

Медицинская

5 мая 2023 г.
пятница
№ 17 (8086)

Газета®



ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ВРАЧЕБНОЕ ИЗДАНИЕ

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

www.mgzt.ru

Переписать какое-то количество бюрократических бумаг, в которых нужно заменить слово «услуга» на слово «помощь», не такой уж непосильный труд.

Стр. 4-5

Наркологам Забайкальского края работы хватает.

Стр. 6

Проверить свои навыки и получить новые знания даёт возможность деловая игра для главных врачей.

Стр. 7

События

Партнёрство в эпоху потрясений

Минздрав России и Профсоюз работников здравоохранения РФ заключили отраслевое соглашение



Подписание документа состоялось в рамках расширенного заседания коллегии Минздрава. Договор на 2023-2025 гг. заключили министр здравоохранения РФ Михаил Мурашко и председатель профсоюза Анатолий Домников. В нём предусмотрен целый ряд норм по улучшению социально-экономического положения работников здравоохранения. Среди них – повышенные доплаты, например, до 100% за работу в ночное время, увеличение оплачиваемого отпуска за вредные условия труда и многое другое.

«Отраслевое соглашение играет ключевую роль в системе социального партнёрства. Многие правила Трудового кодекса России могут быть применены только посредством соглашения, так как законодательство предоставляет лишь базовые гарантии и компенсации для работников, – пояснил корреспонденту «МГ» А. Домников. – Остались и нерешённые вопросы. Среди них: индексация компенсационных выплат для оплаты жилищно-коммунальных услуг на селе, определение

Во время подписания документа

источника финансирования для проведения медицинских осмотров студентов, установление единых подходов в управлении охраной труда. Нет единого мнения по такому важному направлению, как совершенствование организационных вопросов, касающихся повышения квалификации. Например, когда речь идёт о непрерывном медицинском образовании. Кроме того, важно устранить несправедливость по отношению к системе специальной оценки условий труда немедицинского персонала. Здесь также не должно быть дискриминации, так как коллеги обеспечивают работу клиницистов, среднего и младшего медицинского персонала. Поэтому обязательно продолжим сближение наших позиций с Минздравом России.

В 2022 г. Профсоюз и Минздрав России активно сотрудничали в рамках социального партнёрства, особенно в вопросах оплаты труда. Совместная работа была инициирована, в том числе по причине приостановки до 2025 г. пилотного проекта по новой системе. При этом необходимость принятия неотложных мер по совершенствованию систем оплаты труда в регионах

никуда не исчезла. И сегодня она сохраняет свою актуальность.

Точками роста могут стать совместные выезды специалистов Минздрава России и профсоюза на места. Это продемонстрировали прошедшие зональные совещания. Совместное изучение состояния дел помогло устранить более 60 тыс. нарушений и выплатить работникам свыше 40 млн руб. Конструктивное социальное партнёрство чётко просматривается и в новых субъектах РФ. Отраслевые профсоюзы Луганской и Донецкой народных республик уже включены в реестр Профсоюзной организации работников здравоохранения. Предстоит дальнейшая работа по интеграции.

М. Мурашко отметил, что взаимодействие с профсоюзом для регионов и медицинских организаций является важным направлением, которому необходимо уделять особое внимание. А действие соглашения распространяется на всех работников и работодателей учреждений, которые находятся в ведении Минздрава России.

Алексей ПИМШИН.

Проблемы и решения

ЭКМО спасает жизни

По итогам рабочего совещания с участием представителей федеральных органов исполнительной власти по теме «Применение экстракорпоральной мембранной оксигенации (ЭКМО) в России» эксперты тематической площадки Народного фронта «Здравоохранение» выработали ряд предложений по созданию целостной структуры оказания помощи с применением этой технологии в стране.

ЭКМО спасает жизни пациентов в случаях, когда другие методы лечения не работают. «Если перед тобой погибает больной и только благодаря ЭКМО можно оказать ему конкретную помощь, то эта технология крайне важна», – подчеркнул сопредседатель центрального штаба Народного фронта доктор Леонид Рошаль.

При этом ЭКМО – дорогостоящий и сложный метод, он эффективен только в тех центрах, где количество случаев применения составляет не менее 20 в год. Однако полной статистики по ЭКМО в России нет. С расходными материалами иностранного производства также сложная ситуация, поскольку сроки поставок варьируются от 24 до 30 недель при размещении заказов на заводах производителей.

Необходимо совершенствование нормативно-правовой базы, в том числе внесение изменений в регулирующие приказы Минздрава в части включения центров ЭКМО-терапии. Также важно в кратчайшие сроки утвердить критерии применения ЭКМО и реестр, разрабатываемый Российским общес-

твом экстракорпоральной мембранной оксигенации (РОСЭКМО). Одним из вариантов решения проблемы планирования организации центров ЭКМО и координации их деятельности должно стать согласование с территориями вопросов, где, в каком объёме и как они будут организованы, как будут функционировать и взаимодействовать.

Народный фронт, который не впервые поднимает эту проблему, рекомендовал Правительству РФ усилить оперативный контроль за организацией оказания ЭКМО и межведомственным взаимодействием при его оказании. Также эксперты разработали ряд дополнительных рекомендаций для Минздрава.

«Основная проблема в том, что у нас в стране не выстроена структура, кто и за что отвечает по ЭКМО. И мы должны решить эту проблему не только на сегодня, но и на будущее в условиях эмбарго», – подчеркнул Л. Рошаль.

Он предложил поручить возглавить внедрение этой методики в России Даниилу Шелухину – главному анестезиологу-реаниматологу МЧС России, секретарю РОСЭКМО, «знающему проблему не на словах, а на деле, активно участвующему в её обсуждении и предлагающему эффективные способы её решения».

Сергей ФЁДОРОВ.

Леониду Михайловичу Рошально на днях исполнилось 90 лет. Коллектив «МГ» поздравляет его с юбилеем и желает крепкого здоровья, творческого долголетия и дальнейшей плодотворной работы на благо отечественной медицины.

ЭКСПЕРТНЫЙ УРОВЕНЬ

Игорь ЕСАУЛЕНКО

Ректор Воронежского ГМУ им. Н.Н. Бурденко, профессор:

Жизнеспособность любого коллектива, в том числе университета – это правильно оформленные цели и задачи.



Стр. 10-11

Новости

Омск и Ош: есть контакт

На днях завершился деловой визит делегации Омской области в Киргизию. В составе делегации, возглавляемой президентом Омской торгово-промышленной палаты Ольгой Федуловой, были представлены предприятия региона по широкому спектру направлений в сельском хозяйстве, машиностроении, пищевой промышленности, образовании. Омский государственный медицинский университет представлял проректор по последипломному образованию доцент Андрей Колчин.

Как сообщили в пресс-службе ОмГМУ, в рамках визита А.Колчин встретился с ректором Ошского государственного университета, представителями Ошской медицинской академии, руководителями медицинских организаций Оша. Кроме того, прошли двусторонние встречи с руководством и представителями медицинского факультета ОшГУ. Говорили о необходимости совместных научных исследований, академической мобильности ординаторов, разработке совместных программ повышения квалификации для специалистов Кыргызской Республики, а также о возможности реализации сетевых форм образовательных программ. Состоялась и встреча со школьниками 9-11-х классов, где были обсуждены вопросы поступления в медуниверситет города на Иртыше, предоставлена вся необходимая информация с контактными данными.

По итогам делового визита в Ош подписано соглашение о сотрудничестве в области образования, науки, академической мобильности между ОмГМУ и ОшГУ.

Татьяна БЕРЕЗОВСКАЯ.

Омск.

Эндопротез из Самары
установили в Казахстане

В Национальном научном центре травматологии и ортопедии им. Н.Д.Батпенова в Астане пациенту успешно установили керамический эндопротез, разработанный и изготовленный в Самарском государственном медицинском университете. Это первый случай, когда операция с эндопротезом СамГМУ проведена в другой стране.

