране труда, позволяють своевременно выявлять и устранять вероятные опасности на местах, которые могут привести к негативным последствиям. Как дополнительная мера поддержки работников – членов профсоюза, получивших травму на производстве, нами запущена программа страхования «Профсоюзный сертификат», когда пострадавший получает средства на восстановление здоровья сверх предусмотренных законодательно.

Вопросы социальной защищённости работников включены в Отраслевое соглашение между министерством здравоохранения Курской области и Курской областной организацией Профсоюза РФ. Сегодня соглашение позволяет нам в том числе предусматривать нормы, улучшающие положение работников по сравнению с законодательно установленными. Так, например, при оптимизации структуры учреждений ряд работников младшего медперсонала переведены в категорию немедицинского персонала. Через соглашение удалось сохранить для этих сотрудников дополнительные гарантии, такие как удлинённый отпуск за вредность не менее 14 календарных дней.

Впереди всем предстоит большая работа. Меняющееся законодательство в охране труда требует не только постоянного повышения квалификации и знаний специалистов, но и, что особенно важно, их применения на практике в целях обеспечения безопасности и сохранения жизни работников.

Геннадий НИКОЛОВ.

Курск.

Финансовое состояние здравоохранения и защита прав застрахованных во многом зависят от системы обязательного медицинского страхования. Год 2025-й уже 2 месяца как на марше. Каким он складывается для лечебных учреждений? Прокомментировать особенности территориальной программы ОМС в одном из крупных и сильных регионов России мы попросили директора ТФОМС Республики Башкортостан Юлию КОФАНОВУ.

– Юлия Анатольевна, 2025 г. по указу Владимира Путина – Год защитника Отечества, какие новшества в этой связи введены в Программу государственных гарантий?

– В 2025 г., объявленном в России Годом защитника Отечества, в программе утверждён отдельный порядок оказания медицинской помощи ветеранам специальной военной операции и уточнено взаимодействие с государственным фондом поддержки участников СВО «Защитники Отечества». Медицинская помощь этим категориям застрахованных оказывается вне очереди. Для ветеранов СВО выбранные ими поликлиники будут выделять отдельного специалиста, координирующего предоставление первичной медико-санитарной помощи во внеочередном порядке. Также руководитель медицинской организации может выделить фиксированное время и даты приёма таких пациентов, когда они могут пройти диспансеризацию или диспансерное наблюдение, определить особенности проведения осмотра с расширением перечня специалистов, которые будут в неё вовлечены. Эта информация передаётся в фонд «Защитники Отечества», в том числе в целях организации доезда ветерана СВО до медицинской организации. Начиная с января этого года ведётся отдельный учёт случаев оказания медицинской помощи участникам СВО.

– Этот год ещё имеет ряд особенностей в части старта новых национальных проектов на период до 2030 г. Как это отразилось в территориальной программе ОМС вашей республики?

– Территориальная программа ОМС Республики Башкортостан на 2025 г. так же, как и российская в целом, сформирована с учётом целей нового Национального проекта «Продолжительная и активная жизнь». Её приоритетными задачами остаются развитие профилактического направления, неотложной и высокотехнологичной медицинской помощи, стационарозамещающих технологий и повышение их доступности. Предусмотрен рост расходов на все виды медицинской помощи, в том числе в условиях круглосуточного и дневного стационаров, реабилитации и профилактических мероприятий. Финансовое обеспечение ОМС РБ на этот год утверждено в сумме 95,8 млрд руб., что на 16,7% больше, чем в предыдущем. В ней сохранены нововведения 2024 г.: диспансеризация граждан по оценке репродуктивного здоровья, диспансерное наблюдение за работающими, медицинская реабилитация. В территориальной программе ОМС РБ увеличено финансовое обеспечение оценки репродуктивного здоровья – комплексное обследование должны пройти более 520 тыс. чел. Для этого планируется выделить из бюджета фонда: в 2025 г. – 1,1 млрд руб., в 2026 – 1,3, в

2027 – 1,5.

Увеличены объёмы на проведение ЭКО – предусмотрено проведение 2489 таких процедур, это на 14,3% больше, чем в 2024 г.

Развивается и другое важное направление – реабилитация в амбулаторных условиях, в дневном и круглосуточном стационарах, а также по смешанному типу. Расходы на эти цели вырастут на 16%.

Впервые предусмотрено проведение школ для пациентов с хроническими заболеваниями – 812 567 комплексных посещений, в том числе 22 034 – для больных сахарным диабетом. Они смогут получить всю необходимую информацию о специфике их заболевания и факторах риска

также школ для больных хроническими неинфекционными заболеваниями, в том числе школ сахарного диабета. Там будут консультировать людей с лишним весом и ожирением. Стоимость комплексного посещения в расчёте на 1 пациента в этих школах для больных с хроническими неинфекционными заболеваниями по РБ составит 1586,31 руб., с профилактическими целями в центрах здоровья – от 747,38 руб. до 2571,55 руб. в зависимости от того, первичное оно или динамическое.

– Какие тенденции по высокотехнологичной помощи? Переходят ли с федерального и регионального финансиро-

В начале их введения высказывались опасения, что из стационаров исчезнут необходимые конструкции и материалы для оказания высокотехнологичной медицинской помощи, где требуются импортные составляющие. Но на объёмы и качество медпомощи по ОМС санкции никак не повлияли. Высокотехнологичные методы лечения доступны (по показаниям) всем застрахованным по обязательному медицинскому страхованию.

– Юлия Анатольевна, а как выстроена действенная модель обратной связи с застрахованными?

– Одна из основных задач территориального фонда ОМС –

пертизы страховая медицинская организация обязана ознакомить гражданина с результатами. Филиалами фонда проводятся выездные проверки в медицинские организации, в которых зафиксировано наибольшее количество обоснованных жалоб на качество медицинской помощи. Также в соответствии с Правилами обязательного медицинского страхования, утверждёнными приказом № 108н Минздрава России, на сайтах страховых медицинских организаций регулярно размещается информация о выявленных по обращениям застрахованных лиц нарушениях при предоставлении им медицинской помощи.

ОМС: реальность и перспективы

В контексте перемен



и сформировать осознанное отношение к болезни и здоровьесберегающее поведение.

Расширены функции центров здоровья – 128 721 застрахованный сможет получить углублённое индивидуальное консультирование по ведению здорового образа жизни, посетить групповые занятия по отказу от курения, повышению физической активности, по профилактике заболеваний, а также пройти диспансерное наблюдение. Увеличено количество пациентов, получающих терапию от гепатита С – до 2686 человек. Возрастут объёмы стационарной помощи в дневном стационаре для онкобольных – на 19,3% и в круглосуточном – на 15%.

– Если говорить об увеличении объёмов медицинской помощи, то какие в этом году выбраны приоритеты?

– Предусмотрен рост нормативов финансовых затрат для посещений по неотложной помощи, обращений в связи с заболеванием, комплексных посещений по диспансерному наблюдению по поводу онкологии, сахарного диабета и болезней системы кровообращения, а также по отдельным диагностическим исследованиям. В разделе амбулаторной медпомощи утверждены нормативы на оказание позитронно-эмиссионной томографии, однофотонной эмиссионной компьютерной, совмещённой с рентгеновской. Впервые установлены нормативы объёмов проведения диспансеризации для оценки репродуктивного здоровья. В этом году впервые появились показатели объёмов и финансовых затрат на посещения центров здоровья с профилактическими целями, а

вания ВМП в зону ответственности ТФОМС?

– В программу ОМС высокотехнологичная медицинская помощь населению погружена с 2014 г. И перечень её видов каждый год расширяется. Увеличение потребности в применении высоких технологий для лечения сложных заболеваний приводит к включению в программу ОМС новых видов ВМП. В этом году дополнительно внесены 43 новых метода высокотехнологичной медицинской помощи. Ещё одним существенным нововведением стало получение по полису ОМС уникальных дорогостоящих технологий восстановления здоровья и работоспособности. Перечень пополнился двумя эксклюзивными методами сохранения жизни пациентов с серьёзными болезнями сердечно-сосудистой системы: имплантация частотно-адаптированного кардиостимулятора и эндоваскулярная деструкция дополнительных проводящих путей и аритмогенных зон сердца.

За последние 8 лет количество оказанной ВМП в республике в рамках базовой программы ОМС увеличилось в 1,4, а стоимость случая – в 1,6 раза.

– Отразились ли санкции на стоимости ВМП?

– Принятые 2 года назад решения правительства по опережающему авансированию для стабилизации работы медицинских организаций в обеспечении их медицинским оборудованием, лекарствами, другими расходными материалами позволили безболезненно адаптировать систему ОМС в условиях внешнего санкционного давления.

защита прав лиц, застрахованных в системе обязательного медицинского страхования. Государство гарантирует гражданам право на охрану здоровья и на бесплатную медицинскую помощь. Но иногда приходится сталкиваться с ситуациями, когда застрахованному лицу отказывают в медицинской помощи или предлагают заплатить за неё, то есть нарушаются его права.

Происходит это потому, что пациент не всегда обладает специальными знаниями как в вопросах оказания медицинской помощи, так и в части необходимой защиты своих интересов. Фондом ОМС РБ и страховыми медицинскими организациями проводится активная работа по информированию населения о механизмах защиты прав на доступную и качественную бесплатную медицинскую помощь. Информация даётся по всем каналам связи в виде плакатов, буклетов, брошюр, памяток, наглядной информации на стендах в медицинских организациях и СМО, а также на сайте нашего фонда в разделах «Гражданам», «Социальные ролики», «ЗОЖ» и в других разделах портала. В целях повышения информированности населения о своих правах осуществляются профилактические выезды на предприятия и промышленные объекты республики.

Для оказания консультативной помощи и оперативного реагирования на нарушения прав застрахованных лиц на сайте нашего фонда размещён телефон «горячей линии», а также многоканальные телефоны страховых медицинских организаций. В контакт-центрах работают квалифицированные специалисты. Ни одно из обращений не остаётся без внимания: операторы не только отвечают на вопросы, но и принимают меры для устранения нарушений при получении гражданами медицинской помощи, зачастую в «ручном» режиме. По интересующим вопросам они могут обращаться непосредственно к специалистам нашего фонда и в офисы страховых медицинских организаций. Все жалобы рассматриваются в обязательном порядке, назначается экспертиза качества медпомощи с привлечением врачей. В случае выявления нарушений и если жалоба признаётся обоснованной, к медицинской организации применяются финансовые санкции. Далее после завершения экс-

– Сегодня большое значение уделяется профилактике заболеваний. Но до сих пор не все знают, в какие сроки надо проходить профосмотры и диспансеризацию. Как вы оцениваете работу страховых компаний и лечебных учреждений по этому направлению?

– Важной задачей при проведении диспансеризации (в том числе – углублённой), профилактических медицинских осмотров и диспансерного наблюдения является информационное сопровождение застрахованных лиц. Главными помощниками в этом деле стали представители страховых медицинских компаний.

В республике налажено тесное взаимодействие со страховыми компаниями, работающими в системе ОМС. У нас уникальный регион, в котором на страховом поле осуществляют свою деятельность 7 медицинских организаций. Это наши партнёры и союзники в усилении профилактической направленности системы ОМС: повышению информированности застрахованных лиц о преимуществах здорового образа жизни, профилактике заболеваний и необходимости своевременного прохождения диспансеризации, профилактических медицинских осмотров и диспансерного наблюдения. Занимаются этими проблемами 235 страховых представителей разных уровней, 91% из них прошли обучение по дополнительной образовательной программе повышения квалификации «Подготовка страховых представителей в здравоохранении». В прошлом году о праве на прохождение диспансеризации, профилактического медицинского осмотра, диспансерного наблюдения было проинформировано более 3,4 млн человек, из которых прошли профмероприятия более 1,6 млн человек (48,5%). Страховые представители работают также непосредственно в 108 медицинских организациях республики, их деятельностью организована в виде «постов», «визитов» и прямой телефонной связи со СМО. Все обращения анализируются, по ним принимаются меры реагирования, при необходимости проводится экспертиза качества медицинской помощи. Информация доводится до органов исполнительной власти, медицинских организаций и заявителей.

Из года в год расширяются механизмы взаимодействия стра-

ховых представителей с застрахованными. Они не только напоминают о прохождении диспансеризации, но и выясняют причины, по которым она не пройдена, осуществляют организацию повторного информирования о необходимости прохождения профилактических мероприятий. Это осуществляется через сервис мобильных сообщений, почтовым отправлением, по телефону. Если же пациент не явился на профилактический осмотр, в том числе в рамках диспансеризации, то страховой представитель может проинформировать его ещё раз и связаться с ним для выяснения причин.

Также СМО контролируют оказание медицинской помощи и информируют о необходимости постановки на диспансерный учёт и назначенном лечении в случае наличия онкологических, сердечно-сосудистых и других хронических заболеваний. Особенно пристальное внимание уделено сопровождению пациентов с онкологией.

В 2023 г. страховые специалисты из нашего региона принимали участие в конкурсе, который проходил в Уральском федеральном округе на звание лучшего страхового представителя системы ОМС. Команда республики, состоящая из страховых представителей уфимских филиалов АО «Страховая компания «СОГАЗ-Мед» и ООО «СМК РЕСО-Мед», вышла в финал и заняла почётное 3 место.

– В некоторых регионах в тарифы ОМС входит медицинская помощь с использованием технологий искусственного интеллекта. А как в Башкирии?

– С прошлого года на территории республики в тарифы ОМС включены затраты на получение «второго мнения» от искусственного интеллекта при анализе маммограмм.

В 2025 г. Программой государственных гарантий РФ предусмотрено использование систем поддержки принятия врачебных решений при проведении маммографии (как в 2024 г.), а также рентгенографии или флюорографии грудной клетки, компьютерной томографии органов грудной клетки, которое проводится в рамках профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определённых групп взрослого населения. У нас в республике это новшество также активно внедряется и искусственный интеллект помогает в оценке КТ – снимков органов грудной клетки и головного мозга.

– Цифровизация играет активную роль в развитии здравоохранения страны. Если взять систему ОМС в республике, удалась ли достигнуть поставленных задач и к каким целям вы хотели бы приблизиться в ближайшем будущем?

– Вопросам цифровой трансформации сектора государственного управления в настоящее время уделяется повышенное внимание. В конце 2021 г. на федеральном уровне принята стратегия цифровой трансформации здравоохранения, определяющая в том числе стратегические направления цифрового развития территориальных фондов обязательного медицинского страхования.