Хирург из Казахстана, выполнявший операцию, прошёл обучение по установке индивидуальных эндопротезов в рамках образовательной программы, организованной СамГМУ. Как рассказал директор НИИ бионики и персонализированной медицины вуза Андрей Николаенко, после освоения технологии врач смог сразу же применить её у себя на родине. Пациента с деформирующим артрозом первого плюснефалангового сустава постоянно мучили боли, благодаря эндопротезированию от них удалось избавиться.

– Для нас важно, чтобы высокотехнологичная медицинская помощь стала доступна как можно большему числу пациентов, в первую очередь в России, но также и в дружественных странах, – отметил ректор университета профессор РАН Александр Колсанов. – Поэтому мы начали активно делиться знаниями и опытом с коллегами. То, что к нам едут учиться врачи из других стран и по итогам обучения сразу же применяют полученные навыки на практике, говорит о том, что наши специалисты обладают уникальными и очень важными компетенциями, получая признание в профессиональном сообществе и работая на благо пациентов.

Эксперты университета провели в начале апреля первую образовательную программу для врачей из российских регионов по установке индивидуальных инновационных эндопротезов. При этом в процессе обучения врачи освоили не только моменты, связанные с техникой имплантации эндопротезов, но и получили знания об особенностях послеоперационной реабилитации пациентов.

Юрий ДАНИЛОВ.

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

Подписка-2023

ВЫГОДНОЕ ПРЕДЛОЖЕНИЕ

С 15 апреля по 15 июня 2023 г. при оформлении через редакцию подписки печатной версии профессионального врачебного издания «Медицинская газета» на второе полугодие 2023 г. подписчикам будет предоставлен бонус – бесплатный доступ к электронной версии издания, где можно прочитать как текущие номера газеты, так и архивные, начиная с 2006 г.

Подписаться на «МГ» можно через редакцию, направив заявку по электронной почте mg.podpiska@mail.ru или по QR-коду.

Стоимость бумажной и электронной версий составляет 12 500 руб.

По всем вопросам подписки обращаться по телефону:
8 (495) 608-85-44

ОБЩЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ
«МЕДИЦИНСКАЯ ГАЗЕТА»
ул. Тилеровского, дом 68, стр. 1

Отсканируйте
этот QR-код
для оплаты



СБП
СБЕР БАНК

Имена и судьбы

Выстоять и победить

Профессионализм советского врача спас тысячи заключённых

В музее истории медицины, расположенном в Челябинской городской больнице № 1, 19 апреля было особенно многолюдно. В этот день здесь вспоминали героя-фронтовика, известного хирурга Георгия Синякова, который родился ровно 120 лет назад.

Многие годы он работал в Челябинске, преподавал в медицинском институте. И мало кто из окружающих знал, что в годы войны хирург совершил настоящий подвиг: попав в плен в концлагерь, он не только сумел продемонстрировать высочайший профессиональный уровень советских врачей, но и спасти тысячи заключённых от неминуемой гибели.

Об этом собравшимся рассказал Николай Алексеев, который, будучи главным врачом больницы без малого четверть века, в своё время преобразовал небольшую экспозицию в музей истории медицины Челябинска, и теперь более 10 лет преумножает его фонды в должности заведующего.

«Только благодаря таким людям мы выстояли и победили в Великой Отечественной войне», – говорит Н.Алексеев.

Особенностью музея является освещение не только деятельности системы здравоохранения в целом, но и детальное изучение именно биографий многих известных в городе врачей, их вклада в систему



(Слева направо) студенты 4-го курса педиатрического факультета Южно-Уральского ГМУ Арина Корона, Виктор Ионов, Алина Шакурова, Григорий Ишков и Татьяна Нигматулина на экскурсии в музее

здравоохранения. Развёрнуты персональные экспозиции, посвящённые многим медикам. В отдельном помещении оформлены стенды по службам и учреждениям, сформированы фотоальбомы.

Сотрудниками музея ведётся большая исследовательская работа, собираются и изучаются архивные документы Челябинского областного государственного архи-

ва, исторического архива Республики Башкортостан, Оренбургской врачебной управы (Челябинский уезд входил в состав Оренбургской губернии с 1797 по 1865 г.). В работе используются и другие источники. Составлены списки врачей Челябинска с момента их появления в области.

Материал о Г.Синякове читайте на стр. 15.

Осторожно!

Привет любителям стейков rare

Хирургов астраханской областной Александро-Мариинской больницы сложно чем-то удивить, однако в этот раз пациенту это удалось.

Пятидесятилетний житель региона в 2022 г. был прооперирован по поводу эхинококкоза: тогда убрали кисту с печени. И вот очередной повод для хирургического вмешательства. На этот раз мужчина обратился в областную больницу с результатами компьютерной томографии сердца, где на снимке визуализировалась кистозноподобная округлая опухоль размерами 5 на 3 см.

Торакальный хирург Алексей Воробьёв признаётся, что почти за полвека работы он выполнил много операций по поводу эхинококкоза лёгких, а вот паразитарный очаг, расположенный на сокращающейся мышце сердца, увидел впервые.

– В кистозной полости были гной и продукты распада паразитов. Видимо, эта киста развивалась одновременно с кистой на печени, и химиотерапия, которую пациент



проходил год назад, убила возбудителя. К счастью, эхинококк не повредил сам миокард, иначе исход был бы неясен, – говорит А.Воробьёв.

Паразитарная опухоль, образовавшаяся на миокарде, – крайне редкий клинический случай, подчёркивают в Минздраве области. До сих пор местные специалисты прежде не имели опыта удаления эхинококковых образований дан-

ной локализации. Что касается пациента, тут никаких откровений: по признанию мужчины, непрожаренное мясо с кровью было частым блюдом в его рационе. Теперь диета любителя стейков rare (с кровью) обогащена антипаразитарными препаратами.

Елена СИБИРЦЕВА.

Астрахань.

Сотрудничество

Врачи говорят на одном языке

В Вапи (Индия) прошла 16-я Международная конференция Complex Interventions Technique – 2023, посвящённая вопросам лечения пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

Российскую делегацию представляли врачи трёх ведущих клиник страны: Российского научного центра хирургии им. Б.В.Петровского (Москва), Красноярской краевой клинической больницы и окружной клинической больницы Ханты-Мансийска.

От российской делегации с докладом выступил заведующий отделением рентгенохирургических методов диагностики и лечения окружной клинической больницы Ханты-Мансийска, главный специалист по рентгеноэндоваскулярной диагностике и лечению Департамента здравоохранения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры, заведующий проблемной научно-исследовательской лабораторией «Ангиопластика и реология крови» Южно-Уральского научного

центра РАН, кардиолог высшей квалификационной категории, кандидат медицинских наук Прохор Павлов.

Его доклад о возможностях лечения пациентов с хроническими окклюзиями коронарных артерий двойным трансрадиальным доступом вызвал большой интерес участников конференции, ведь проблемы у кардиологов, невзирая на расстояния, одни и те же.

Алёна КСЕНИНА.

Ханты-Мансийск.

Инициатива

Ужесточить наказание за нападения на медиков

Член Совета Федерации от Орловской области Владимир Круглый призвал ужесточить наказание за нападения на медицинских работников. По его словам, на сотрудников бригад скорой помощи почти ежедневно совершаются нападения, и подчас в таких инцидентах гибнут специалисты, а потому такие преступления должны наказываться строже, чем бытовое хулиганство. В частности, он предлагает приравнять нападение на медика к нападению на сотрудника правоохранительных органов.

«Есть закон, предусматривающий ответственность за создание препятствий оказанию медицинской помощи. Однако правоприменительная практика по нему единичная. А законодательные инициативы о том, чтобы уравнивать нападения на медиков с актами агрессии в отношении сотрудников полиции или спецслужб пока

не удалось провести», – заявил В.Круглый.

Сенатор напомнил, что в 2019 г. Госдума приняла пакет поправок в Уголовный кодекс РФ в части защиты жизни и здоровья пациентов и медицинских работников. Максимальное наказание за воспрепятствование законной деятельности медработника предусматривается в случае, если это деяние повлекло причинение тяжкого вреда здоровью пациента – до 3 лет лишения свободы или привело к его смерти – до 4 лет. Однако реальные сроки по этой статье назначают крайне редко.