Цифровому развитию информационной системы фонда в Республике Башкортостан уделяется большое внимание. Региональная информационная система ОМС – это существенная помощь медицинским и страховым организациям в осуществлении их деятельности, которая базируется на общих принципах,

сформированных Федеральным фондом ОМС.

Мы уже добились того, что 3,5 млн записей о случаях лечения ежемесячно загружаются в систему, при этом проходят весь комплекс форматно-логического и медико-экономического контроля, проверок на выполнение объёмов и сроков, за короткий промежуток времени. Посредством Региональной информационной системы ОМС (РИС ОМС) осуществляется планирование и мониторинг профилактических мероприятий. В прошлом году мы запустили в работу систему проведения экспертиз оказанной медицинской помощи. Это было непросто, учитывая то, что у нас в регионе работают 7 страховых медицинских организаций со своими корпоративными формами. Тем не менее мы смогли построить единую систему. В этом году планируем войти в пилотный проект ФФОМС и Минздрава России по персонализированному учёту медицинской помощи.

Цель цифровой трансформации системы ОМС – создание комфортной рабочей среды, в которой достаточно легко взаимодействуют между собой участники ОМС, включая обмен документацией, подписание документов, проведение обсуждения и принятие совместных решений. Цифровизация здравоохранения в целом и системы ОМС в том числе обеспечивает цифровую трансформацию отрасли и внедрение определённого порядка помощи врачу на основе искусственного интеллекта, развитие персонализированного проактивного подхода к управлению здоровьем на основе данных цифрового профиля пациента.

– Как врач и организатор здравоохранения вы считаете, что большинство медицинских работников понимают значение системы обязательного медицинского страхования для поддержания стабильного финансирования отрасли?

– За более чем 30-летнюю историю существования система ОМС доказала свою эффективность, в том числе и в «ковидные» годы. В настоящее время – это основной источник финансирования здравоохранения, который играет ключевую роль в обеспечении его сбалансированности и устойчивости. И ещё одна из важнейших задач – защита прав застрахованных лиц, экспертная оценка оказанной медицинской помощи.

Система ОМС в республике – это созданный в 1993 г. территориальный фонд обязательного медицинского страхования Республики Башкортостан, 7 страховых медицинских организаций, более 140 медорганизаций, обеспечивающих право граждан на получение доступной и качественной помощи вне зависимости от места работы и уровня благосостояния.

Система ОМС РБ выполняет все возложенные на неё задачи, а сбалансированность и устойчивость территориальной программы обеспечивает эффективность функционирования системы здравоохранения и равную доступность бесплатной качественной медицинской помощи для каждого гражданина республики.

Это является основополагающим принципом, определяющим само существование и работу такого общественно значимого института, как обязательное медицинское страхование.



Алексей ПИМШИН.

Проблемы и решения

СМА и СММ

Лечение должно быть доступно всем

В Москве прошла пресс-конференция Всероссийского союза пациентов (ВСП) «Гражданско-правовой подход в решении вопросов диагностики и терапии спинальной мышечной атрофии». Как отметил сопредседатель ВСП Ян Власов, наше государство является социальным и, следовательно, должно защищать права своих граждан, включая право на здоровье. Спинальная мышечная атрофия (СМА) – эталонная орфанная патология. За последние 10 лет был проделан колоссальный путь: снизилось время диагностики заболевания, созданы междисциплинарные команды, появились патогенетические препараты. Однако не решены проблемы доступности лечения и неравенства лекарственного обеспечения, порождающие правовые коллизии.

По словам модератора пресс-конференции – директора благотворительного фонда «Семья СМА» Ольги Германенко – в национальном регистре насчитывается 1511 больных (1004 ребёнка и 507 взрослых), но на самом деле их больше (по разным причинам туда попадают не все больные). Если детям до 19 лет лечение обеспечивает фонд «Круг добра», то условием получения помощи взрослым является инвалидность. Благодаря национальной программе скрининга новорождённых, стартовавшей в 2023 г., больных выявляют раньше и чаще, но каждый четвёртый взрослый (старше 19 лет) с заболеванием не имеет доступа к лечению.

Заведующая лабораторией молекулярно-генетической диагностики № 1, ведущий научный сотрудник лаборатории ДНК-диагностики Медико-генетического научного центра им. Н.П.Бочкова, доктор медицинских наук Ольга Щагина сказала, что РФ была одной из первых стран мира, запустивших программу скрининга на орфанную болезнь, охватывающую более 95% новорождённых. На первом этапе определяется группа риска, а затем у этих детей берётся кровь на анализ. За 3 года было выявлено более 300 новорождённых со СМА. «Программа скрининга меняет ландшафт болезни», – подчеркнула она. Бытует мнение, что увеличение числа больных приводит к росту затрат на их лечение. На самом деле это не так, ибо ребёнок-инвалид является бременем для семьи. Кроме того, скрининг на носительство генов СМА (а таковым является каждый 37-й человек) позволяет планировать деторождение. Такой скрининг есть в ряде стран (Израиль, Турция и др.).

Начальник Центра детской психоневрологии (ЦДПН), заведующая отделением психоневрологии и нейрореабилитации НМИЦ здоровья детей профессор Людмила Кузнецова напомнила, что в РФ доступно 3 препарата для патогенетической терапии СМА – нусинерсен, ридсиплам и онасемноген абепарволек. Модификатор сплайсинга SMN2 нусинерсен был зарегистрирован в РФ в августе 2019 г., а почти 5 лет спустя появился его отечественный аналог. В настоящее время нусинерсен и ридсиплам получают (пожизнен-

но) 700 детей, из них 75 – нусинерсен отечественного производства. Онасемноген абепарволек (замещающий функцию гена SMN1) – ввели 300 детям (однократная внутривенная инъекция). Однако не всем больным можно назначить это лекарство. В качестве примера профессор Кузнецова привела случай девочки, не получившей дыхательной поддержки в регионе. Время было упущено. В ЦДПН ребёнок поступил в тяжёлом состоянии. Он получает нусинерсен российского производства и нуждается в постоянной дыхательной поддержке и питании через гастростому. К сожалению, в регионах нет центров нервно-мышечных заболеваний. Важна также реабилитация больных со СМА, которая обеспечивается только в случае инвалидности.

Заместитель директора по научной работе Научного центра неврологии (НЦН), директор Института мозга НЦН, президент Национального общества по изучению болезни Паркинсона и расстройств движений академик РАН Сергей Иллариошкин осветил особенности терапии СМА у взрослых. Их число увеличится в связи с улучшением диагностики и появлением патогенетического лечения. Раньше многие больные не доживали до взрослого возраста. Поздняя диагностика связана с медленным течением заболевания. Необходимо выстраивать корректные ожидания от лечения. Его результат может быть виден через годы (минимальный катамнез у взрослых составляет 1,5-2 года). Он оценивается с помощью специальных шкал, которые должны быть валидированы. В НЦН для валидации русскоязычных шкал создана специальная группа.

Сопредседатель ВСП и президент Всероссийского общества гемофилии Юрий Жулёв осветил роль пациентских организаций в защите прав больных на доступную и качественную медицинскую помощь. «ВСП – организационная платформа, помогающая всем участникам процесса», – отметил он. Она позволяет им обмениваться опытом, генерировать новые идеи и налаживать диалог с органами власти. В связи с появлением биоаналогов или дженериков возникли конфликтные ситуации, связанные с отсутствием достоверной информации, и здесь роль пациентской организации, врачей и фарминдустрии крайне велика. Сейчас производители дженериков обязаны информировать о проведённых исследованиях только Минздрав России, который не имеет права публиковать полученную информацию. «Мне кажется, в общих интересах нам с вами стоит подумать об изменении нормативно-правового регулирования в этой сфере для того, чтобы индустрия повернулась лицом к врачу и к пациенту и начала информировать», – призвал Ю.Жулёв.

Руководитель проектного офиса «Редкие (орфанные) болезни» Национального НИИ общественного здоровья им. Н.А.Семашко Елена Шукан остановилась на злободневной проблеме преемственности терапии СМА при выходе больных из детского возраста. Они обеспечиваются до 19 лет лекарствами за счёт фонда «Круг добра», а затем «попадают

в никуда», что ведёт к снижению качества жизни. Для региональных систем здравоохранения это означает гарантированное судебное разбирательство. Единственным критерием для получения бесплатного лекарственного лечения является инвалидность. Как прокомментировала Ольга Германенко, «нужно сесть в коляску, чтобы продолжить лечение».

Юрист 1 класса, заместитель председателя Совета общественных организаций по защите прав пациентов при Федеральной службе по надзору в сфере здравоохранения по Санкт-Петербургу и Ленинградской области Наталья Смирнова осветила правовые особенности лекарственного обеспечения больных со СМА. «Круг добра» предоставляет препараты по факту диагноза, а после 19 лет госгарантий на их получение нет. Проблема нарастает с каждым годом, поскольку у регионов нет полномочий и средств для её решения. Только в 10 субъектах РФ приняты нормативно-правовые акты, регулирующие эти вопросы. Судами вынесено около 30 решений по обеспечению лекарствами больных СМА. В такой же ситуации находятся больные с примерно 30 нозологиями, а потому нужны общие подходы. Например, пациентов можно включить в программу высокотратных нозологий (ВЗН) независимо от наличия у них инвалидности или в региональные программы лечения жизнеугрожающих заболеваний (РЖЗ). Перечень, утверждённый Постановлением Правительства РФ № 403 от 26.04.2012, включает в настоящее время 17 орфанных заболеваний, из которых 6 имеют патогенетическое лечение. Конституционный Суд РФ вынес Постановление № 41-П от 26.09.2024, в котором указана необходимость создания резервного механизма обеспечения лекарственными средствами для лечения прогрессирующих редких заболеваний. При этом лекарства назначаются по международному непатентованному наименованию и только в случае непереносимости препарата происходит назначение по торговому названию. При этом больной вправе отказаться как от медицинского вмешательства, так и от варианта введения лекарственного средства.

Заместитель декана факультета фундаментальной медицины МГУ им. М.В.Ломоносова, член-корреспондент РАН Дмитрий Кудряв рассказав о 15-летнем опыте взаимодействия с ВСП. Разработанный компанией отечественный аналог нусинерсена на 25% дешевле оригинального препарата. Он был зарегистрирован в апреле прошлого года и на сегодняшний день введён 85 больным со СМА (75 детям и 10 взрослым) в 47 регионах страны.

В заключение О.Германенко отметила важность поддержки СМИ, «потому что от того, насколько много внимания к теме, рождаются такие фонды, как «Круг добра» или изменения в законодательстве». Обсуждение затронутых вопросов продолжено на VII Всероссийском форуме по орфанным заболеваниям, который проходил в Москве с 28 февраля по 1 марта.

Борис НИЖЕГОРОДЦЕВ.

Торжественные мероприятия в честь юбилея центра начались с пресс-конференции с директором НМИЦ эндокринологии, заслуженным врачом России, членом-корреспондентом РАН Натальей Мокрышевой.

Она рассказала о том, как созданное 100 лет назад медицинское учреждение стало специализированным государственным центром мирового уровня, с самыми современными возможностями диагностики и лечения, а также огромным научным потенциалом. Сегодня центр объединяет различные направления: нейроэндокринологию, сахарный диабет, заболевания щитовидной железы, наследственные болезни, онкологические заболевания эндокринных органов, репродуктивную медицину. Ежегодно здесь принимают 150 тыс. амбулаторных и 25 тыс. стационарных пациентов из всех регионов страны, стран СНГ, ближнего и дальнего зарубежья.

«За последние годы мы добились внимания медицинского сообщества к эндокринным заболеваниям, факторам риска их развития, профилактике и их раннему выявлению, – отметила Н.Мокрышева. – В связи с улучшением диагностики стало больше выявляться пациентов с сахарным диабетом, хотя, конечно, нельзя сбрасывать со счетов тот факт, что заболеваемость и распространённость сахарного диабета возрастает в абсолютном числе – как у нас в стране, так и во всём мире».

Н.Мокрышева отметила: «Все наши усилия сейчас направлены на то, чтобы улучшить грамотность пациентов, повысить доступность диагностики и лечения диабета. Ведётся огромная работа на уровне государства и правительства. В мире мало стран, где система здравоохранения в такой мере обеспечивает все медицинские потребности пациентов с диабетом или с другими хроническими заболеваниями».

Так, в 2023 г. стартовал федеральный проект «Борьба с сахарным диабетом», инициированный Президентом Российской Федерации. В рамках этого мероприятия решаются фундаментальные задачи по повышению доступности и совершенствованию оказания медицинской помощи пациентам с диабетом, маршрутизации их в клиники высокого уровня, развитию сети региональных и межрайонных эндокринологических центров, отделений.

За 2 года во всех субъектах Российской Федерации было создано уже 350 таких центров. Введено в эксплуатацию более 60 тыс. единиц современного оборудования.

Для пациентов с сахарным диабетом чрезвычайно важна приверженность лечению и врачам рекомендациям. Для того чтобы люди понимали, как жить с этим заболеванием были созданы специальные школы для пациентов с сахарным диабетом: на занятиях обучающиеся могут получить необходимые навыки самоконтроля за диабетом и ответы на вопросы об особенностях питания, мерах профилактики многочисленных осложнений диабета. Это позволяет управлять заболеванием и повышает качество жизни.

Во всех регионах создано и развивается более 2 тыс. школ, в которых к концу 2024 г. обучены 560 тыс. человек. Более 52 тыс. детей с СД 1-го типа обеспечены средствами мониторинга глюкозы.

После пресс-конференции состоялось торжественное открытие Музея истории эндокринологии. Традиционную алую ленточку разрезали Н.Мокрышева и заместитель директора по научной работе, академик РАН Галина Мельниченко.

Краткую экскурсию для почётных гостей провела руководитель музея, помощник президента НМИЦ эндокринологии, кандидат медицинских наук Ирина Беловалова. Она рассказала, что сегодня в экспозиции находятся

более 50 исторических экспонатов, представлены необычные предметы, которые использовались во врачебной практике далёкого прошлого, а также создан мемориальный кабинет первого директора В.Шервинского. Ряд материалов рассказывает о сегодняшнем дне центра.

Надо сказать, что сразу же после открытия экспонатов прибавилось: приглашённые на встречу ветераны центра передали в музейный фонд различные памятные предметы, связанные с их работой в этих стенах.

Юбилей

Круглая дата обязывает к новым свершениям

НМИЦ эндокринологии отметил 100-летие



Президент НМИЦ эндокринологии И.Дедов

В день векового юбилея подписано и соглашение о сотрудничестве с Институтом геномной инженерии и биотехнологий Кубы, что уже само по себе – историческое событие. После торжественной церемонии соглашения гости с Кубы воспользовались возможностью и присоединились к знакомству с музейными экспонатами.