Ранее свердловское управление Следственного комитета РФ сообщило, что следователи завели уголовное дело об убийстве из-за гибели медработника, на которого напал муж пациентки во время вызова на дом в городе Берёзовский. По данным следствия, вечером 25 апреля бригаду скорой вызвали в один из домов по улице Гагарина для помощи женщине.

«По прибытии медработники встретились с мужем пациентки – подозреваемым. Мужчина, действуя, по предварительным данным, из личной неприязни, причинил проникающее ранение в область груди 28-летнему медицинскому работнику выездной фельдшерской бригады скорой медицинской помощи городской больницы. После получения ранения пострадавший самостоятельно добрался до служебной машины, оставшейся у подъезда, и был оперативно доставлен своими коллегами в Берёзовскую центральную городскую больницу. Однако от полученного ранения потерпевший вскоре скончался», – говорится в сообщении.

Возбуждено уголовное дело в отношении ранее судимого местного жителя, 1957 года рождения, который подозревается в совершении преступления, предусмотренного ч. 1 ст. 105 УК РФ (убийство). Он в 1999 г. был осуждён за умышленное причинение тяжкого вреда здоровью при нападении на бывшую супругу, также его судили за кражи в 70-е годы. В общей сложности в местах лишения свободы он провёл 15 лет.

Владимир ЧЕРНОВ.

Ну и ну!

Медфакультеты без базы

Медицинские факультеты, являющиеся в непрофильных вузах, не обладают базой, необходимой для подготовки специалистов, заявил председатель Госдумы РФ Вячеслав Володин в ходе заседания Совета законодателей.

Он отметил, что бывшие педагогические институты стали университетами, а в этих университетах начали открывать медицинские факультеты. «В одном регионе Центрального федерального округа декан

такого факультета экономист по образованию. Ни один вуз, где открыт медицинский факультет, не обладает базой, необходимой для подготовки специалистов, нет своих клиник, нет кафедр в больницах, попросту нет научной базы», – добавил В.Володин.

Председатель Госдумы подчеркнул, что «вопросы открытия медицинских специальностей в высших образовательных учреждениях должны определять специалисты Министерства здравоохранения».

Виктор КОТЕЛЬНИЧЕСКИЙ.

Деньги

Оборудование для новых регионов

Правительством РФ утверждено распоряжение о выделении дополнительных средств на медицинское оборудование, которое обеспечивает помощь в медицинских организациях лицам, получившим ранения, в новых регионах и в субъектах приграничной зоны, заявил министр здравоохранения РФ Михаил Мурашко.

– На сегодняшний день выстроена, в том числе, система оказания помощи населению, которое находится в близлежащей зоне к проведению СВО, специалистами

как из федеральных, так и из региональных центров. По поручению Президента РФ для детей, которые находятся в новых регионах России, в мае завершаются профилактические осмотры, – сказал министр, выступая на заседании Совета законодателей РФ при Федеральном Собрании Российской Федерации.

По его словам, в новых регионах обновлён весь автопарк скорой медицинской помощи, оборудование для амбулаторных и стационарных учреждений поставляется в сроки.

Павел БАЛАГИН.

Однако

Прокуратура опротестовала закрытие ФАПов

Каждое пятое сельское медицинское учреждение в России было закрыто в прошлом году незаконно. Об этом заявил генеральный прокурор РФ Игорь Краснов, выступая в Совете Федерации.

«В 2022 г. прокурорами дана оценка законности решений по ликвидации или реорганизации 337 медучреждений в сельской местности. Каждое пятое принято с нарушением закона и без учёта мнений жителей, что потребовало нашего реагирования в Республике Хакасия, Пермском крае, Архан-

гельской, Челябинской областях и других регионах. В результате уже 33 фельдшерско-акушерских пункта возобновили работу, во многих отдалённых посёлках организован периодический приём жителей мобильными медицинскими бригадами», – заявил генпрокурор.

Проверками также были охвачены вопросы доступности для граждан медицинских услуг в электронном виде. Многие субъекты не полностью подключены к единой государственной информационной системе в сфере здравоохранения.

Дмитрий ДЕНИСОВ.

Профсоюз работников здравоохранения РФ с глубоким прискорбием сообщает, что на 81-м году жизни скончался

Михаил Михайлович КУЗЬМЕНКО

почётный президент профсоюза.

Михаил Михайлович родился в Москве 15 октября 1942 г. и имел три высших образования – медицинское, экономическое и юридическое. Он был доктором медицинских наук, академиком Академии медико-технических наук и заслуженным врачом РФ.

За свою 50-летнюю карьеру в системе здравоохранения он прошёл путь от санитаря и фельдшера до заместителя главного врача одной из поликлиник Москвы. С 1960 г. стал членом отраслевого профсоюза, а с 1990 по 2021 г. был его председателем.

М.Кузьменко внёс существенный вклад в развитие науки и здравоохранения России. Он являлся одним из инициаторов возрождения Пироговских съездов врачей и автором многих статей и двух монографий, посвящённых вопросам медицины. Имел государственные и профсоюзные награды, включая орден Дружбы, медаль ордена «За заслуги перед Отечеством» II степени. Активно участвовал в разработке Конституции РФ, был экспертом Общественной палаты РФ, а также занимал руководящие должности в различных международных и отечественных профсоюзных организациях.

Профсоюз выражает искренние соболезнования семье, друзьям и коллегам Михаила Михайловича. В этот тяжёлый час мы разделяем скорбь утраты почётного президента профсоюза, выдающегося врача и активного общественного деятеля. Его

профессиональный опыт, мудрость и бескорыстный труд на благо здравоохранения останутся в истории навсегда, служа примером для будущих поколений

* * *

Коллектив «МГ» также выражает соболезнования родным и близким Михаила Михайловича. Он был не только настоящим профсоюзным лидером, на всех уровнях отстаивавшим интересы медиков в сложнейших социально-экономических условиях, но и другом газеты, часто выступающим на её страницах.

Мы будем помнить его как энергичного и жизнерадостного человека, старшего товарища, который помогал нам в освещении профессиональных проблем медицинского сообщества и стал соавтором нескольких важных проектов – таких, как «Лучший врач года», организованного Минздравом России, ЦК Профсоюза работников здравоохранения РФ и «Медицинской газетой». Уверены, что память о нём сохранится и в сердцах российских медиков, поддержке которых он посвятил всю свою жизнь.



Подписка-2023

2023 Подписные Издания

ПОЧТА РОССИИ Газеты Журналы Альманахи Книги

2 полугодие

Официальный каталог Почты России на второе полугодие 2023 года

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

8 800 800 80 80

Уважаемые читатели!

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

Подписные издания

✓ Официальный каталог «Почта России» на второе полугодие 2023 г.

✓ Электронный каталог «Почта России».

Подписные индексы:

ПН014 – на месяц.

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

Юридические лица могут подписаться через отделы подписки региональных почтамтов.

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

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

КАТАЛОГ периодических изданий газеты и журналы

II полугодие 2023 года

30 лет со свободной прессой

Избранные издания для бизнеса

Разные люди по-разному воспринимают военные действия не только на отдалении, но и находясь в их эпицентре. Кто-то из медиков, возвращаясь из зоны специальной военной операции, ещё долгое время остаётся в подавленном состоянии. Тем удивительнее было при встрече с членом Комитета Госдумы РФ по охране здоровья Бадмой БАШАНКАЕВЫМ, который только на днях демобилизовался, увидеть его обычную широкую улыбку и огонёк в глазах – такие же, как пять месяцев назад, до поездки ТУДА.

С кем пойти в разведку

– Бадма Николаевич, скажите честно, это – маска, за которой вы пытаетесь скрыть свои настоящие эмоции после всего, что узнали и поняли о войне?

– Отвечу честно: когда ты ТАМ, главное в этот момент – сильно не закикливаться на ситуации, даже когда постоянно есть вероятность «прилёта» с вражеской стороны. Как? Надо отвлекать себя делами. От твоих постоянных рефлексий ничего же не изменится. Если мы сейчас все уйдём в ступор, то работа не будет двигаться и помощь ни нашим бойцам на передовой, ни жителям освобождаемых новых российских территорий не будет оказываться. Дело надо делать, а не рефлексировать.

Поэтому мы с моими коллегами обычно вечерами после работы – а жили мы там же, в больнице – проводили сеансы психологической разгрузки: покупали семечки и, лужая их, просто болтали на любые темы кроме военной, именно чтобы снять напряжение. Это очень важно, потому что, по правде говоря, когда ты постоянно вертишь в голове одни и те же мысли о том, где и зачем ты оказался, чем ты рискуешь и чем рискует вся страна, легко скатываешься в депрессию.

Коллектив у меня подобрался хороший, ребята все крепкие, настоящие. Они из разных регионов: Костя Цуркан из Краснодар, Андрей Спиридонов из Уфы, Володя Иванов из Москвы, Санал Манджиев и Арслан Мушараев из Калмыкии и так далее.

– Тут следует пояснить, что значит «у меня». Сообщество «Друзья медицины Донбасса», которое сформировалось по вашему призыву, – это, если я верно понимаю, не партия, не общественная организация, а просто команда единомышленников, собравшаяся по доброй воле, без бюрократической разрядки. Так?

– Всё правильно. Ещё в феврале 2022 г., когда нам в первый раз позвонили коллеги с Донбасса и попросили помочь – там очень нужны были хирургические руки, – мы с Дмитрием Анатольевичем Хубезовым даже не раздумывали, решение пришло сразу: надо организовывать поездки врачей-волонтеров, паковать гуманитарные грузы и самим готовиться ехать. Сначала было просто несколько коротких поездок туда-обратно, а как только объявили частичную мобилизацию, достал военный билет и пошёл в военкомат.

Так вот, о «Друзьях медицины Донбасса»: когда собирался отправиться в первую свою поездку, набрал номера телефонов нескольких своих хороших знакомых-хирургов, в которых был уверен. С кем-то из них я вместе работал, с кем-то мы просто дружим по-человечески. И никто не отказал! Каждый звонок длился не дольше одной минуты. Как правило, сразу после моего вопроса «Поедешь со мной на Донбасс?» на том конце провода спрашивали: «Когда выезжаем?» И всё. Без уточнений и рассуждений, не торгуясь.

Арендвали вместительный минивэн на 8 человек, наметили день, точнее, ночь выезда, потому что у Бориса Сыченикова были назначены плановые операции, которые он не мог ни отменить, ни перенести. Так что выехали мы из Москвы в 9 часов вечера. А поскольку я хотел

привезти туда не только «руки хирургов», но и то, что им понадобится для работы, заранее обзвонил знакомые фирмы, которые могли бы дать хоть что-то эффективное и новое для лечения большого числа пострадавших. Отклик был неожиданный. Нам хорошо помогли

После этого написал обращение вице-премьеру Т.Голоиковой, благодаря её оперативному вмешательству и участию руководства ФТС система перевозки гуманитарных грузов через границу была оперативно нормализована. С тех пор всё пошло как по маслу. Теперь

помощью руками непосредственно в операционных и не только «гуманитаркой», но как раз организацией образовательных мероприятий.

С нами ездил анестезиолог Вадим Соловьёв из Центрального военного госпиталя им. П.В.Мандрыка, классный специалист, так вот он

Видите, вся группа «Друзья медицины Донбасса» – люди один лучше другого. С каждым из них я готов идти в разведку.

– Сколько сегодня друзей в общей сложности?

– Порядка 70 человек только тех, с кем я лично знаком и встречался,

В центре внимания

Некогда бояться, дело надо делать

Работа в зоне СВО кристаллизует в человеке всё – и хорошее, и плохое



Депутаты Госдумы Андрей Гимбатов и Бадма Башанкаев

с гемостатиками: мы рассчитывали хотя бы на 20 упаковок, а нам дали сразу 200. Бесплатно! Дали много разных расходных материалов.

В общем, когда все коробки из разных фирм привезли к нашему пункту сбора, оказалось, что места для людей в минивэне уже не остаётся. В итоге один за рулём, двое кое-как на пассажирском кресле, а Володя Иванов практически всю дорогу лежал сверху на коробках, пока мы ехали до Донецка. Остальным пришлось добираться самим другим транспортом.

– Границу с таким грузом переходили нормально, «таможня дала добро»? Помните, в первые месяцы у многих были проблемы с транзитом гуманитарной помощи.

– Именно в тот самый первый раз таможня сначала не давала добро. А до нас через этот же таможенный пост пытались проехать врачи из Башкирии, которые везли с собой запас хирургических ниток, и их развернули. В таможенных правилах указано, что медицинское оборудование и изделия медицинского назначения нельзя беспешинно перевозить через госграницу. И хотя к тому моменту Российская Федерация уже признала новые территории в качестве субъектов РФ, таможенные правила ещё не были пересмотрены в правильном аспекте: задержка исполнителей.

Представляете, как я был зол? Я крайне редко показываю своё депутатское удостоверение, только в самых исключительных случаях. И это был как раз такой случай: на третий час борьбы с системой понял, что пора перестать стесняться, пошёл к начальнику таможенного поста.

мы с таможенниками очень хорошо взаимодействуем, ведь поехали туда-сюда за год с лишним уже немало.

Например, Илья Денисов – анестезиолог, заместитель главного врача московской инфекционной больницы № 2 уже 18 раз там побывал. Он тоже байкер, как и я, то есть человек не робкого десятка. Так вот он в пятницу вечером выезжает из Москвы, всю ночь за рулём едет до Донецка на своём авто, который под завязку нагружен: специально установил багажник на крыше, чтобы побольше всего необходимого увезти для госпиталей Донецка. Приезжает туда, пару часов спит, потом читает местным врачам лекцию по анестезиологии-реаниматологии, проводит обход, помогает делом, а в воскресенье в ночь едет назад, чтобы в 8 часов утра быть в Москве на работе.

– Насчёт лекций, которые читают российские специалисты донецким: там и здесь до недавнего времени практиковались разные подходы и теперь началась балансировка образовательных программ по всем профилям медицины?

– Дело в том, что развитие здравоохранения в ДНР и ЛНР притормозилось даже не в 2014 г., а ещё раньше, по понятным политическим причинам.

Коллеги рассказали нам, как в медуниверситетах происходили разломы кафедр: часть сотрудников, оставаясь приверженцами украинской власти, уволились и уехали в сторону Киева, увозя с собой даже оборудование из клиник. Там было очень непросто все эти годы.

И чем важна, я считаю, деятельность сообщества «Друзья медицины Донбасса» – не просто

после первой поездки тоже возвращался туда уже несколько раз с обучающим курсом по анестезиологии и интраоперационной ультразвуковой диагностике. В Москве проведение УЗИ во время сложных операций уже стало анестезиологическим стандартом, так как обеспечивает безопасность пациента. Кроме того, УЗИ используется для быстрой диагностики поражений грудной клетки и брюшной полости с излиянием в них крови: наличие свободной жидкости – показание к экстренной операции.

Так вот, Вадим Соловьёв, Илья Денисов провели там несколько мастер-классов по интраоперационному УЗИ, и, более того, мы подарили двум госпиталям большие аппараты УЗИ и три портативных, которые помещаются в футляр размером с небольшую дамскую сумочку. Очень дорогое оборудование, и надо поблагодарить сотрудников одного весьма серьёзного российского банка, которые купили это оборудование на свои деньги для донецких больниц.

Хочу рассказать ещё об одном друге медицины Донбасса – хирурге Юрии Кузнецове из Краснодара. Сначала он приезжал просто работать в госпитале. Потом начал проводить мастер-классы по вакуум-ассистированному лечению минно-взрывных ран (VAC-терапия). Парень из того же теста, что и все мы: в четверг вечером из Краснодара выезжает, в пятницу-субботу работает в Донецке, в воскресенье едет обратно. К слову, Юра Кузнецов с друзьями за свои деньги купили четыре VAC-аппарата и подарили их донецким больницам.