А кульминацией праздника стало заседание учёного совета, где собрались не только сотрудники и ветераны центра, но и гости, практически весь цвет отечественной медицины – академики РАН, руководители ведущих федеральных центров и клиник, главные внештатные специалисты-эндокринологи со всей страны.

О том, как создавался и развивался Эндокринологический научный центр, о его современных достижениях рассказал в докладе «От истоков к вечному роднику эндокринного здоровья: этапы векового пути» главный эндокринолог Минздрава России, президент Российской ассоциации эндокринологов, академик РАН Иван Дедов. Именно он в 1988 г. был инициатором создания на базе Института экспериментальной эндокринологии и химии гормонов (ИЭХ и ХГ) Эндокринологического научного центра, которым руководил до 2018 г., а сейчас является его президентом.

«Центр в течение всех 100 лет является головным учреждением по профилю «Эндокринология» и реализует в полном объёме возложенные на него государством задачи по организации эндокринной службы в стране», – сказал И.Дедов. – Уникальность центра определяется его структурно-

функциональной «соборностью»: под одной крышей объединяются все направления эндокринологии, от исследования закономерностей возникновения и течения редких и редчайших (орфанных) заболеваний до изучения широко распространённых и социально значимых болезней, таких как сахарный диабет, болезни щитовидной железы и метаболические нарушения. Более того, особый акцент сделан на изучении всех коморбидных состояний и осложнений у лиц с эндокринопатиями (кардиоваскулярные, офтальмологические,

в эндокринологии, внедряются в практику эффективные российские лекарственные препараты.

Большое внимание уделяется цифровым технологиям, разрабатываются и внедряются программы, позволяющие прогнозировать риск появления и течение эндокринных заболеваний, в том числе диагностировать их с использованием искусственного интеллекта.

Развитие научного потенциала центра способствует наращиванию его инфраструктуры, соответствующей самым современным требованиям к исследователь-

ской деятельности. Ключевую роль центра в становлении эндокринологической службы России отметил и М.Мишустин, назвав его одним из крупнейших в нашей стране многопрофильных клинических кластеров, уникальным научно-исследовательским и биологическим комплексом.

Поздравляя коллектив НМИЦ эндокринологии и министр здравоохранения Российской Федерации Михаил Мурашко, который остановился на медицинском аспекте деятельности центра. По его словам, на протяжении десятилетий ЭНЦ развивался, следуя мировым

тенденциям современной науки и достижениям технологического прогресса в области физиологии, биохимии, генетики, иммунологии, в разработке лекарственных препаратов, подготовке кадров. И, конечно же, спасения жизни людей.

«Столетие клинической деятельности позволило сформировать уникальную базу для диагностики и лечения эндокринных заболеваний, разработать широкий спектр диагностических, терапевтических и хирургических процедур, включая иммунологические и хромосомные исследования, лучевую, таргетную и иммунотерапию, а также современные подходы в хирургии, в частности, эндоскопическую микрохирургию», – отметил М.Мурашко.

Министр отметил, что центр на протяжении многих лет является проводником инноваций в практику советской, а затем и российской эндокринологии. Сейчас, когда активно реализуются задачи нового национального проекта «Продолжительная активная жизнь», актуальным становится дальнейшее развитие и модернизация службы по борьбе с диабетом, которым, по оценкам специалистов, страдает до 10 млн человек в нашей стране. При этом, по данным Всемирной организации здравоохранения, Российской Федерацией в первую десятку стран по доступности и качеству оказания специализированной эндокринологической помощи.

Руководитель Федерального медико-биологического агентства, член-корреспондент РАН Вероника Скворцова сообщила собравшимся, что столь высокий юбилей центра совпадает с 175-летием со дня рождения его первого директора Василия Шервинского, заложившего основы отечественной эндокринологии. Она также проанализировала основные этапы становления ЭНЦ, подчеркнув: несмотря на все сложности исторического периода, последовательно, шаг за шагом, шло развитие российской эндокринологии и «НМИЦ эндокринологии» как её флагмана.

В завершение учёного совета состоялось награждение руководителей и ряда сотрудников коллектива центра, прозвучали искренние поздравления представителей Российской академии наук, руководителей ведомств и организаций. Трогательной ноткой торжественного вечера стали поздравления эндокринологов из всех регионов России. Все они желали «юбиляру» новых свершений, к которым особо обязывает нынешняя круглая дата.

«В завершение учёного совета состоялось награждение руководителей и ряда сотрудников коллектива центра, прозвучали искренние поздравления представителей Российской академии наук, руководителей ведомств и организаций. Трогательной ноткой торжественного вечера стали поздравления эндокринологов из всех регионов России. Все они желали «юбиляру» новых свершений, к которым особо обязывает нынешняя круглая дата.

Алена ЖУКОВА, обозреватель «МГ».

хирургические, репродуктивные проблемы)».

По словам И.Дедова, среди научных направлений работы приоритетными являются геномные, в том числе постгеномные и клеточные технологии; весьма перспективным является и изучение аутоиммунной природы эндокринных заболеваний, а также гормонпродуцирующих опухолей, орфанных заболеваний. В центре ведутся исследования в области раннего выявления заболеваний, вызванных гормонально-метаболическими нарушениями, полного спектра факторов развития сахарного диабета. Развивается радиофармацевтическое направление

лантливых учёных, врачей, клиницистов, биологов, представителей других специальностей, настоящих единомышленников, специалистов самой высокой квалификации, светил отечественной и мировой науки, сохраняющих замечательные традиции, которые передаются из поколения в поколение. Наряду с обширной клинической практикой, в стенах НМИЦ эндокринологии проводятся фундаментальные прикладные исследования, внедряются эффективные инновационные разработки, в том числе генетические технологии и модели, открывающие уникальные возможности для профилактики, диагностики и лечения.



Н.Мокрышева и Г.Мельниченко на открытии музея

КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 8 (2458)

(Продолжение. Начало в № 5 от 05.02.2025)

Всем пациентам, перенёвшим операцию артериального переключения (особенно пациентам с аномалиями коронарных артерий) при выявлении электрокардиографических и/или эхокардиографических признаков миокардиальной ишемии, рекомендовано проведение ангиокардиографии с коронарографией для исключения или выявления нарушений коронарного кровотока. ЕОК/РКО I С (УДД 5, УУР С).

Комментарии: в рамках проведения коронарографии, возможно проведение внутрисосудистого ультразвукового исследования (внутрисосудистое ультразвуковое исследование стенки) для уточнения состояния стенки коронарных сосудов.

Проведение флебографии полых вен рекомендовано пациентам, перенёвшим операцию атриального переключения при выявлении у них признаков обструкции на уровне предсердного тоннеля, для исключения или оценки степени стеноза на уровне предсердного тоннеля. ЕОК/РКО IIa С (УДД 5, УУР С).

Взрослым пациентам с ТМА рекомендуется проведение холтеровского мониторирования сердечного ритма не реже 1 раза в два года для выявления возможных нарушений ритма. ЕОК/РКО IIa С (УДД 5, УУР С).

Проведение холтеровского мониторирования сердечного ритма, использование систем записи событий, выполнение внутрисердечного электрофизиологического исследования рекомендуется при наличии в анамнезе (подозрении) у пациентов с ТМА нарушений сердечного ритма или выявлении нарушений ритма по данным ЭКГ. ЕОК/РКО IIa С (УДД 5, УУР С).

Комментарии: дисфункция синусового узла и суправентрикулярная тахикардия у пациентов после артериального переключения наблюдается редко, в отличие от пациентов после предсердного (атриального) переключения.

При выявлении у пациента после хирургического лечения ТМА нарушений ритма и затруднении постановки диагноза рекомендовано рассмотреть выполнение электрофизиологического исследования (ЭФИ), в частности чреспищеводной электрокардиостимуляции для уточнения формы и морфологии аритмии. ЕОК/РКО IIa С (УДД 5, УУР С).

Транспозиция магистральных артерий

Комментарии: данная методика позволяет оценить АВ-проводимость. Кроме того, чреспищеводная электрокардиостимуляция с плавно нарастающей частотой может использоваться для провокации или купирования пароксизмов АВ-тахикардий.

При развитии осложнений в виде нарушений ритма сердца, требующих имплантацию постоянного ЭКС, пациентам с ТМА рекомендуется проходить контроль каждые 3-6 месяцев, а при необходимости, и коррекцию параметров ЭКС. ЕОК/РКО I С (УДД 5, УУР С).

Организация оказания медицинской помощи

Показания для плановой госпитализации:

- 1) неэффективность медикаментозной терапии на догоспитальном этапе;
- 2) невозможность оказания специализированной медицинской помощи и диагностики (КТ-АГ, МРТ, зондирование полостей сердца) в амбулаторных условиях;
- 3) плановые операции.

Показания для экстренной госпитализации:

состояния угрожающие жизни.

Показания к выписке пациента из стационара:

- 1) при выздоровлении пациента;
- 2) при стойком улучшении, когда по состоянию здоровья пациент может без ущерба для здоровья продолжить лечение в амбулаторно-поликлиническом учреждении или домашних условиях;
- 3) при необходимости перевода пациента в другую организацию здравоохранения;
- 4) по письменному требованию пациента либо его законного представителя, если выписка не угрожает жизни пациента и не опасна для окружающих.

В случае пренатально установленного диагноза ТМА родоразрешение всех пациентов проводится в специализи-

рованности клапана неоаорты, связанная с дилатацией её корня, развивается у 7% пациентов через 10 лет после операции артериального переключения и у 35% пациентов через 5 лет после артериального переключения с устранением обструкции выводного тракта левого желудочка. Госпитальная летальность после предсердного переключения варьирует от 0 до 6%, отдалённый послеоперационный период характеризуется тяжёлыми осложнениями в виде дисфункции правого желудочка, недостаточностью трёхстворчатого клапана и наджелудочковыми аритмиями. Выживаемость через 10 и 25 лет составляет 90 и 74%, соответственно. Непосредственные результаты операции Rastelli характеризуются низким уровнем

госпитальной летальности (от 0 до 7%). Отдалённая выживаемость ниже, чем после операции Mustard и гемодинамической коррекции порока и через 10 и 20 лет составляет 93 и 57% соответственно. Основная причина летальных исходов сердечная недостаточность, аритмии. Свобода от обструкции выводного тракта правого желудочка через 20 лет составляет 32%. Получены обнадеживающие промежуточные результаты операций REV, Vex-Nikaidoh, туннельного переключения. Требуется дальнейшее накопление опыта.

Прогноз хирургического лечения

Почти все пациенты умирают в течение первого года жизни без хирургического вмешательства. Хирургическая 30-дневная смертность после анатомической коррекции составляет около 5,6% (EACTS database). Факторами риска являются недоношенность, вес при рождении, < 2,5 кг, ДМЖП или патология аорты. Отдалённая 25-летняя выживаемость и свобода от аритмии составляют 97%. У большинства пациентов сохраняется нормальная систолическая функция желудочков и переносимость физической нагрузки. Основные причины летальных исходов – внезапная смерть, инфаркт миокарда. Наиболее частое осложнение в отдалённом периоде – недостаточ-

Разработчики клинических рекомендаций:
Ассоциация сердечно-сосудистых хирургов России,
Общероссийская общественная организация «Российское кардиологическое общество»,
Всероссийская общественная организация «Ассоциация детских кардиологов России»,
Общероссийская общественная организация содействия развитию лучевой диагностики и терапии «Российское общество рентгенологов и радиологов»,
Национальная ассоциация экспертов по санаторно-курортному лечению.

Редкие патологии

Вылечить и отдать замуж



Синдром Холт-Орама – так звучит название редкой врожденной патологии, при которой возникают тяжёлые множественные пороки развития верхних конечностей и поражение сердца. Именно поэтому данное редкое врожденное заболевание ещё называют синдромом «рука-сердце», и прогноз жизни зависит от тяжести поражения главного органа человека.

– Я за свой полувековой опыт работы в медицине имею дело с данной патологией впервые. В мире рождается 1 ребёнок на 100 тыс. детей с Холт-Орама. Пациентка нашего отделения из Бурятии родилась с таким заболеванием в сочетании с тяжёлой деформацией нижних конечностей на 140 градусов, дисплазией соединительной ткани, – рассказала заведующая отделением № 17 Клиники

нейроортопедии и системных заболеваний Национального медицинского исследовательского центра травматологии и ортопедии им. Г.А.Илизарова профессор Анна Аранович.

До двух лет девочка не ходила. Деформации ног прогрессировали с возрастом. Оперативное лечение для девушки началось с 2000 г. Иркутские врачи устранили лучевую косорукость.

Врачи Центра Илизарова занялись тяжёлым клиническим случаем с 2009 г. Пациентке по методу Илизарова поэтапно провели коррекцию оси бёдер, голени, исправили деформацию правого, затем левого предплечья, провели удлинение верхних конечностей.

С помощью новейших технологий, разработанных в центре, интрамедуллярный остеосинтез спицами с гидроксиапатитным покрытием, девушке армировали большеберцовые кости нижних конечностей, чтобы предупредить дальнейшие деформации.

Возрастная преемственность, работающая в Центре Илизарова, позволила пациентке не менять лечащего врача (Анатолий Коркин) с начала и до окончания лечения. Для жительницы Иркутска многоэтапное оперативное лечение длилось более 17 лет! Результат ошеломительный.

Тяжелейшие множественные ортопедические осложнения на фоне синдрома Холт-Орама исправлены. Летом этого года счастливая пациентка выходит замуж. Невеста пообещала врачам сделать памятное фото своих ровных и красивых ног.

Андрей ФИРСОВ.

В клиниках и лабораториях

Новые технологии и виртуозное мастерство

В городской клинической больнице скорой медицинской помощи Ставрополя успешно проведена сложнейшая операция по краниопластике – реконструкции черепа и глазницы (орбиты).

Пациенткой стала 15-летняя девочка, которая пострадала в ДТП, в результате чего получила выраженный эстетический дефект и опущение верхнего века, что негативно влияло не только на внешний вид, но и на зрение пациентки.

– Краниопластика – высокотехнологичная нейрохирургическая операция, требующая высочайшего профессионализма, предельной точности и внимательности. В данном случае сложность заключалась в распространении дефекта кости черепа на орбиту – костную полость, в которой расположен глаз, – сообщили в медучреждении.

Реконструкция такой сложной области требует ювелирной филигранности, чтобы избежать повреждения зрительного нерва, кровеносных сосудов и других важных анатомических структур. Нейрохирурги продемонстрировали виртуозное мастерство и восстановили череп подростку при помощи титанового импланта, выполненного на основе уникальной модели, изготовленной при помощи 3D-принтера с учётом всех анатомических особенностей пациентки.

Рубен КАЗАРЯН, соб. корр. «МГ».

В 2024 г. исполнилось 85 лет кафедре факультетской хирургии педиатрического факультета Пироговского университета, которая стала alma mater десятков не просто очень хороших, а выдающихся специалистов. Многие научные разработки сотрудников кафедры получили признание и применяются в нашей стране и за её пределами.

Генеалогическое древо

Главный фактор уникальности этой кафедры – имена людей, с которыми связана её история. В 1939 г. в структуре 2-го Московского государственного медицинского института появилась кафедра госпитальной хирургии на педиатрическом факультете. Она была создана по инициативе выдающегося советского хирурга Сергея Спасокукоцкого.

Организовать и возглавить новое учебное подразделение поручили Александру Бакулеву, который в то время был вторым профессором на кафедре факультетской хирургии у С.Спасокукоцкого. Таким образом, в одном институте стало две мощных хирургических кафедры, руководили которыми два равновеликих врача и учёных.

Если применительно к истории вузовской кафедры, в принципе, возможно использовать понятие «генеалогическое древо», то у данной образовательной площадки оно роскошное, начиная от корней и заканчивая молодыми листочками. После А.Бакулева в 1944 г. заведующим кафедрой был назначен военный хирург профессор Георгий Новиков. Во время его руководства основными направлениями научно-исследовательской работы были методы местного обезболивания при обширных операциях, лечение хирургических осложнений, тканевая терапия при трофических язвах.

В 1952 г. хирургическую клинику и кафедру педиатрического факультета 2-го МГМИ возглавил профессор Андрей Гуляев, тоже ученик С.Спасокукоцкого и соратник А.Бакулева. С его именем связано преобразование клиники в многопрофильный хирургический стационар, а также объединение кафедр факультетской и госпитальной хирургии педиатрического факультета в кафедру хирургических болезней.

В 1977-1981 гг. этой кафедрой заведовал профессор Эдуард Думпе – ученик академиков А.Бакулева и В.Савельева. При нём большое развитие получило одно из направлений сосудистой хирургии – флебология.

Наконец, с 1982 г. по настоящее время – 43 года! – кафедрой руководит ещё один признанный лидер российской хирургии академик РАН Игорь Затевахин, который также считает себя учеником и А.Бакулева, и В.Савельева.

Таким образом, на примере истории вузовской кафедры мы видим непрерывное продолжение «линии родства» – одной хирургической школы с её неизблемыми основами и преемственностью.

К тому моменту, когда И.Затевахин принял руководство, клинической базой кафедры была московская горбольница № 57. Вместе с главным врачом С.Евстигнеевой профессор Затевахин провели серьёзную реорганизацию, после чего в структуре стационара появилась крупная хирургическая клиника мощностью 300 коек, в составе которой 3 сосудистых отделения, онкологическое, 2 общехирургических, а также отделения эндоскопии, ангиографии и эндоваскулярных методов лечения.

Фактически вузовская кафедра и хирургическая клиника городской больницы стали еди-

ным целым. Оперировав пациентов, сотрудники института, с одной стороны, зарабатывали здесь новый клинический опыт и занимались научными исследованиями, а с другой – имели возможность внедрять новые технологии в практику сразу по мере их разработки. Всё это, безусловно, положительно влияло на педагогический процесс. Итогом стали десятки подготовленных монографий по разным областям хирургии и тысячи молодых специалистов, которые постигали

предстоит стать заведующим кафедрой, исторически организованной его нынешним шефом.

Интересно узнать, какие правила подготовки будущих хирургов и организации работы вузовских клиник, заложенные во времена академика Бакулева, сохраняются на кафедре факультетской хирургии РНИМУ им. Н.И.Пирогова до сих пор.

– Игорь Иванович, каких принципов придерживался А.Бакулев в обучении студентов и отборе сотрудников?

Авторитетное мнение

Фактор уникальности

О традициях и перспективах высшего медицинского образования



И.Затевахин

азы профессии под руководством не теоретиков хирургии, а самых что ни на есть практиков.

В клинике вырос ряд известных профессоров, из которых кто-то по-прежнему трудится в РНИМУ, кто-то возглавляет другие научные и клинические учреждения. Все они следуют духу и букве той хирургической школы, учениками которой были. В их числе профессор М.Цициашвили, Л.Крылов, А.Щёголев, В.Шиповский, А.Троицкий, А.Матюшкин, В.Золкин, С.Никуленко, С.Дроздов, Р.Хабазов, Е.Лысенко, Г.Говорунов, Б.Сабиринов, Д.Ахтамов и другие. С большим уважением здесь говорят о доцентах А.Галицком и Г.Лещёвой, которая на протяжении 40 лет была бессменной заведующей учебной частью кафедры.

В настоящее время второй базой кафедры является Клиническая больница Управления делами Президента РФ.

Меняется адреса, но сохраняются традиции научной, лечебной и педагогической деятельности этой уникальной хирургической кафедры. Своим мнением о вечных ценностях, нововведениях и перспективах высшего медицинского образования в его связке с системой здравоохранения в беседе с корреспондентом «МГ» поделился академик РАН **Игорь ЗАТЕВАХИН.**

Правила жизни лидера

Примечательно, что мой собеседник начал свою жизнь в профессии как раз под руководством А.Бакулева, будучи ординатором в хирургической клинике 2-го Московского медицинского института. Тогда молодой врач И.Затевахин даже не предполагал, что через много лет ему

называют качеством оказания медицинской помощи. Например, он требовал, чтобы, несмотря на состояние, возраст и социальный статус, пациент в стационаре был чистым и ухоженным. А медперсонал обязан следить за этим.

Не менее строго Александр Николаевич относился и к тому, как выглядят сами врачи и медсёстры. Никаких украшений, никаких вольностей в одежде – только униформа. Академик Бакулев считал внешний вид важнейшим элементом профессиональной

принципу и других оцениваю по готовности отдавать себя целиком своей профессии. Когда мы в Первой Градской уже при академике В.Савельеве начали первыми в стране заниматься изучением острой артериальной непроходимости, к нам повезли пациентов с тромбозами и тромбоземболиями со всей Москвы. Я практически через сутки ночами ездил в клинику, чтобы оперировать экстренных больных. Потом возвращался домой, а утром опять ехал на работу.

культуры медработников, благодаря которому формируется уважительное отношение к ним со стороны пациентов. И с этим невозможно ни согласиться.

Он был строг в отношении того, как сотрудники относятся к своей работе. Однажды я оказался в центре его внимания, и это стоило мне сильных переживаний. Во время моего дежурства поступила пожилая пациентка с острым аппендицитом. Вместе со мной в операционную пошла студентка-старшекурсница. Я позволил ей оперировать, а сам ассистировал и контролировал. Операция прошла успешно. Однако назавтра А.Бакулев, узнав, что оперировал не ответственный дежурный хирург, а студентка, предупредил: если у пациентки будут осложнения, он выгонит меня из клиники. В течение недели каждый день Александр Николаевич заходил в палату к этой женщине, смотрел живот. Пока её не выписали, я не находил себе места от волнения.

– Но ведь вы сказали, что он приветствовал, когда студенты-кружковцы ходили на операции.

– Да, только в данном случае я должен был оперировать сам. Тогда в хирургических стационарах действовало правило: в экстренных случаях пациентов старше 60 лет и моложе 16 лет может оперировать только ответственный дежурный хирург. Это группы высокого риска.

К слову, и сам я выполнил первую аппендэктомию, ещё будучи студентом 4 курса, находясь на практике в городе Калязине. И всё благодаря тому, что у меня были прекрасные учителя.

– Вы тоже избирательно относитесь к людям, которые хотят работать на кафедре? И что для вас важнее: стаж работы в медицине, уровень квалификации или человеческие качества?

– В целом мой стиль руководства мягче, но принципиальные требования к сотрудникам остаются теми же, что были во времена А.Бакулева. Прежде всего я оцениваю специалиста по его отношению к делу. В моём понимании, даже работая преподавателем на кафедре, сотрудники продолжат врачевать работу. Иначе чему они могут научить студентов? Хорошим преподавателем может быть только хороший хирург. Плохой хирург – плохой преподаватель.

Далее, медицина – такая сфера деятельности, где нельзя себя экономить. Или ты выкладываешься по полной программе, или уходи. Я сам живу по этому

Мне, как и моим коллегам, тогда казалось, что это абсолютно нормально. Разве может быть по-другому, если ты выбрал профессию хирурга? Заметьте, ни о каких доплатах за сверхурочные часы в те времена не было и речи. Постепенно менялась ситуация в стране, обществе, отрасли, и сейчас подобный энтузиазм уже не правило, а скорее исключение, как ни жаль об этом говорить.

– Вы упомянули академика В.Савельева, с которым также работали рядом многие годы, в том числе под руководством академика А.Бакулева. Можно ли поместить имя Виктора Сергеевича на условное «генеалогическое древо» вашей кафедры, оказал ли он какое-то влияние на хирургическую школу, сформированную здесь?

– Безусловно! Прежде всего, как я уже сказал, именно с подачи В.Савельева на кафедре начали заниматься темой «острая артериальная непроходимость». Большое число пациентов с острыми тромбозами тогда было обусловлено высокой заболеваемостью ревматизмом в нашей стране. Изучение этиологии и патогенеза ОАН, разработка методов профилактики и оказания экстренной хирургической помощи при этих состояниях – такие задачи стояли перед коллективом нашей кафедры.

А через много лет судьба распорядилась так, что я продолжил деятельность Виктора Сергеевича на посту президента Российского общества хирургов (РОХ). Уникальность биографии этого великого человека заключается также в том, что он единственный был одновременно главным хирургом Российской Федерации и президентом РОХ. Это говорит о том, что академик Савельев на тот момент являлся самой авторитетной личностью и для Министерства здравоохранения России, и для хирургического сообщества.

После смерти В.Савельева съезд хирургов России избрал на пост главы РОХ меня. В течение 10 лет я возглавлял эту общественную врачебную организацию, пока не пришло время передать полномочия новому президенту. Если помните, я обратился к очередному съезду хирургов с просьбой поддержать предложенную мной кандидатуру.

– Нынешний президент РОХ Алексей Шабунин – предшественник другой хирургической школы. Вас это не смутило?

– Нисколько! В данном случае мой выбор основывался на том, что академик Шабунин – не только прекрасный и уважае-



Три богатыря российской медицины (слева направо): академики И.Затевахин, Л.Бокерия, В.Савельев

мый хирург, крупный учёный, но также главный врач ведущей многопрофильной клиники. Он имеет огромный опыт организатора здравоохранения и обладает большим административным ресурсом.

Всё это, как показывает практика, имеет значение для эффективной деятельности общественной врачебной организации. Я не ошибся в выборе, и съезд не ошибся, поддержав меня. Российское общество хирургов идёт в верном направлении, продолжает набирать авторитет.

Наука рождается из практики

Вернёмся к вопросам высшего медицинского образования. Под руководством И.Затевахина кафедра факультетской хирургии педиатрического факультета 2-го МГМИ продолжила активную исследовательскую работу, начатую предшественниками. Основные научные направления связаны в основном с экстренной хирургией. Это заболевания желчных путей, острый панкреатит, язвенные гастродуоденальные кровотечения, портальная гипертензия, кровотечения из варикозных вен пищевода и желудка.

Отдельное масштабное направление – хирургия сосудов, в том числе разработка эндоваскулярных способов ангиопластики коронарных, висцеральных и магистральных артерий, стентирование артерий подвздошно-бедренного сегмента, эмболизация аневризм магистральных и висцеральных артерий, имплантация кава-фильтра.

За период с 1982 г. по настоящее время на кафедре защищено 18 докторских и 66 кандидатских диссертаций.

– Игорь Иванович, чем обусловлено и насколько оправдано такое тематическое разнообразие научной работы кафедры?

– Обусловлено и оправдано оно тем, что так называемый общий хирург – на самом деле специалист широкого профиля. Среди его пациентов далеко не всегда бывают те, у кого в патологическом процессе задействован строго один орган. Чаще как раз наоборот. Патология внутренних органов может сочетаться с заболеваниями сердечно-сосудистой системы, а это требует от хирурга умения справиться и с тем, и с другим.

Заниматься таким количеством научных тематик одновременно нас заставляет жизнь, поскольку кафедра находится на базе многопрофильной горбольницы. В таких условиях у врачей и сотрудников есть возможность собирать и анализировать серьёзный массив материала, разрабатывать на основе полученных данных новые подходы к лечению и, внедряя их в практику, оценивать результаты. Наша университетская клиника факультетской хирургии ежегодно оказывает помощь более чем 4 тыс. боль-

ных. При этом 50% плановых и 40% экстренных хирургических операций выполняются сотрудниками кафедры, включая наиболее сложные вмешательства.

Что же касается перечня направлений исследований, он закономерен: работа на базе городской больницы требует изучения прежде всего спектра патологий, с которыми имеют дело врачи данного стационара.

– Если обобщить опыт научно-исследовательской работы кафедры за те 43 года, что вы её возглавляете, что кажется

в Первую Градскую больницу. В итоге мы с коллегами разработали и обосновали диагностический поиск, подходы к консервативному лечению, оперативные методики, схемы ведения пациентов в послеоперационном периоде, а также борьбы с постшемическим синдромом.

Обобщить наш опыт поручили мне, и в 1964 г. в «Медицинской газете» появилась статья «Тактика врача при острой артериальной непроходимости», авторы – академик А.Бакулев, врач И.Затевахин.

В 1972 г. была создана первая классификация острой ишемии при эмболиях и на её основе разработан алгоритм лечения. В 2010 г., проанализировав собственный полувековой опыт лечения острой ишемии конечностей, сотрудники нашей кафедры рассмотрели классификацию и разработали новую. Она актуальна по сей день и позволяет определить план действий при ОАН, вызванной разными причинами.

– Известно, что вы и ваши коллеги сумели найти ответ на вопрос, как справиться с так называемым «кошмаром сосудистого хирурга». О чём речь?

– Речь о профилактике и лечении инфекций в сосудистой хирургии. Ещё в 1963 г. R.Shaw и A.Aue назвали это «кошмаром

чительно ваше персональное врачебное предпочтение?