а есть ещё несколько десятков, кто им помогает. Повторю, у нас неформальное объединение, никакого членства и удостоверений нет. Мы просто все очень дружны, и это, я уверен, навсегда.

Живые святые

– Что вы делали на войне, понятно. А что она сделала с вами, как изменила понимание сути данного конфликта, природы человека?

– Самое большое откровение – я по-другому стал смотреть на тех, кто идёт воевать добровольцами, трудится в зоне СВО волонтерами и возит туда гуманитарную помощь. Это люди, в которых есть святость. Они безудержны в своём стремлении оказывать помощь другим. Я видел гуманитарщиков из Народного фронта, которые могут из-под земли достать то, что сейчас остро нужно ребятам на передовой или врачам в госпиталях. Для них надеть бронжилеты и каски, поехать на самый передний край фронта, что-то отвезти – не проблема, они делают это легко, без колебаний.

Был искренне удивлён и рад, что у нас столько хорошей молодёжи. Приезжали со всей страны молодые люди в возрасте от 18 до 25 лет из Молодой гвардии, по 2-3 недели работали в нашем госпитале санитарями, таскали раненых, ухаживали за ними, на пищеблоке трудились, в приёмном отделении помогали. Хоть бы один пожаловался, что это не его обязанность – никто!

Тем обиднее было пару раз сталкиваться с врачами, которые приезжали исключительно «блеснуть»,



За окном – бой, внутри – операция



Друзья медицины Донбасса

отказывались делать работу, что называется, не по чину. К счастью, таких буквально единицы, и тем не менее... Поэтому хочу обратить внимание всех докторов, которые пишут мне в чат-бот и предлагают себя в качестве волонтеров на период отпуска: друзья, не сердитесь, но перед поездкой хорошо подумайте, готовы ли вы быть членом команды или претендуете исключительно на роль солиста. Там нужны люди, которые склонны к самоотдаче, а не к самолюбанию. ЛНР и ДНР сегодня – это место пахоты, а не фон для эффектных селфи.

– **Значают ли ваши слова, что вы стали лучше разбираться в людях и меньше им доверять?**

– В целом глобального разочарования в людях не произошло. Но кого-то действительно стал держать ближе к сердцу.

Вообще, надо признать, на Донбасс в основном едут самые искренние и самые смелые. 100-150 «прилетов» за день – это действительно много, и человеку неподготовленному может быть страшно. Было ли страшно мне? Наверное, сначала было, но быстро прошло, потому что мы сразу с головой ушли в работу, бояться стало просто некогда.

При этом очень жалко мирных людей, которые становятся случайными жертвами обстрелов. Но даже в этих условиях надо трудиться, восстанавливать то, что порушила война, снова высаживать миллионы роз, которыми всегда гордился Донецк. Знаете, как там говорят? Донецкие уехали, а дончане остались. Это деление не по национальному признаку, а по мировоззрению и твердости духа. События 2014 г. и следующие за ним непростых лет заставили многих донецких искать более спокойные места. А дончанам там называют тех, кто с родной землей и родным городом расстаться не готов.

Причем они не просто самоабзабно любят свой город, но и Россию тоже. Скажу больше: самые большие патриоты России живут в Донецке, это я со всей очевидностью понял. Вот почему хочется сделать этим людям как можно больше добра.

– **Вы ещё планируете возвращаться в Донбасс?**

– Планирую и, надеюсь, не один раз.

Присоединить и гармонизировать

– **В настоящее время в плане врачебных кадров в новых регионах уже всё нормализовалось или ещё есть потребность в помощи?**

– Потребность есть, но теперь уже не столько по части экстренной хирургии, травматологии и анестезиологии, хотя специалисты по сочетанной травме по-прежнему необходимы. Сегодня мы особенно активно приглашаем врачей общей практики, педиатров, неонатологов, акушерских анестезиологов. Они очень нужны на Донбассе, ведь там восстанавливаются система родовспоможения, педиатрическая служба.

В только что освобожденном Мариуполе за первые 3 месяца 2023 г. родилось детей больше, чем за весь предыдущий год. Главному врачу роддома № 2 Светлане Бунаковой каким-то чудом удалось сохранить почти весь коллектив и многое из

оборудования. В это трудно поверить, но сегодня роддом загружен на полную коечную мощность, а ведь ещё совсем недавно весь его двор был завален неразорвавшимися фугасами при том, что само здание почти не пострадало. Я видел эту картину своими глазами, когда мы в 2022 г. оценивали, какие лечебные учреждения в городе подлежат восстановлению, а какие уже нет.

– **Впечатление, что вы там не только оперируете, но ещё и как эмиссар выполняете государственное задание по восстановлению системы здравоохранения Донбасса. Так и есть?**

– Ни госзаданий, ни просто поручений такого рода изначально мне не было дано, всё как-то само собой получилось. Моя работа началась в операционной, а затем вышла за её пределы. Для меня это добровольчество, если не считать того, что я всё-таки депутат Государственной Думы.

В то же время функции Минздрава России мы с коллегами на себя не берём, тем более что представители министерства и разных НМИЦов работают в новых регионах практически постоянно, надо отдать им должное. Вместе пытаемся подтягивать медицину новых регионов до общероссийских параметров. Необходима синхронизация и гармонизация: у них и у нас были разные системы финансирования здравоохранения, разные принципы организации работы и ведомственного подчинения внутри отрасли. На территориях Донбасса предстоит ввести за правило следование клиническим рекомендациям, стандартам и протоколам лечения, правилам ведения медицинской документации, принятым в РФ.

Первая и решающая

– **6 апреля Госдума приняла закон о первой помощи, одним из соавторов которого были вы. Как вам, находясь 5 месяцев на войне, удавалось координировать работу над законопроектом и, более того, организовывать по стране курсы обучения навыкам первой помощи?**

– Не мог не координировать, потому что закон крайне нужный. Его долго ждали, было, если не ошибаюсь, 8 вариантов текста, но никак не могли прийти к оптимальному. Мы с главным специалистом Минздрава России по первой помощи Леонидом Дежурным за эти 5 месяцев провели серию видеоконференций по законопроекту с участием разных экспертов. Хочу сказать спасибо Минздраву за поддержку и коллегам по Госдуме за оперативное рассмотрение и голосование.

Чем так важен новый закон? В нём предельно ясно написано, кто и как организует обучение оказанию первой помощи, кто и как формирует аптечки. Любый человек, не говоря о сотрудниках силовых ведомств, правоохранительных органов и МЧС, может обучиться и оказывать первую помощь до приезда «скорой».

– **Только в отношении них уголовная ответственность не наступает, а в отношении врача наступает. Я говорю о случаях, когда врач помогает внезапно заболевшему или пострадавшему человеку на улице, в са-**

молёте, то есть вне лечебного учреждения. Неблагоприятный исход грозит ему наказанием по статьям УК РФ.

– Уже не грозит: есть прекрасное разъяснение, что за оказание первой помощи в случае крайней необходимости наказание при неблагоприятном её исходе не следует, а вот за неоказание ответственность предусмотрена. И данное уточнение касается всех, кто оказывает первую помощь, включая медиков, находящихся вне места работы.

Далее, в новом законе разрешено использовать при оказании первой доврачебной помощи не только жгут и вату, но также другие медицинские изделия и лекарства. Если у тебя есть сертификат, подтверждающий, что ты прошёл обучение, ты вправе пользоваться специальной аптечкой.

Хочу пояснить, каким образом специальная военная операция ускорила разработку и принятие данного закона. У бойцов и волонтеров есть аптечки, которые обязательно укомплектованы обезболивающими препаратами, турникетами, воздуховодами и так далее. Нужно было законодательно разрешить им всем этим пользоваться.

– **В мирной жизни те же правила?**

– Конечно! В мирной жизни этот закон нужен ещё больше, чем в военных условиях. По нашим данным, ежегодно в стране около 200 тыс. человек погибают от внезапной остановки сердца, многих из них можно было бы спасти, если бы кто-то грамотно оказал первую – решающую – помощь.

А сколько трагедий случается в учебных заведениях, бассейнах, спортзалах, когда преподаватели и тренеры не могут помочь ученику или просто боятся это делать, а «скорая» приезжает, когда уже поздно. Теперь мы обучим их всех в обязательном порядке. Пилотный проект «Заведи сердце» давно уже стартовал. Первой площадкой в Москве, которую мы организовали вместе с Зульфией Зариповой, стала столичная школа, в которой я сам учился. Здесь мои единомышленники обучали оказанию первой помощи учителей, старшеклассников и, по желанию, их родителей.

Уже готовятся такие же обучающие кампании в Краснодаре, Новосибирске, Нижнем Новгороде, Ростове-на-Дону, Элисте.

– **Что дальше в ваших депутатских планах?**

– Изначально, как вы помните, я намечал выполнить три задачи: разработать и принять закон о первой помощи, добиться декриминализации медицинской деятельности и де бюрократизации работы врача. Первый пункт выполнен. Сейчас все силы сосредоточиваю на оставшихся двух.

Мы с юристами из штаба «Единой России» – не удивляйтесь, они поняли справедливость нашего замысла и всячески помогают – очень серьёзно продвинулись в направлении исключения из нормативных актов понятия «медицинская услуга». И хотя у этой идеи есть определённое противодействие, надеюсь, мы его преодолеем. В конце концов, переписать какое-то количество бюрократических бумаг, в которых нужно заменить слово «услуга» на слово «помощь», не такой уж непосильный труд. Зато это будет первым шагом к декриминализации медицинских юридических инцидентов.

Правда, некоторые скептики предупреждают, что, даже если в отношении медработников перестанут применять статью 238 УК РФ, это ещё само по себе не означает декриминализации врачебной деятельности: как говорится, найдётся другая статья, был бы человек. И всё-таки отказаться от понятия «услуга» применительно к медицине необходимо, без этого мы не двинемся в сторону защиты медработников и повышения престижа врачебной профессии.

Елена БУШ,
обозреватель «МГ»

Тенденции

Ошибок быть не может

Как развивать донорство крови и костного мозга

Начиная с 2004 г. Всемирный день донора крови ежегодно отмечается 14 июня – в день рождения австрийского бактериолога Карла Ландштейнера, открывшего в 1901 г. группы крови и удостоенного за это в 1930 г. Нобелевской премии.

Национальный день донора крови был учреждён 20 февраля 2007 г. на «круглом столе» по проблемам донорства и службы крови, состоявшемся в Государственной Думе РФ в память о первом переливании крови в России 8 апреля (20 апреля по новому стилю) 1832 г. В этот день в Санкт-Петербурге гражданский генерал-штаб-доктор (врач-акушер) Андрей Вольф успешно перелил кровь роженице от её мужа. Вольф использовал для переливания аппарат и методику, полученную им от пионера мировой трансфузиологии Джеймса Бланделла, который выполнил первую успешную трансфузию в Лондоне 25 сентября 1818 г.

Как писал в 2019 г. председатель совета Российской ассоциации трансфузиологов профессор Евгений Жибурт, «между переливаниями крови, выполненными Дж.Бланделлом в Англии и А.Вольфом в России, прошло 14 лет. В мае 1999 г. в центре крови Сантьяго де Компостела (Испания) выполнена первая процедура вирусинактивации одной дозы плазмы метиленовым синим. В мае 2006 г. эта технология зарегистрирована в России. Прошло лишь 7 лет. Вывод: за 187 лет скорость внедрения передовых технологий в службу крови России удвоилась».

На пресс-конференции, приуроченной к Национальному дню донора крови, выступила начальник Управления медицинского обеспечения экстремальных работ и службы крови ФМБА России Ольга Эйхлер. По её словам, за прошедший год число доноров крови выросло на 6%, составив 1 млн 400 тыс. человек, а количество донаций – на 6,7%. Хотя запасов крови достаточно, и все заявки учреждений на кровь и её компоненты выполняются, надо быть готовыми к чрезвычайным ситуациям и пропагандировать донорство. Основным потребителем компонентов крови являются мегаполисы. Например, Москва ежедневно нуждается более чем в 200 л донорской крови, причём более трети этого количества поступает из других регионов.

Вся донорская кровь проходит скрининг на инфекции и гематологические показатели. «Ошибок быть не может», – успокоила аудиторию Эйхлер. Создана единая информационная база доноров. Если потенциальный донор попадает в специальные регистры (по туберкулёзу, венерическим заболеваниям и т.д.), он автоматически отсеивается. Помимо здоровья реципиента, надо думать и о здоровье донора. Поэтому донорами не могут быть беременные, кормящие грудью, недавно переболевшие ОРЗ и т.д. Согласно приказу Минздрава России № 1166н от 28.10.2020 вес донора должен превышать 50 кг. В 2024 г. планируется модернизировать трансфузиологическую службу на новых территориях (по аналогии с Крымом).

Федеральный регистр доноров костного мозга и гемопоэтических стволовых клеток, созданный в сентябре 2022 г., ведёт Кировский НИИ гематологии и переливания крови ФМБА. На пресс-конференции выступил директор этого института доктор медицинских наук Игорь Парамонов. Федеральный регистр объединил 16 локальных регистров (14 вели-

госучреждения и 2 – благотворительные организации). Теперь поиск доноров костного мозга может осуществляться в режиме «единого окна». Сейчас в стране насчитывается около 191 тыс. типированных по HLA доноров. Имеется более 100 рекрутинговых центров. Чтобы стать донором, достаточно сдать 3 мл крови из вены или сделать соскоб эпителия с внутренней стороны щеки. Вероятность совпадения HLA донора и реципиента мала (1 : 30 тыс.). Если она обнаруживается, с донором связываются и после обследования берут у него гемопоэтические стволовые клетки в центрах заготовки (на базе учреждений, которые занимаются трансплантацией). Во время процедуры, длящейся несколько часов, донор теряет около 10% стволовых клеток костного мозга, которые в течение нескольких месяцев полностью восстанавливаются. Поставлена задача увеличить число доноров костного мозга до 500 тыс. человек, чтобы обеспечить большинство больных россиянами, нуждающихся в его трансплантации. Основным международным партнёром является Всемирная ассоциация доноров костного мозга – World Marrow Donor Association (WMDA), включающая более 40 млн человек, в том числе российских доноров. Кроме того, у нас имеются прямые соглашения с более 20 национальными регистрами костного мозга об обмене донорами. Если стоимость получения клеточного материала отечественного донора составляет менее 600 тыс. руб., то при использовании зарубежного донора она увеличивается более чем втрое.

Что касается научных разработок ФМБА в области донорства, то были обозначены три основных направления. Во-первых, разработка образцов для контроля качества и стандартизации препаратов крови (иммуноглобулинов против гепатита В, клещевого энцефалита и т.д.). Для их серийного выпуска необходима исчерпывающая панель стандартных образцов. Во-вторых, клиническая апробация новых материалов и аппаратов в разработке протоколов их применения. Например, отечественный аппарат для автоматического плазмафереза не уступает лучшим зарубежным аналогам. В-третьих, резко увеличилась потребность в компонентах крови (прежде всего, плазмы) для использования в полевых условиях. Мы можем обеспечить любое количество пострадавших свежесозамороженной плазмой, но она хранится при температуре -30°C и неудобна для применения в полевых условиях. Лиофилированная плазма крови выпускается в стандартных пластиковых контейнерах, может храниться при комнатной температуре и легко транспортируется.

Сейчас созданы искусственные эритроциты, но вопрос цены несопоставим с теми преимуществами, которые они дают. «Перфтораны как кровезаменители – тема очень неоднозначная», – отметил И.Парамонов. У них давняя и интересная история. Первые отечественные перфтораны были синтезированы на Кирово-Чепецком химкомбинате, но их клинический диапазон очень узок, а применение крайне неудобно. Тем не менее учёными предпринимаются попытки удлинить их нахождение в кровяном русле и уменьшить токсичность. Перфтораны нашли место в глазной хирургии. «Прорыва, что мы завтра откажемся от трансфузии компонентов крови, не предвидится. Она применяется там, где альтернативы ей нет», – отметил он.