– Лечение осложнений аневризм брюшной аорты – раздел сосудистой хирургии, в котором не только я один, а вся наша кафедра накопила и опыт, и хорошие результаты. Это объясняется большим объёмом экстренных операций при разрывах аневризм брюшной аорты, которые выполняют наши сотрудники в клинике. Результатом стало, в частности, создание алгоритма лечения неосложнённых и осложнённых аневризм абдоминальной аорты. В 2008 г. мы впервые установили при разрыве аорты стент-графт, и в настоящее время этот тип операций получил большое развитие.

Наконец не побоюсь сказать, что наша клиника стала пионером в России по гибридной хирургии в лечении хронической ишемии нижних конечностей. Внедрение такого подхода позволило снизить смертность и показатель осложнений в данной группе пациентов. Эндоваскулярные вмешательства в сочетании с открытыми реконструкциями уменьшают травматичность операции, что немаловажно.

Можно продолжить перечисление наших разработок в лечении аневризм периферических артерий, хирургии брахиоцефальных

легами делаем всё, что от нас зависит, чтобы не изолироваться от клиники самим и не изолировать студентов – будущих врачей – от их будущей профессии.

В отношениях нашей кафедры с её клиническими базами, к счастью, почти ничего не изменилось. Думаю, в значительной степени это объясняется тем, что я сам, как практикующий хирург, веду целые направления, а именно операции на поджелудочной железе и аорте. Мои коллеги по кафедре – также активно оперирующие хирурги. Сложно выстраиваются отношения «кафедра-клиника» там, где профессорско-преподавательский состав не очень-то стремится оставаться врачами.

Вообще, по моему мнению, фатальной ошибкой было решение в системе высшей медицинской школы разделить педагогическую и лечебную ставки для профессорско-преподавательского состава вузов. Нужно было делать выбор: или ты трудоустроен в вузе, или в городской больнице. Разумеется, на ставку врача специалист зарабатывает существенно больше, чем на ставку преподавателя.

В итоге преподавание, как и наука, сразу же перестали быть интересными и престижными занятиями для врачей. Возник кадровый кризис в высших учебных заведениях – появилось большое число совместителей, что неизбежно отразилось на качестве подготовки будущих врачей. С последствиями мы сегодня сталкиваемся на каждом шагу, эту проблему пытаются решать уже на уровне высшей законодательной власти страны.

– Игорь Иванович, вы обучаете студентов и ординаторов сердечно-сосудистой хирургии как единой врачебной специальности. А можно ли стать суперспециалистом сразу в двух этих разделах медицины?

– Специализация нужна, конечно. Одно дело – оперировать сердце, другое дело – эмболию бедренной артерии. Хотя я сам оперировал и то, и другое, правда, это было во времена, когда мы были всеядными...

Итак, оптимальный вариант – субспециализация, тогда хирург достигнет более высоких результатов. Даже в структуре сердечно-сосудистых заболеваний столь большое разнообразие патологий и методов лечения, что можно и даже нужно специализироваться, чтобы становиться асом в своём деле. Один занимается клапанной хирургией, другой сосредоточивается на врождённых пороках сердца, третий – на трансплантации сердца. В этом действительно есть смысл.

В сосудистой хирургии примерно то же: одним интересна аорта, другим периферические артерии, третьим флебология. Казалось бы, и здесь чем более узок профиль хирурга, тем выше результаты. Однако на самом деле как раз в сосудистой хирургии узкая специализация нежелательна. Опасно увлечься лечением исключительно варикозного расширения вен, но не уметь диагностировать и лечить тромбоз глубоких вен. Экстренная сосудистая хирургия требует, чтобы хирург умел работать на всех разделах сосудистой системы.

И тут нельзя не вспомнить с сожалением о том, что в нашей стране нет врачебной специальности «сосудистый хирург». Этот раздел медицины не так давно объединили с кардиохирургией по экономическим причинам. Хотя выделение данной специальности в самостоятельную было бы абсолютно оправданным.

Елена БУШ,
обозреватель «МГ».



Мастера оперируют, будущие врачи учатся

вам наиболее значимым для российской и мировой медицины?

– Не так давно мне довелось читать активную лекцию, готовясь к которой, я искал ответ как раз на этот вопрос. В итоге пришёл к выводу, что многие успехи на пути развития сосудистой хирургии в нашей стране достигнуты благодаря уму и рукам моих коллег по кафедре и клинике.

Начну с темы «Острая артериальная непроходимость» (ОАН). Рискую показаться нескромным, останавливаясь именно на данном разделе научной работы кафедры: дело в том, что с этой темы в начале 1960-х гг. началась и моя собственная серьёзная научная деятельность. Проблема на тот момент не была исследована в плане этиологии и патогенеза, летальность достигала 65-70%, а единственной хирургической тактикой при тромбозе артерий была ампутация конечностей. Как уже сказано, по инициативе А.Бакулева и В.Савельева в столице была организована маршрутизация больных с острой артериальной непроходимостью

сосудистого хирурга». Реконструкции сосудов синтетическими протезами сопровождалась гнойными осложнениями. Попытки консервативного лечения с сохранением протеза заканчивались аррозийным кровотечением, а удаление протеза – гангреной и ампутацией с высокой летальностью.

Наши исследования показали, что причиной инфицирования сосудистых трансплантатов в забрюшинном пространстве может быть грамотрицательная флора, которая распространяется через слизистую желудочно-кишечного или мочевого тракта. Была разработана классификация клинических форм инфекционного процесса, предложен алгоритм диагностики гнойно-инфекционных осложнений в экстренной и реконструктивной сосудистой хирургии, а также тактика их лечения.

– Имя хирурга И.Затевахина прочно ассоциируется с хирургией осложнений аневризм брюшной аорты. Это также один из разделов научной работы кафедры или исклю-

артерий и других разделах сосудистой хирургии.

Найти консенсус

Взаимоотношения вузовских кафедр с клиническими базами давно начали меняться. Новые правила ограничивают возможности для профессорско-преподавательского состава мединверситетов заниматься лечебной работой на клинических базах, а сотрудники больниц не мотивированы вести научные исследования. Сама возможность совместной научно-клинической работы сегодня в большой степени зависит от того, смогут ли найти взаимопонимание заведующие кафедрами и главврачи лечебных учреждений.

– Может, достаточно того, что кафедре выделили в больнице помещение для теоретических занятий со студентами, а допускать преподавателей и обучающихся к пациентам в принципе не обязательно?

– Совершенно недостаточно. Такой учебный процесс нельзя назвать правильным, и мы с кол-



У каждого второго – диплом с отличием

Ярославский ГМУ. В актовом зале университета состоялось торжественное вручение дипломов выпускникам, обучавшимся по специальности «клиническая психология». В этом году состоялся 7-й выпуск таких специалистов, и первый, после создания на базе бывшего факультета клинической психологии Института психологии, социологии и биоэтики.

Председатель государственной аттестационной комиссии, заместитель главного врача Ярославской областной психиатрической больницы, психиатр высшей категории Алексей Рицков в своём выступлении сообщил: «Все успешно доказали своё право на профессиональную деятельность». Он отметил разнообразие тем квалификационных работ и поблагодарил студентов и научных руководителей: «Отличием выпускников этого года стала способность к оппонированию, быстрая реакция на вопросы и квалифицированные ответы. Отдельная благодарность научным руководителям, нашедшим интересные темы, активно работавших с выпускниками. Из 21 выпускника 10 получают дипломы с отличием. Считаю, что итоги являются успешными».

Директор института, доктор культурологии Денис Фирсов зачитал приказ ректора ЯГМУ, академика РАН Александра Хохлова и обратился к выпускникам со словами поддержки и напутствия.

После вручения дипломов Торжественное обещание клинического психолога со сцены произнесла Дарья Смирнова, выпускница 2025 г.

– Хочу подчеркнуть, что ваша профессия – одна из самых важных и востребованных в современном обществе. В мире, где стресс и тревожность стали частью повседневной жизни многих людей, ваша работа приобретает особое значение. Вы будете помогать тем, кто нуждается в помощи, возвращать им веру в себя и свои силы, поддерживать их в трудные моменты жизни. Уверена, что каждый из вас найдёт своё место в профессиональной деятельности. Будь то работа в медицинских учреждениях, образовательных организациях, частных практиках или научных исследованиях – везде ваши знания и навыки будут востребованы. Помните, что главное в вашей работе – это внимание к каждому человеку, уважение к его индивидуальности и стремление помочь ему найти свой путь к гармонии и благополучию. Пусть ваш профессиональный путь будет наполнен интересными задачами, новыми открытиями и благодарностью от тех, кому вы помогаете, – напутствовала выпускников проректор по образовательной деятельности и цифровой трансформации доцент Анна Смирнова.

Разработан новый биоматериал

Кубанский ГМУ. В университете начались доклинические испытания нового раневого покрытия «жидкая кожа». Этот инновационный биоматериал

разработан для ускоренного заживления различных типов ран, включая порезы, ссадины и даже ожоги.

Руководитель исследовательской группы Карина Мелконян рассказала «МГ», что в основе «жидкой кожи» лежит дерма свиньи, максимально схожая по структуре с человеческой

– подготовка онлайн-курсов для абитуриентов, желающих поступать на обучение по программам высшего образования на русском языке в медицинские университеты России;

– проведение краткосрочных онлайн-курсов для врачей из Зимбабве о современных методах лечения инфекционных и неинфекционных заболеваний.

участником специальной военной операции, студентом университета Егором Ш., который после ранения проходит курс реабилитации в родном городе. У студентов лечебного и стоматологического факультетов была возможность из первых уст услышать о событиях СВО. Егор рассказал о боевых буднях

факультета Елена Кузнецова.

Разнообразная программа была подготовлена силами студентов-волонтеров. Они провели мастер-класс по десмургии, рассказали, как правильно ухаживать за зубами, показали несложные упражнения для снятия стресса.

– Благодарю моих коллег,

В медицинских вузах страны

Стать настоящим врачом



Дуглас Момбешора и Анна Благодрава

кожей, и белок тенасцин-С, способствующий регенерации тканей. Это сочетание обеспечивает надежную защиту от инфекций, поддерживает оптимальную влажность и снижает болевые ощущения.

Испытания проводятся на свиньях породы ландрас для оценки безопасности и эффективности препарата перед началом клинических испытаний на людях. Эта разработка значительно сократит время восстановления пациентов, создавая идеальные условия для регенерации тканей и защищая рану от внешних воздействий.

В школах Зимбабве – медклассы от Перми

Пермский ГМУ им. Е.А. Вагнера. Университет посетила делегация из Республики Зимбабве. Министр здравоохранения и защиты детей Дуглас Момбешора республики и ректор ПГМУ Анна Благодрава обсудили возможность экспорта медицинского образования в Зимбабве. Презентацию образовательной деятельности вуза представила руководитель Управления международного медицинского образования университета Мария Дворецкая. О проекте «Профильные медицинские классы Пермского края» рассказал заместитель Управления по работе с абитуриентами Юрий Уточкин.

Стороны договорились о взаимном сотрудничестве в следующих областях:

– создание медицинских классов в школах Зимбабве с целью подготовки учащихся к поступлению в медицинские университеты России;

– создание классов с углублённым изучением отдельных предметов (химия, биология, русский язык);

своего подразделения, конечно же, остановился на вопросах организации медицинской помощи раненым бойцам.

А ещё Егор – прекрасный декламатор. И он остался верен себе, прочитав знаменитое стихотворение Михаила Кульчицкого: «Война ж совсем не фейерверк, а просто – трудная работа». Царившая в аудитории полная тишина свидетельствовала о том, что тема «задела» и оставила отклик в сердцах будущих врачей.

* * *

Активисты женского движения Кировского ГМУ приняли участие в выездном волонтерском десанте в Фаленский муниципальный округ.

– Наш волонтерский десант – это проект по оказанию медико-психолого-педагогической помощи участникам СВО и их семьям, в котором участвуют волонтеры-добровольцы, – отметила помощник сенатора РФ Татьяна Фёдоровых. – В команду вошли сотрудники и студенты педиатрического и стоматологического факультетов.

На площадке лектория для семей участников СВО руководитель многофункционального медико-психолого-педагогического центра «Академия новых возможностей» Мария Царенок осветила вопрос: «Третий – не лишний: медиация как способ решать семейные споры и конфликты. Особенности взаимодействия с участниками СВО». Индивидуальные консультации для родителей погибших бойцов и групповую работу с семьями пропавших без вести провела клинический психолог, нейропсихолог Марина Прозорова. Модератором интерактивной познавательной программы для детей выступила заместитель декана педиатрического

волонтеров и всех участников нашей встречи. С вами надёжно, друзья! – этими словами завершила мероприятие координатор партийного проекта «Женское движение Кировской области», вице-спикер законодательного собрания Ирина Морозова.

Ждут замысловатые не только сюжеты

Смоленский ГМУ. В университете издан бестселлер – уникальная книга по истории микробиологии под редакцией ректора, члена-корреспондента РАН, профессора Романа Козлова «По следам охотников за микробами».



Обложка книги «По следам охотников за микробами»

Автор издания – младший научный сотрудник НИИ антимикробной химиотерапии ГМУ Андрей Авраменко.

В этой книге читателя ждут удивительные истории из жизни великих микробиологов прошлого: рассказы об их победах и поражениях, любви и страданиях, моментах славы и одиночества. Благодаря собранному автором по крупицам со всего света материалам из архивов, дневников, статей и воспоминаний потомков можно совершить невероятное путешествие по полям сражений Франко-прусской войны, предгорьям южноамериканских Анд, живописному побережью Вьетнама и кишащей малярийными комарами Палестине... Весь этот путь читатель пройдёт бок о бок с выдающимися охотниками за микробами – самоотверженными героями и мучениками медицинской науки, навсегда оставившими свой след в истории человечества.

Подготовил
Владимир КОРОЛЁВ,
соб. корр «МГ».



Встреча студентов с участником СВО Егором Ш.

Наши интервью

Эффект контраста

Современная медицина стремительно развивается благодаря внедрению высоких технологий. Однако многие инновации сталкиваются с трудностями при внедрении – зачастую из-за экономических ограничений. В этой ситуации важную роль играет помощь практикующих врачей: именно клиницисты должны активно участвовать в разработке, тестировании и адаптации технологий под реальные задачи.

Не менее важен и организационный фактор. Успех напрямую зависит от руководства клиники: когда оно поддерживает инициативы ведущих специалистов и создаёт условия для исследовательской деятельности, тогда они работают с компаниями и добиваются нужного эффекта. В результате даже сложные методики находят применение без отсылок к «нехватке ресурсов». Яркий пример – флуоресцентная навигационная хирургия (ICG). Благодаря слаженной работе учёных, хирургов и администрации крупной многопрофильной больницы эта технология была доработана и успешно внедрена, демонстрируя впечатляющие результаты. О её возможностях, доступности и преимуществах корреспонденту «МГ» Денису Глазкову рассказал заведующий операционным блоком Университетского клинического центра им. В.В.Виноградова РУДН, ассистент кафедры факультетской хирургии РУДН, кандидат медицинских наук Михаил КОСАЧЕНКО.

Основы технологии

– Михаил Владимирович, расскажите, как работает ICG?

– Пациенту вводят индоцианин зелёный (ICG) – отечественный препарат. Он флуоресцирует под действием инфракрасного излучения специального оборудования. Лазер «просвечивает» ткани, выделяя структуры ярко-зелёным цветом: сосуды, лимфоузлы, жёлчные протоки. Это как GPS для хирурга – мы видим то, что скрыто от обычного зрения.

– В чем её уникальность?

– Во-первых, безопасность: ICG быстро выводится через жёлчь и мочу, аллергия возможна только при непереносимости йода. Во-вторых, доступность. Раньше доза в 25 мг стоила 30 тыс. руб., но мы доказали, что достаточно 2,5-5 мг. Это снизило стоимость в 5-10 раз, сделав технологию массовой.

Применение на практике

– Где именно применяется ICG?

– Основное направление – операции при остром и хроническом калькулёзном холецистите. В нашем центре проведено более 253 таких вмешательств – это крупнейший опыт в РФ, СНГ и Азии. Но технология универсальна. Во-первых, онкология: визуализируем лимфоузлы и метастазы, которые не видны при стандартной лапароскопии. Это позволяет точно выполнить лимфодиссекцию и оценить объём резекции. Во-вторых, гинекология: иссекаем очаги эндометриоза, не затраги-



вая здоровые ткани. В-третьих, урология: маркируем мочеточники, простату, почки. В-четвёртых, сосудистая хирургия: контролируем кровоснабжение анастомозов. Если участок «темнеет» – это риск несостоятельности шва.

– Как дозировка влияет на результат?

– Раньше препарат вводили за 3-5 часов до операции. Мы доказали: даже интраоперационное введение (через 30-40 секунд) даёт достаточное свечение. Это сокращает время подготовки и упрощает работу.

– Были ли осложнения?

– За всё время использования ICG – ни одного! Для сравнения: мировая статистика – 1,5-5,2% осложнений при лапароскопии холецистэктомии. Технология помогает избежать ошибок: мы видим аномалии анатомии, дополнитель-

ные протоки, оцениваем кровоток в режиме реального времени.

– С какими сложностями столкнулись?

– Изначально – дорогое импортное оборудование и препарат. Но мы нашли решение. Совместно с российской компанией создали первую отечественную 4К-стойку с функцией ICG. Её цена в 2 раза ниже зарубежных аналогов, а качество изображения – на уровне мировых стандартов. Теперь у нас полный цикл – отечественные оборудование, препарат и методики.

– Насколько выгодно внедрение ICG?

– Себестоимость снизилась до 3-6 тыс. руб. на пациента. А лечение осложнений, например, повреждения жёлчных протоков, обходится государству в миллионы. На эти деньги можно оснастить ICG-стойками все клиники страны и предотвратить тысячи осложнений. Это не только экономия, но и спасение жизней.

Научная деятельность

– Какие исследования проводите ваш центр?

– Мы публикуемся в журналах «Хирургия», «Эндоскопия», выступаем на конференциях по всей России. Скоро выйдет статья о нашем исследовании дозировки ICG. Кроме того, мы участвовали в разработке 4К-стойки, о которой я рассказывал.

– Планируете ли обучать коллег?

– Уже сейчас проводим мастер-классы для студентов РУДН и хирургов из регионов. В ближайших планах – открытие обучающего центра на базе клиники. Хотим, чтобы каждый хирург в стране мог освоить ICG-технологии.

– Хирургия сегодня – это высокие технологии и физически тяжёлый труд. Что посоветуете молодым врачам?

– Сочетайте профессионализм с заботой о себе. Я, например, играю в баскетбол, хожу в бассейн. Без отдыха можно эмоционально выгореть, а наша задача – помогать как можно большему числу пациентов. И помните: хирург – это не просто человек со скальпелем. Это инженер, который управляет роботами, лазерами и навигационными системами.

– Спасибо за беседу. Дальнейших успехов в развитии отечественной медицины!

Особый случай

Нашли путь в лабиринте



«Стандартных протоколов этой операции не существует, всякий раз это искусство», – именно так охарактеризовал данную клиническую ситуацию нейрохирург Новосибирской областной клинической больницы, кандидат медицинских наук Шалиндер Аул. Вдвоём с заведующим отделением нейрохирургии Александром Бобылёвым они смогли филигранно прооперировать пациентку с большой опухолью, расположенной в средней черепной ямке – труднодоступной зоне головного мозга.

По данным МРТ-исследования, на момент обращения в областную больницу у пациентки было выявлено новообразование размером 5 см., которое уже передавило средний мозг и затрагивало внутреннюю сонную артерию, кавернозный синус, заднюю мозговую артерию. Самое же удивительное – на протяжении всего времени, пока опухоль росла, женщина не испытывала никаких симптомов, характерных для таких патологий. Единственное, что её беспокоило, – частая смена настроения и снижение памяти.

Сигналом опасности стал первый в жизни 52-летней жительницы Новосибирска эпилептический приступ. Именно после него она начала обследоваться и оказалась в поле зрения нейрохирургов.

В силу высоких рисков, которые создала объёмная опухоль для жизненно-важных отделов

мозга, операцию нельзя было откладывать надолго. В то же время предстоящее вмешательство требовало от хирургов тщательной подготовки.

– Опухоль, с которой мы имели дело, действительно феноменальная: она расположена в той области головного мозга, где к ней технически очень сложно подойти. Аналогичная проблема встаёт перед всеми нейрохирургами в мире в подобной ситуации. Нам пришлось заранее продумать весь «маршрут по лабиринту» и математически рассчитать каждое движение руки с инструментом, чтобы безопасно добраться до цели и ничего не повредить по пути, – рассказал Ш.Аул.

В итоге был выбран малотравматичный подход. Нейрохирурги зашли через небольшой разрез впереди уха и затем работали под контролем операционного микроскопа. В течение нескольких часов по миллиметру они продвигались к цели, затем аккуратно убирали новообразование, стараясь сохранить в целостности все сосуды и черепно-мозговые нервы. Им это удалось!

В настоящее время пациентка выписана из стационара и проходит курс реабилитации. Гистология показала, что новообразование было доброкачественным (менингиома), однако в силу своего размера представляла реальную опасность для жизни.

Елена СИБИРЦЕВА.

Новосибирск.

Ориентиры

Редкая патология в сердце

В кардиохирургическое отделение Областной клинической больницы (Омск) поступила женщина 64 лет, которой требовалась неотложная помощь. На протяжении месяца у омички отмечалась повышенная температура тела и прогрессивно снижающийся уровень гемоглобина. Медики провели ЭКГ, по результатам которой выявили опухолевидное образование в полости левого предсердия. Новообразование нарушало функцию митрального клапана и пролабировало в полость левого желудочка.

Специалисты знают, что наличие подобной внутрисердечной опухоли при разрастании может привести к внезапной сердечной смерти, к системным эмболиям (острый инфаркт миокарда, нарушение мозгового кровообращения) и тяжёлым жизнеугрожающим аритмиям.

Как сообщили в региональном минздраве, после проведения

необходимых исследований кардиохирурги провели иссечение данной опухоли. После остановки сердца и вскрытия полости левого предсердия было выявлено, что местом прикрепления новообразования являлось основание передней створки митрального клапана. Данная локализация описана в единичных зарубежных публикациях и составляет около 1,5% от всех опухолей сердца.

Площадка прикрепления иссечена частично вместе с частью створки митрального клапана, и в последующем выполнена пластика заплатой из аутоперикарда. По данным интраоперационного ЭКГ, функция клапана удовлетворительная, регургитация не определялась.

Операция прошла без осложнений. Пациентка выписана из стационара на амбулаторное лечение. Гистология опухоли подтвердила доброкачественный характер данного образования – миксома.

Татьяна БЕРЕЗОВСКАЯ.

Омск.



Гипотезы

Потеря вкуса — риск преждевременной смерти?

Потеря чувства вкуса обычно считается признаком старения. Но может ли это предсказать что-то ещё? Исследование, проведённое учёными из Китая и Швеции, продемонстрировало, что потеря вкуса во второй половине жизни, особенно способности ощущать соль и кислый привкус, может указывать на более высокий риск ранней смерти.

Специалисты во главе с Цзе Го из отдела питания и здоровья Китайского сельскохозяйственного университета проанализировали данные более 7 тыс. взрослых старше 40 лет из программы «Национальное обследование здоровья и питания США» (NHANES) и обнаружили, что у тех, кто теряет чувство вкуса, риск ранней смерти на 47% выше.

В программе NHANES собирались данные опросов американцев, включая детей, проведённых тремя волнами: 1999-2000, 2011-2012, 2013-2014 гг. В анкету включили вопросы о восприятии вкуса и запаха. Участники описывали свои субъективные ощущения, а также заполняли опросник для оценки восприятия.

В зависимости от ответов людей разделили на 3 группы. В первой оказались те, кто сохранил ощущение всех вкусов, во вторую

включили тех, у кого ухудшилось восприятие одного или двух видов, в третьей остались участники, утратившие способность распознавать 3 или 4 вкуса.

Специалисты обработали сведения о 7340 участников, отобрали записи о взрослых от 40 лет и старше и сопоставили их с реестром смертей (National Death Index).

За период исследования 662 человека сообщили, что к 40 годам утратили восприятие вкуса. Анализ показал, что субъективная оценка потери вкуса связана с повышенным на 47% риском смерти от всех причин. Эту корреляцию заметили у всех, у кого снизилось ощущение солёного и кислого.

У людей, которые не чувствовали вкуса соли, вероятность ранней смерти была на 65% выше, в то время как у участников, потерявших способность определять кислый привкус, риск был на 69% выше.

Сравнения между полами позволили выявить интересную закономерность: женщины, потерявшие способность ощущать горечь, имели более высокий риск ранней смерти, в то время как у мужчин повышенный риск смерти был связан с потерей способности ощущать кислый вкус.

Однако исследование не доказывает, что всё это напрямую при-

водит к ранней смерти. Учёные предполагают, что потеря вкуса может быть признаком основного состояния здоровья, что может помочь объяснить связь между потерей и более высоким риском смертности.

Перестать ощущать вкус можно по разным причинам, таким как побочные эффекты лекарств, лечение рака, вирусные инфекции, COVID-19, проблемы с зубами, курение или полипы носа. Во многих случаях проблема устраняется просто.

Однако один из рисков потери вкуса заключается в том, что люди могут начать добавлять в пищу больше сахара или соли, чтобы компенсировать это, что может нанести вред их здоровью, повышая риск развития диабета и кровяного давления. Поскольку чувство вкуса помогает людям определить, испорчена ли пища, те, кто его теряет, подвергаются повышенному риску пищевого отравления, так как не в состоянии идентифицировать испорченную пищу. Если потеря длится дольше, люди могут есть меньше, что приводит к похудению и дефициту питательных веществ. Также это может повлиять на настроение и психическое благополучие, потенциально вызывая стресс и депрессивное состояние.

Открытия, находки

Биогибридная рука

Учёные из Токийского университета и Университета Васэда в Японии разработали биогибридную руку, которая приводит в движение с помощью выращенной в лаборатории мышечной ткани человека.

Роборука имеет в длину 18 см., способна выполнять движения индивидуально каждым из пяти пальцев, а также может передвигать небольшие предметы и делать жест «ножницы». Исследователи использовали тонкие нити выращенной в лабораторных условиях мышечной ткани, свёрнутые в пучки, чтобы придать пальцам достаточную силу для сокращения.

Эти множественные «приводы» из мышечной ткани MuMuTA (Multiple Muscle Tissue Actuator), созданные исследователями, являются важным шагом на пути к созданию более крупных биогибридных конечностей. Несмотря на то, что в настоящее время MuMuTAs ограничены лабораторными условиями, они обладают потенциалом для продвижения будущего биогибридного протезирования, облегчения тестирования лекарств на мышечной ткани и расширения возможностей биогибридной робототехники для имитации реальных форм жизни.

Рука изготовлена из пластика и напечатана на 3D-принтере. До сих пор биогибридные устройства, как правило, имели гораздо меньший масштаб (около 1 сантиметра в длину) или ограничивались более простыми движениями, например, в одном суставе. У биогибридной руки имеются многосуставные пальцы, которыми можно двигать по отдельности для совершения жестов или в комбинации для манипулирования объектами. Толстую мышечную ткань, не-

обходимую для движения больших конечностей, трудно вырастить в лаборатории, поскольку она подвержена некрозу. Это происходит, когда к центру мышцы поступает недостаточно питательных веществ, что приводит к потере ткани. Однако, используя множество тонких мышечных тканей, соединённых вместе, чтобы действовать как одна большая мышца, команда учёных смогла создать сухожилия достаточной прочности.

«Нашим ключевым достижением стала разработка MuMuTA. Это тонкие нити мышечной ткани, выращенные в питательной среде, а затем свёрнутые в жгут наподобие суши-ролла, чтобы сформировать каждое сухожилие», — объясняет профессор Токийского университета Седзи Такеучи. Мышцы для MuMuTA искусственно вырастили из миобластов, клеток-предшественников мышечных волокон, человеческой скелетной мышечной ткани.

Она формируется из нескольких расположенных в ряд мышечных полосок, концы которых закрепляют на 3D-печатных держателях. В процессе выращивания эти держатели остаются плоскими, а при окончательной сборке их скручивают в рулон. Такая конструкция обеспечивает высокую плотность при сохранении компактных размеров. Создание MuMuTA позволило учёным преодолеть большую проблему, которая заключалась в обеспечении достаточной силы сокращения и длины мышц для управления крупной структурой руки.

Стимулирование происходит с помощью электрических токов, передаваемых по водонепроницаемым кабелям. Поочерёдное сгибание пальцев в разной последовательности позволило ими-

тировать различные жесты. Кроме этого, исследователи продемонстрировали способность руки к простейшим манипуляциям — так, с помощью сжатия пальцев удалось переместить наконечник для пипетки.