Болеслав ЛИХТЕРМАН,
корр. «МГ».

– Олег Павлович, совсем недавно в Информационном центре представительства ООН в Москве состоялось заседание Международного комитета по контролю над наркотиками. Наряду с главными специалистами Национального медицинского исследовательского центра психиатрии и наркологии им. В.П.Сербского именно вам, как организатору наркологической службы края, была представлена возможность прокомментировать анализ тенденций, изложенных в докладе комитета за 2022 г.

– Южная и юго-восточная границы Забайкальского края являются государственной границей Российской Федерации с Монголией и Китайской Народной Республикой. Как правило, наркологическая ситуация всегда усложняется в приграничных южных районах, где могут пересекаться транзитные пути наркотрафика. Географическая особенность региона предусматривает вовлечение представителей нашей службы в обсуждение документов, значимых на международном уровне. Если говорить о мировых тенденциях, то повсеместно наблюдается резкий рост незаконного производства и оборота кокаина и каннабиса с усилением угрозы для здоровья людей вследствие увеличения их доступности и повышения степени чистоты. Ситуация с обеспеченностью контролируемых веществ для использования в медицинских и научных целях тоже неоднозначна во всём мире. По-прежнему вызывают обеспокоенность большие масштабы культивирования опийного мака и производства опия, например в Афганистане. Международный комитет по контролю над наркотиками умеет прогнозировать опасные тенденции и предлагает необходимые меры в области контроля над наркотиками и химическими веществами, используемыми при незаконном изготовлении наркотиков. Очень рад продуктивному взаимодействию с руководством НМИЦ психиатрии и наркологии им. В.П.Сербского как на информационной площадке ООН в Москве, так и в повседневной жизни по ряду вопросов, стоящих в зоне ответственности наркологической службы края перед обществом.

– **Насколько сильно географическая особенность региона, о которой вы говорили, влияет на ключевые показатели наркологической службы?**

– Приведу данные за 2022 г. Если в Российской Федерации 1,3% населения страдает наркологическими расстройствами, то в нашем крае – 2%, или 21 198 человек. Никогда не округляю эту цифру, потому что за каждым человеком, страдающим наркологическим расстройством, стоит безопасность целой семьи, возможно, даже из нескольких поколений, то есть бабушек-дедушек, детей и внуков, которые так или иначе тоже вовлечены в этот патологический процесс. В общей структуре из названных 21 198 человек 13 388 являются потребителями алкоголя, а это 63,2%. На втором месте стоят 5374 потребителя наркотических веществ, или 25%. Потребители никотина 2308, или 11%, занимают третью позицию. Замыкают цепочку потребители ненаркотических веществ – 128 человек, их 1%. В прошлом году число пациентов, зарегистрированных впервые с наркологическими расстройствами, составило 2800 человек, из них 19% женщин и 81% мужчин. В структуре незаконного потребления наркотиков на первом месте – производные растительных каннабиноидов, более половины от всех зарегистрированных случаев.

Наши интервью

Двенадцать шагов к возрождению

Вклад наркологической службы в создание безопасного климата в Забайкальском крае

Губернатор Забайкальского края Александр Осипов предложил создать международную территорию опережающего развития (ТОР) в Забайкальском крае. Его предложение поддержал Президент России Владимир Путин. ТОР Забайкалье – часть территории Забайкальского края, где установлен особый правовой режим с целью осуществления предпринимательской и иных видов деятельности, призванный сформировать условия, благоприятные для привлечения инвесторов, и обеспечить развитие социально-экономической сферы региона ускоренными темпами. Один из проектов – это открытие современного санаторно-курортного комплекса с широким спектром дополнительных услуг.

Всё это даст возможность для реализации уникальных бизнес-проектов и продолжит формировать условия для того, чтобы люди оставались в родном крае, работали, создавали семьи.

Одной из проблем в регионе остаётся и проблема наркозависимости. Насколько важен вклад наркологической службы в создание безопасного климата не только в семье, но и региона в целом, рассказывает главный врач Забайкальского краевого наркологического диспансера, главный специалист психиатр-нарколог Министерства здравоохранения Забайкальского края, кандидат медицинских наук Олег ДУБИНИН.

стрированных случаев. На второе место вышли синтетические наркотики и на третье – опиоиды.

Правоохранительными органами региона в 2022 г. из незаконного оборота изъято 493,7 кг наркотических средств, из них основная масса приходится на марихуану, синтетические наркотики и героин. Значительная доля наркотических средств была изъята именно в приграничных районах.

– **Учитывая, что площадь и численность населения края сопоставимы с территорией отдельного государства, необходима сильная законодательная база для регулирования вопросов, касающихся наркологической службы.**

– В крае действует Закон «О профилактике незаконного потребления наркотических средств и психотропных веществ, наркомании и алкоголизма в Забайкальском крае». В 2014 г. были приняты друг за другом два постановления правительства региона: «Об утверждении государственной программы Забайкальского края «Совершенствование государственного управления Забайкальского края. Подпрограмма «Профилактика правонарушений» и «Об утверждении государственной программы Забайкальского края «Комплексные меры по улучшению наркологической ситуации в Забайкальском крае». На постоянной основе работает антинаркотическая комиссия, а также совет по противодействию пьянству и алкоголизму. Аналогичные комиссии работают во всех муниципальных образованиях. Действует план мероприятий по реализации Стратегии государственной антинаркотической политики в Российской Федерации на период до 2030 г. и план межведомственных мероприятий по реализации Концепции профилактики немедицинского потребления наркотических средств и психотропных веществ детьми и молодёжью в образовательном пространстве на 2022-2025 гг. Принята региональная программа «Укрепление общественного здоровья в Забайкальском крае на 2020-2024 гг.», главной задачей

которой является формирование системы общественного здоровья, охватывающей все сферы жизни человека посредством эффективного межведомственного и междисциплинарного взаимодействия на уровне региона и муниципалитетов.

Продоланная огромная работа на законодательном уровне приносит свои положительные результаты. Большое внимание наркологической службой уделяется межведомственному взаимодействию с государственными и негосударственными некоммерческими организациями по вопросам профилактики наркотических расстройств и раннего выявления потребителей психоактивных веществ. Медицинские организации, оказывающие наркологическую помощь населению края, осуществляют взаимодействие с Управлением МВД России по Забайкальскому краю, Управлением Федеральной службы исполнения наказаний России по Забайкальскому краю, Краевой комиссией по делам несовершеннолетних и защите их прав, Читинской Епархией. С 2019 г. Забайкальский крайевой наркологический диспансер заключил соглашение о взаимном сотрудничестве с РОО «Трезвое Забайкалье», в рамках которого организуются и проводятся совместные мероприятия по профилактике наркотических расстройств, в том числе по проекту «Трезвое село».

В Забайкальском крае в 2022 г. на 5% снизилась заболеваемость алкогольными психозами, хотя показатель по краю – 15,2 на 100 тыс. населения – превышает средний по России, но он ниже аналогичного показателя по Дальнему Востоку. На 1,7% снизилась смертность от причин, обусловленных алкоголем, хотя показатель 59,2 на тысячу населения превышает средний по России и Дальневосточному федеральному округу. Так, мы проанализировали данные Росстата по региону с 2005 по 2022 г., и оказалось, что смертность от случайного отравления алкоголем за последние 17 лет снизилась почти в 6 раз. Однако на сегодняшний

день этот показатель превышает аналогичный в Дальневосточном федеральном округе и Российской Федерации в 1,7 раза.

На 6% снизился показатель заболеваемости среди лиц, употребляющих наркотические вещества с вредными последствиями, хотя показатель по региону по-прежнему значительно превышает средние показатели по Дальневосточному федеральному округу и России.