Интересно, что после 10 минут электрической стимуляции сократительная сила тканей уменьшилась и появились признаки усталости, но биорука восстановилась всего за 1 час отдыха.

В настоящее время рука помещена в специальную жидкость, чтобы «приводы», которые соединяют мышцы с рукой, могли функционировать без трения, позволяя пальцам двигаться плавно. Однако биоинженеры считают, что при дальнейшем развитии можно будет создать руку, способную свободно двигаться. Также учёные планируют улучшить конструкцию. Она сможет выполнять не только сгибательные, но и разгибательные движения.

«Основная цель биогибридной робототехники — имитировать биологические системы, что требует увеличения их размеров. Наша разработка MuMuTA является важной вехой в достижении этой цели», — говорит Такеучи.

Область биогибридной робототехники всё ещё находится в зачаточном состоянии, и предстоит преодолеть множество фундаментальных проблем. Но учёный уверен, что эти препятствия будут устранены и данная технология может быть использована в передовом протезировании, а также послужит инструментом для понимания того, как мышечные ткани функционируют в биологических системах, для тестирования хирургических процедур или лекарств.

Исследования

Микроорганизмы защитят от последствий

Около 60% онкологических больных проходят лучевую терапию, побочные эффекты которой часто оказываются слишком тяжёлыми для пациентов. Вдохновившись микроскопическими организмами — тихоходками, способными выдерживать огромные дозы радиации, учёные из Массачусетского технологического института, Бригамской женской больницы и Университета Айовы разработали новый подход, который может защитить пациентов от повреждений, вызванных облучением.

Радиация применяется при лечении многих опухолей, но она часто вызывает серьёзные побочные эффекты, такие как повреждение тканей, язвы и кровотечения. Это может привести к прерыванию процедур или ухудшению качества жизни.

«Существует неудовлетворённая потребность в том, чтобы помочь пациентам снизить риск повреждения прилегающих тканей», — говорит гастроэнтеролог из Бригамской женской больницы Джованни Траверсо.

В настоящее время есть очень мало способов предотвратить радиационные повреждения у онкологических больных.

В течение нескольких лет Траверсо и Бирн работали над разработкой новых способов предотвращения радиационных повреждений. В данном исследовании они вдохновились необычайной способностью к выживанию у тихоходок. Эти организмы, обитающие по всему миру, обычно в водной среде, хорошо известны своей устойчивостью к экстремальным условиям. Учёные даже отправили их в космос, где было доказано, что они способны выживать при сильном обезвоживании и космической радиации.

Одним из ключевых компонентов защитных систем тихоходок является уникальный белок-супрессор повреждений под названием Dsup, который связывается с ДНК и помогает защитить её от повреждений, вызванных радиацией. Этот белок играет важную роль в способности тихоходок переносить дозы облучения, в 2-3 тыс. раз превышающие те, которые может вынести человек.

Разрабатывая идеи для новых способов защиты онкологических

больных от радиации, исследователи задались вопросом, можно ли доставить матричную РНК, кодирующую Dsup, в ткани пациента перед лучевой терапией. Эта мРНК заставила бы клетки временно экспрессировать белок, защищая ДНК во время лечения. Через несколько часов мРНК и белок исчезают.

Для доставки РНК в ткани исследователи использовали полимерно-липидные наночастицы, которые показали высокую эффективность в лабораторных испытаниях. В эксперименте на мышах введение частиц в ткани перед облучением снизило количество повреждений ДНК на 50%.

«Одно из преимуществ нашего подхода заключается в том, что мы используем матричную РНК, которая временно экспрессирует белок, поэтому она считается гораздо более безопасной, чем что-то вроде ДНК, которая может встраиваться в геном клеток», — говорят учёные.

После того как исследователи показали, что эти частицы могут успешно доставлять мРНК в клетки, выращенные в лаборатории, они проверили, может ли этот подход эффективно защищать ткани от радиации на мышиной модели.

Они вводили частицы в щёку или прямую кишку за несколько часов до облучения, аналогичного тому, которое получают пациенты с раком. У этих мышей исследователи наблюдали 50%-е снижение количества двухцепочечных разрывов ДНК, вызванных облучением.

Исследователи также показали, что защитный эффект белка Dsup не распространяется за пределы места инъекции, что важно, поскольку они не хотят защищать саму опухоль от воздействия радиации. Чтобы сделать это лечение более эффективным для потенциального применения на людях, исследователи планируют разработать версию Dsup, которая не будет вызывать иммунный ответ, как это, вероятно, происходит с оригинальным типом.

Если этот белок будет разработан для применения на людях, его также можно будет использовать для защиты от повреждений ДНК, вызванных химиотерапевтическими препаратами, говорят исследователи. Ещё одним возможным применением может быть предотвращение радиационных повреждений у космонавтов.

Осторожно!

Одна из крупнейших вспышек кори в США

Число случаев вспышки кори в США приближается к 100, она распространяется на более густонаселённые районы, поражая преимущественно детей и подростков.

Впервые обнаруженный в конце января, когда двое школьников были госпитализированы с этим заболеванием в округе Гейнс, штат Техас, вирус с тех пор пересёк границы штатов Нью-Мексико и Джорджия.

В Техасе подтверждено 90 случаев кори, среди них 77 — дети, в Нью-Мексико вирус зарегистрирован в округе Ли. По данным местного департамента здравоохранения, там заболели 9 человек, включая четырех детей. Более чем в 80% случаев заболевают лица моложе 19 лет, что привело к закрытию нескольких частных школ.

Министерство здравоохранения Техаса сообщило по меньшей мере о 16 госпитализациях в ходе

вспышки по состоянию на 21 февраля. В некоторых случаях корь может вызвать серьёзные инфекции в лёгких и головном мозге, которые могут привести к когнитивным нарушениям, глухоте или смерти.

Власти развернули дополнительные пункты вакцинации и тестирования. Бесплатные прививки доступны в городе Семинол (округ Гейнс, Техас) и округе Ли (Нью-Мексико), также открыты дополнительные пункты тестирования.

При этом число отказов от прививок в регионе растёт. В Техасе закон позволяет не вакцинировать ребёнка по «убеждениям», и в округе Гейнс этим правом воспользовались 13% учеников.

В США корь официально считалась ликвидированной, но из-за снижения уровня вакцинации случаи заболевания фиксируются всё чаще.

Марина КЫН.

По материалам: CBS News.

Гениальному поэту посвящена масса исследований. И, тем не менее, удалось найти архивные материалы, не подвергавшиеся анализу специалистов. Речь идёт о лекарственных препаратах, покупавшихся семьёй поэта в последние годы его жизни (с октября 1834 по январь 1837 г.). Источником сведений оказались «Материалы Опеки» (под редакцией А.Попова), опубликованные в 1939 г.

Аптечное дополнение к биографии

В материалах оказались выписки из заборных книжек двух знаменитых петербургских аптек, лекарства в которых приобретались семьёй. Первая – Пантелеимоновская, принадлежавшая Леопольду Брунсу и располагавшаяся на Моховой улице, 35 (в центре Санкт-Петербурга). С момента переезда на последнюю квартиру (Мойка, 12) Пушкины пользовались аптекой Христиана Типмера (Невский проспект, 73-75, угол Большой Морской улицы). Следует отметить, что наибольшее количество рецептов выписывалось постоянным лечащим врачом семьи – И.Спасским, известным столичным доктором (к 1840-м гг. – статским советником, кавалером императорских орденов).

Имена членов семьи Александра Сергеевича иногда встречаются в рецептах («трава Александры Николаевны», «микстура для детей», «микстура и чай для Авдотьи», «слабительные г. Гончаровой», «трава Гришенёнке», «микстура Матрене», «травы, наружн., Ал. Гончаровой» и др.

Попытаемся сгруппировать прописи, а их великое множество, так как семья прибегала к услугам аптек 12-15 раз в месяц. Обращает на себя внимание преобладание растительных средств. Готовились они в виде как внутренних препаратов: водных настоев, микстур, спиртовых настоек, чаёв, сиропов, капель, так и наружных: порошков, мазей, масел, пластырей, присыпок. Гомеопатический препарат встретился лишь однажды: 10 болюсов с порошком Шталя (одно из самых дорогих лекарств – 3 руб. за упаковку).

К группе вод относятся: розовая (водный настой) лепестков роз, анисовая, горькая (минеральная), из источников Северного Кавказа), укропная (средство при метеоризме).

Былое

Чем лечилась семья А.Пушкина?



Последние минуты великого поэта (автор Л.Танклевский)

Часты травяные сборы (чай): из александрийского и смородинового листа, мяты, ревеня, цветов ромашки, липового цвета, бузины. Иногда они отпускались с пометкой «трава» (предполагалось, что ввиду частоты назначения пациентам был известен способ применения). Рецепт составлялся в аптеке, а к упаковке прилагалась сигнатура – с составом препарата и инструкцией по применению.

Популярной была группа капель. Помимо глазных и ушных, мы видим знаменитые Гофманские и Бестужевские. Капли профессора Ф. Гофмана, врача прусских королей, состояли из 1-2 частей серного эфира и 3 частей 70-процентного этилового спирта, применялись при головокружениях, обмороках, болях в желудке, тошноте, «нервных лихорадках». Автором Бестужевских («мятных») капель является канцлер императрицы Елизаветы Петровны граф А.Бестужев, хобби которого была химия. По действию они напоминали современный корвалол, обладали «тонику-нервическим» и антианемическим действием.

К группе спиртов относятся лавандовый (применявшийся с дезинфицирующими целями), мыльный (на основе зелёного калийного мыла) – для обмывания кожи, часто с добавлением рафинированного подсолнечного масла; камфарный

(с противовоспалительным и согревающим эффектом), а также киндербальзам, использовавшийся при простудах у детей и взрослых как успокаивающее и обезболивующее.

К группе питательных веществ можно отнести аррорут (крахмал), назначавшийся детям, ячменный кофе (для улучшения кровотока и деятельности желудочно-кишечного тракта), желудочный кофе (напиток, использовавшийся как тонизирующее средство, но не содержащий кофеина).

В группу мазей входили: летучая (смесь подсолнечного масла и нашатырного спирта в пропорции 3:1, как раздражающее, согревающее средство при мышечных и суставных болях); бобковая (получавшаяся из плодов лавра благородного) – популярное обезболивующее средство при болезнях суставов.

В группу масел входили применяющиеся до сих пор касторовое (слабительное) и экзотические ныне масло какао, льняное. Современный валидол приобретался в виде мятных лепёшек (капель мятного масла на кусочках сахара).

По частоте встречаемости на первом месте – микстуры, назначавшиеся как детям (сладкие, мягко действующие), так и взрослым (горького вкуса, концентрированные). Если стоимость

первых составляла 1,3-1,5 руб., то вторых – 1,7-3,1 руб. Сигнатура (краткая копия рецепта) оставалась на флаконе.

В аптеках клиентам предлагались и другие товары, в первую очередь косметические. Женщинами из семьи А.Пушкина широко использовалось венецианское мыло (импортировавшееся из Италии, цена – 2 руб. за 1 кусок), губная помада, пудра, лосьоны, одеколоны. Пушкины приобретали курительный порошок – вещество, предназначавшееся для очистки воздуха жилых помещений. Обычно его высыпали на какие-либо раскалённые предметы (плиту, камин, горячие угли) – и ароматы лаванды, гвоздики, бергамота, фиалки наполняли комнаты.

Популярностью (приобретались практически ежемесячно) пользовались: киндербальзам, аррорут (крахмал, применяющийся как питательное и слизеобразующее средство), слабительные средства (минеральная (горькая) вода, ревеня, магнезия, касторовое масло), микстуры, препараты камфары и скипидара.

Последние заказы

К дням предсмертной болезни Александра Сергеевича относятся впервые появившаяся в перечне лекарственных средств катаплазма (или припарка). Что касается упоминаемых мемуаристами медицинских пиявок, перевязочных средств и препаратов опия – они отсутствуют в списках. Видимо, их приносили с собой лечащие поэта врачи.

Стоит уделить внимание трём позициям из заборной книжки Х.Типмера от 30 января – следующего за днём смерти поэта. В этот день в аптеке получили лосьон для обмывания кожи на огромную по тем временам сумму 12 руб. 50 коп. (цена обычной порции – до 1 рубля), а также – хлорную известь на сумму 5 руб. 30 коп. (относившуюся к числу дешёвых препаратов, а потому, видимо, приобретённую в большом количестве) и французский одеколон (1 флакон).

Применение этих позиций указывает на обмывание и дезодориро-

вание тела после вскрытия, а также дезинфицирующую обработку помещений (тело исследовалось в одной из комнат). Последняя дата заказа в аптеке Х.Типмера – 9 февраля 1837 г. Затем Н.Пушкина с семьёй покинула квартиру на Мойке, 12.

Кто платил?

Анализ количества обращений в аптеки и суммы за лекарства выявил чёткую сезонность: рост в декабре-феврале за счёт средств от простуды, обезболивающих, полосканий и растираний (липовый цвет, скипидар, пластырь, камфарная мазь); рост в июне-августе за счёт средств (льняное семя, ромашка, смородиновый лист, мята) от заболеваний желудка и кишечника (возможно, из-за отравлений скоропортящимися продуктами).

Отмечен рост покупки средств для ухода за кожей (пудры, духи, помады, лосьоны, мази) в декабре-феврале. Он возможен как следствие дефицита в Петербурге в эти месяцы достаточной инсоляции (ультрафиолета), так и вследствие увеличения «выходов в свет» (приёмы, балы).

Анализ заборных книжек показал особенность, характерную для многих дворянских семей. Лекарства приобретались обычно в долг (который у Пушкиных последние годы не исчезал никогда). Ежемесячные затраты на товары составляли в среднем 20-25 рублей, что свидетельствует о дороговизне лекарств. Наибольшие затраты – в январе – первой неделе февраля 1837 г. (период предсмертного ранения, смерти и похорон А.Пушкина) – 92 руб. Задолженность, достигавшая сумм в 150-180 руб., погашалась нечастыми платежами в 20-50 руб. К моменту смерти поэта долги Л.Брунсу достигли 180 руб., Х.Типмеру – 43 руб. Выплачены в мае 1837 г. «Опекой, учреждённой над именем г. Пушкина». Таковы реалии аптечного аспекта жизни семьи А.С. Пушкина.

Юрий МОЛИН,
заслуженный врач России,
профессор.

Далёкое-близкое

Первое описание сыпного тифа («госпитальной горячки» и «нервной поспальной горячки») в России было сделано в 1811-1812 гг. военными врачами Яковом Щириновским и Яковом Говоровым. Наблюдательность авторов позволила им обнаружить и описать симптомы, которые потом нередко «открывались» другими.

С.Боткин выделял в 1864 г. «самостоятельные патологические формы: сыпной, возвратный, брюшной и чумной тифы». Он признавал «заразительность» этих болезней, указывая, однако, что не знает, «как происходит заражение в сыпном типе, возвратной горячке и многих других. В пользу гипотезы о заражении говорит способ проявления и распространения болезни».

Важным моментом было открытие в 1868 г. О.Обермейером в крови больного спирохеты – возбудителя возвратного тифа. Дальнейшим шагом в познании эпидемиологии было изучение заразительности крови больных. Но так как экспериментальные модели паразитарных тифов на животных ещё не были открыты, то единственным способом решить этот вопрос мог быть опыт самозаражения. Эти героические исследования были проделаны в 1874-1876 гг. русскими учёными Г.Минхом и О.Мочутковским.

Два героя на букву «М»

Опыты самозаражения тифом Григория Минха и Осипа Мочутковского

Выдающийся патолог, широко известный своими трудами по изучению возвратного тифа, чумы и проказы Г.Минх (1835-1896) – представитель одной из наиболее известных врачебных династий России. После окончания Московского университета был зачислен сверхштатным ординатором к Г.Захарьину, потом стажировался за границей, в течение 2 лет специально занимался патологической анатомией в лучших лабораториях – у Вирхова и Ферстера (1863-1865). Работал прозектором одной из московских больниц, в 1870 г. успешно защитил диссертацию. В 1873 г. Г.Минх приезжает в Одессу на должность прозектора городской больницы. Организованная им прозектура долгое время была примером для многих городских больниц. Его интересы в области патологической анатомии были очень широки. Только за период с 11 октября 1873 г. по 9 мая 1874 г. (все даты приводятся по старому стилю) на заседаниях совета врачей Одесской городской больницы он сделал 18 докладов

и демонстраций. «Южно-русская медицинская газета» (№ 51, 1896) писала: «Его доклады, блестящие эцикризы и разъяснения запутанных случаев клиники оживляли научные заседания больницы, и прозекторский кабинет стал центром больничных врачей».

Именно в Одессе у Г.Минха возникает интерес к очень молодой ещё области знаний – бактериологии. Когда в 1873 г. там появилась большая эпидемия возвратного тифа, он неоднократно вскрывает трупы умерших от этой болезни и постепенно от патологической анатомии приходит к изучению его этиологии, патогенеза и эпидемиологии. Исследуя кровь больных возвратным тифом во время приступов болезни, Г.Минх обнаружил спирохету. Однако этиологическая роль этого микроорганизма вызвала сомнение и для того, чтобы окончательно выяснить этот вопрос, он предпринял героический опыт самозаражения.

25 апреля 1874 г., нанеся себе глубокую царапину в области предплечья, он привил себе кровь

больного возвратным тифом, содержащую спирохеты Обермейера и неделю спустя заболел, тем самым доказав прививаемость крови пациента. Основываясь на проделанном опыте, Г.Минх высказал гипотезу о роли кровососущих насекомых в передаче паразитарных тифов.

Аналогичные опыты, но уже с кровью сыпнотифозного больного, проделал в 1876 г. его друг и ученик ординатор Одесской городской больницы О.Мочутковский. Он чуть не умер, заработал миокардит, мигрень и ослабление памяти.

В 1870 г. в связи с эпидемией «тифозной горячки» О.Мочутковский переводят для работы в заразные бараки, на базе которых он организует инфекционное отделение. Результаты 3-летних наблюдений за больными паразитарными тифами он оформил в виде диссертации «Материалы для патологии и терапии возвратного тифа», успешно защищённой в 1877 г. на заседании Совета медицинского факультета Университета Св. Владимира. В 1887 г. О.Мочутковский

организует в Одесской городской больнице отделение нервных болезней и с этих пор целиком посвящает себя неврологии. Им предложен оригинальный метод лечения спинной сухотки (с помощью подвешивания).

В 1893 г. Мочутковский переезжает в С.-Петербург на должность консультанта по нервным болезням в Еленинском институте для усовершенствования врачей. Через 2 года он избирается там заведующим кафедрой нервных болезней. Его преждевременная смерть от миокардита была следствием самозаражения тифом четверть века назад.

Мочутковским и Минхом был доказан кардинальный с точки зрения эпидемиологии факт присутствия заразного начала в крови больных, что и подготовило почву для решения вопроса о механизме заражения тифозной инфекцией с помощью вшей.

Игорь НУШТАЕВ,
профессор.

На литературный конкурс

Анатолий ИВАНОВ

Не по зубам



Фёдор завершал утреннюю зарядку, когда позвонили из стоматологической клиники, поздравили с наступающим днём рождения и предложили в качестве подарка бесплатно удалить 1 зуб. Мужчина поблагодарил и обещал подумать. Он подошёл к зеркалу, широко открыл рот и пересчитал зубы – получалось, что если каждый день рождения удалять по одному зубу, то зубов хватит на 27 лет. Перспектива прогрессирующей беззубости совершенно не устраивала Фёдора – мужчину цветущего 35-летнего возраста. Однако с коренным зубом на нижней челюсти, который беспокоит во время еды и ноет после, надо что-то делать. Почему бы не воспользоваться заманчивым предложением. Фёдор позвонил в регистратуру стоматологической клиники и записался на приём.

За прошедший год, после последнего посещения, клиника преобразилась: проведён современный ремонт, персонал переоделся в красивую голубую форму – всё радовало глаз. Фёдор даже подумал, что зря не надел новый свитер. Но, когда медсестра пригласила его в кабинет и он увидел врача, мужчина понял, что надо было облачиться в костюм. Красавица, очень похожая на принцессу из его любимого фильма, поздоровалась, представилась Татьяной Васильевной, приветливо улыбнулась и предложила устраиваться удобнее в кресле, назвав его Фёдором Сергеевичем.

– Можно просто «Федя», – смущённо сказал он.

Татьяна Васильевна выслушала жалобы, провела осмотр полости рта и занялась проблемным зубом. Затем вынесла вердикт:

– Так, Фёдор Сергеевич, зуб ваш подлежит лечению, он вам ещё долго послужит, удалить его было бы для меня нарушением врачебной деонтологии. А в связи с вашим днём рождения мы делаем скидку.

– Не надо скидки, лечите за полную стоимость, я вам доверяю! – воскликнул Фёдор.

Лечение прошло за 2 посещения. Собираясь на второй приём, Фёдор тщательно побрился и почистил индивидуально каждый из своих 27 зубов. Он пришёл в новом костюме и принёс 2 шоколадки: большую – врачу, маленькую – медсестре. Хотя зуб продолжал ныть, Фёдор, поднявшись с кресла, рассыпался в комплиментах Татьяне Васильевне

и заявил, что будто заново родился с новой нижней челюстью. Врач проводила пациента до кассы, пожелала всех благ, а главное – выполнять рекомендации по уходу за зубами и своевременно посещать стоматолога.

По дороге домой Фёдор продолжал осмысливать свой визит к стоматологу. Какая заботливая женщина, и это при сказочной красоте! Не сравнить с Клавкой – правильно сделал, что развёлся. Её с натяжкой можно назвать «симпатяшкой», а претензий, будто королева. Уже 2 года прошло, а никаких сожалений, что разбежались. Тёщу чаще вспоминаю – душевная тётка, а какие настойки делала, какие пироги! Правда, с медовым месяцем подвела: отправила погостить к деду на пасеку. Вернулись уже через 2 дня, искуанные, опухшие, как алкаши. Ещё тогда подумал – плохая примета для перспективы брака.

Придя домой, Фёдор включил телевизор и попытался сосредоточиться на новостях спорта. Но мысли и чувства остались в стоматологическом кабинете. Что может противопоставить такой женщине

простой инженер со скромной, по сравнению со стоматологами, зарплатой; когда-то занимался спортом – кандидат в мастера, но это в прошлом, а сейчас пару раз в неделю посещает спортивный комплекс «Олимп». Своё скромное жильё, вторично холост. Вот и все достижения.

Фёдор достал из холодильника банку шпрот и свой любимый коньяк «Бахчисарай». После второй рюмки немного успокоился. Всё не так уж плохо. Он молод, здоров, обожает природу, особенно рыбалку и сбор грибов. Сегодня 1 марта – календарная весна. И тут Фёдору пришла мысль – надо бы поздравить Татьяну Васильевну накануне 8 Марта: цветы, конфеты, стихи. Жаль, с последним у него были проблемы. Помнит, жена попросила написать что-нибудь поэтическое тётке к 50-летию. При всём уважении к ней, получение очень серёфное произведение; хорошо, что читал, когда гости уже выпили. Рифмы заурядные: варенье – соленья, стойко – настойка, доброта – простота. А в конце такой шедевр: «Юбилей,

юбилей! Пополнее нам налей, потому что юбилей!» Фёдор посмеялся, вспомнив свой поэтический дебют, принял ещё рюмку коньяка и вдруг почувствовал прилив творческих сил. Прав был Хемингуэй, советуя писать подшофе, а редактировать трезвым. Фёдор достаточно быстро родил 3 четверостишия, особенно был горд третьим, похожим на настоящую поэзию:

Принцесса с именем Татьяна / намедни зуб лечила мне / и так орудовала рьяно, / что мне понравилась вдвойне. Теперь мой разум неспокоен, / виною – красота твоя. / И почему-то нежно ноет / вся челюсть нижняя моя. / А здешний март как будто спьяну / несёт какой-то снежный вздор. / Не верьте вы ему, Татьяна. / Анкор, Весна, ещё анкор!

В цветочном магазине Фёдор долго выбирал цветы, в конце концов остановился на голубых – под цвет глаз Татьяны Васильевны. Название было такое сложное, что, если бы даже Фёдору напоминали каждый час, он всё равно бы его забыл. Конфеты выбрал сразу – понравилось загадочное на-

именование «Комильфо», которое, как подсказала продавец, означает «хороший тон и манеры».

Он уже подходил к стоматологической клинике, когда на парковку подъехала роскошная иномарка, из которой вышел элегантный мужчина с огромным букетом красных роз и быстро проследовал в клинику. Фёдор почему-то почувствовал неприязнь к этому щёголю на шикарном автомобиле, его охватило чувство тревоги, в животе появился неприятный холодок. Такое состояние он испытывал в жизни дважды: первый раз – на защите дипломной работы в вузе, когда стали задавать каверзные вопросы, а второй – когда Екатерина объявила, что они с мамой ошиблись, создав с ним семью. Фёдор вошёл в фойе клиники и сразу узрел картину поздравления его принцессы другим принцем. Татьяна Васильевна, красивая и счастливая, держала в руках букет роз и что-то говорила тому самому щёголю, который приехал на иномарке и сейчас, довольный собою, выслушивал слова благодарности. Фёдору сделалось душно, он поспешил выйти на воздух, глубоко вздохнул и печально посмотрел на свой букетик, который показался ему серым и увядающим. Фёдор побрёл домой. «Завтра у нас праздничный вечер в отделе – цветы и конфеты подарю технологю Маргарите... или Светке из бухгалтерии, пусть удивляется. Кстати, последнее четверостишие ей подойдёт: Татьяну замену на Светлану – рифмуется вполне», – размышлял он.

Фёдор прибавил шаг. В памяти вновь возник образ сияющей от счастья Татьяны Васильевны с огромным букетом роз в руках. «Но почему ж так грустно ноет вся челюсть нижняя моя? – спросил самого себя он и ответил: – Потому что яство не по зубам».


ОБ АВТОРЕ. А.Иванов окончил с отличием Омский ГМИ в 1970 г. Преподавал в Омском ГМИ, Первом Санкт-Петербургском ГМУ им. И.П.Павлова. Доцент кафедры организации здравоохранения и медицинского маркетинга Санкт-Петербургского института стоматологии последипломного образования. Призёр литконкурса им. М.А.Булгакова 1999 и 2000 гг.

Иллюстрация создана при помощи ИИ.

Офл-ксайн	Уффици	Верстка	СКАНВОРД										Ковер, дзюдо	Наполнение мешка						
			Францу-женка	Строит. машина	Горин, пьеса	Родст-венник ракши	Кольцо, ремень							Амазон-ский дель-фин	...- сигнал	Ограж-дение моста	Трава, краси-тель			
	Голуб-цы, Кавказ	Бекас				Нем. психолог	"Пьеро и Ар-лекин"	Состав сотрудников	Лидо-каин			Пиано				Яхонт	Подраз-деление завода			
			Банк. изве-щение	...- капитан	Спле-тенные волосы			Гос. учреж-дение						Лопасть паро-ходного колеса						
	Уста-новлен-ная мера	Часть лест-ницы			Фаянс	Амер. драматург				Бабочка	Все-ленная				Делон					
			Свя-щенник	Топливо			Спирт. напиток	Непони-мание смысла слов						Айтма-тов, роман						
	Актриса ... Кмит	Кузов авто-мобиля			Модник					Суп										
Изгиб позво-ночника				Лоджия			...- свищи													
Автор Валерий Шаршуков	Обнару-живание				"Аида", перс.															
												В Л О М О Т А								
												Е Е А О Н	К О А Л А Ч Т О Ш							
												П Л А Н	Л И С Т О К О Ю П И С К К Л О П							
												А С К О Б А	С А М Б О Н А С Т И Л Р А П А							
												К	У Ф А Г У Р Т В А Т А Ш О К М И Л А							
												Б Е Г	П А Н Д У С О В Е С Р							
												С Е К А Н С	Т И Р С С О В А							
												М	С Т А Р И К Т Е Т Р О Д							

Ответы на сканворд, опубликованный в № 5 от 05.02.2025.

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.

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

Главный редактор А.ПАПЫРИН. Справки по тел.: 8 (495) 608-86-95. Рекламная служба: 8 (495) 608-85-44. Отдел изданий и распространения: 8-916-271-08-13. Адрес редакции, издателя: 129110, Москва, ул. Гиляровского, 68, стр. 1. E-mail: mggazeta@mgzt.ru (редакция); rekmedic@mgzt.ru (рекламная служба); inform@mgzt.ru (отдел информации); mg.podpiska@mail.ru (отдел изданий и распространения); medgazeta72@mail.ru (электронная подписка); www.mgzt.ru

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

Отпечатано в ОАО «Московская газетная типография». Адрес: 123022, Москва, ул. 1905 года, д. 7, стр. 1. Заказ № 0640. Тираж 11 015 экз. Распространяется по подписке в Российской Федерации и зарубежных странах.