– **То есть у наркологов края хватает работы?**

– Наша работа – это дальше выстраивать эффективную систему профилактики, лечения, реабилитации. Может быть, даже не все знают, что Российская Федерация – одна из немногих стран в мире, где в системе здравоохранения действует специализированная наркологическая служба. В регионе, как и в других, наркологическая помощь оказывается как амбулаторно, так и стационарно. Наркологическая служба у нас представлена крайевым наркологическим диспансером, 4 стационарными отделениями в медицинских организациях региона, а также 32 наркологическими кабинетами, расположенными в районах края. Всего развёрнуто 156 наркологических коек круглосуточного пребывания, из них 120 на базе диспансера и суммарно 36 коек в 4 медицинских организациях, расположенных в районах края. В регионе на сегодня работает 51 врач психиатр-нарколог (показатель обеспеченности населения составил 0,49 на 10 тыс. населения, что выше среднего по Дальневосточному федеральному округу и России). Именно эти специалисты стоят на страже здоровья наших земляков.

В начале беседы мы говорили о 21 198 пациентах с наркологическими расстройствами. Почти половина из них – это молодые люди 20-39 лет. И 42% составляют лица тоже трудоспособного возраста – 40-59 лет. Ещё 10-15 лет назад наркологи били тревогу, что лица 60-70 лет и старше имеют проблемы со злоупотреблением алкоголем при так называемом вхождении в старость. А сейчас в общей структуре лица 60 лет и

старше составляют меньше 5%. К сожалению, пациенты в возрасте 18-19 лет тоже есть, их около 2%, в возрастной группе до 17 лет – также 2% от общего числа. Поэтому мы работаем и со взрослыми, и с несовершеннолетними.

– **В своей работе вы также большую роль отводите медицинской реабилитации в восстановлении пациентов.**

– Десять лет назад, когда было создано отделение медико-социальной реабилитации на базе Забайкальского краевого наркологического диспансера, мы начинали практически с нуля. Сама по себе организация реабилитации больных наркологическими заболеваниями после проведённого им медикаментозного лечения была наиболее проблемным аспектом в системе оказания наркологической помощи не только у нас, но и в Российской Федерации в целом. Это было связано с тем, что в стране отмечался серьёзный дефицит реабилитационных коек и достаточно ограниченный репертуар используемых реабилитационных технологий, а также чрезвычайно низкий процент больных, поступающих в программы реабилитации после проведённого лечения, не очень хорошие показатели ремиссий наркологического заболевания после проведённой терапии.

В настоящее время в отделении медицинской реабилитации нашего диспансера помощь пациентам с наркологическими расстройствами оказывается по специальной методике, в основе которой лежит программа «12 Шагов». Данная программа направлена на помощь в нравственном очищении личности, способствует её духовному возрождению, обретению общечеловеческих ценностей и преодолению зависимости от алкоголя или наркотиков. Помощь пациентам оказывается бригадой специалистов, в состав которой входят психиатр-нарколог, психолог, психотерапевт, специалист по социальной работе, социальный работник. Наряду с применением медикаментозных препаратов в отделении используются физиотерапия и оксигенотерапия (СПА-капсула), а также семейная, групповая и индивидуальная психотерапия, лечебная физкультура и терапия средой. В процессе реабилитации активно используется трудотерапия. В отделении открыт швейный цех, имеется кукольный театр и мини-типография. В моленной комнате священнослужителями Забайкальской Епархии проводятся консультации и службы для пациентов. Проходят заседания групп анонимных алкоголиков и анонимных наркоманов. Всё это в совокупности даёт нам возможность добиваться хороших результатов. Так, по итогам 2022 г. успешно завершили стационарный этап реабилитации около 80% от числа включённых в программу, что сопоставимо с показателями по стране.

Таким образом, методология реабилитационного процесса первого в крае отделения медицинской реабилитации основана на создании условий для личного и социального роста реабилитантов посредством их приобщения к труду и обучения основным социальным навыкам с последовательным и постепенным расширением социальной активности. Основными принципами организации реабилитационной программы и создания эффективной реабилитационной среды являются долгосрочность, систематический труд, психологическая помощь и, по мере возможности, постреабилитационное сопровождение.

Найла САФИНА,
внешт. корр. «МГ»,
доктор медицинских наук.

Чита – Москва.

Первая деловая игра главных врачей стала своего рода пилотным проектом, организаторами которого выступили Совет ректоров медицинских и фармацевтических высших учебных заведений, Сеченовский университет и Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н.Бурденко. Участники мероприятия смогли в форме активного занятия проверить свои навыки и получить новые знания.

На базе Бутурлиновки

Сеченовский университет организовал сетевое обучение с воронежскими коллегами. Организаторы полностью доверились выбору принимающей стороны в определении конкретной локации. И не прогадали. Честь проведения мероприятия выпала Бутурлинскому району Воронежской области, который активно развивается. Здесь строятся новые лечебные учреждения, поэтому и тематика игры как нельзя лучше соответствовала этой территории.

По легенде было необходимо создать эффективную управленческую и кадровую команду для формирующейся 1000-коечной больницы.

«Очень актуальная тема. Сегодня на фоне пандемии COVID-19 во многих регионах создаются областные инфекционные больницы, – отметил заведующий кафедрой общественного здоровья и здравоохранения им. Н.А.Семашко Сеченовского университета профессор Владимир Решетников. – Например, недавно такая была открыта в Саратове. Там также занимались формированием новой команды. Это главная изюминка игры».

«Такое представительное медицинское сообщество мы видим у себя в первый раз, – такими словами приветствовал участников глава Бутурлинского района Юрий Матузов. – Конечно, мы испытываем определённое волнение. Но самое главное, что желание провести это мероприятие совпало и у организаторов, и у участников. Мы уделяем большое внимание преемственности подготовки высококвалифицированных специалистов и гордимся, что в нашем районе она продолжается от медицинского класса до целевой подготовки в Воронежском государственном медицинском университете им. Н.Н.Бурденко. Администрация уделяет большое внимание развитию здравоохранения. Отмечу, что у нас планируется строительство нового стационара».

Новый – для главврачей, привычный – для студентов

«Вопросами деловых игр мы занимаемся достаточно давно, 7-8 лет, – подчеркнул В.Решетников. – Апробировали это на наших студентах, магистрантах, ординаторах. Я представлял наш опыт на Всероссийском совещании кафедр организации здравоохранения и общественного здоровья. Но в данном случае появилась потребность заниматься именно с руководителями лечебных учреждений, чтобы наметить общий подход к управлению и пути решения возникающих вопросов».

Формат деловой игры интересен тем, что задаются некоторые параметры, а играющие могут импровизировать в тех или иных ситуациях. Так часто бывает и в жизни, где не всегда есть готовые решения. В этом и интерес интерактивного метода проведения занятий, когда все работают, обучаются, а не просто слушают лектора. Это позволяет лучше усваивать информацию.

По мнению ректора Воронежского ГМУ им. Н.Н.Бурденко профессора Игоря Есауленко, любое общество определяется личностями, которые плодотворно работают, двигают вперёд науку, развивают определённые направления. «Лидеров можно готовить. Нужно их воспитывать в своей среде,

поощрять, давать необходимые компетенции. Уповать на то, что природа подарит нам выдающихся личностей, можно, но процессом необходимо управлять. В коллективах, где есть люди, готовые прибегать к инновациям, генерировать идеи, формируется команда, и вопросы управления решаются легче», – сказал И.Есауленко.

Больница есть – формируем команду

Ведущим игры выступил профессор кафедры общественного здоровья и здравоохранения им. Н.А.Семашко Сеченовского университета Валерий Трегубов. Для налаживания коммуникаций накануне все участники пообщались



Владимир Решетников преподносит книгу главному врачу Бутурлинской районной больницы Евгению Сычёву

Ориентиры

Не только форма, но и содержание

Как готовить лидеров здравоохранения



Задание выполняет начальник отдела оказания медицинской помощи взрослому населению Департамента здравоохранения Воронежской области Надежда Остроушко

в формате видеоконференции на инструкторско-методическом занятии. По словам организаторов, чтобы выходить на такое мероприятие, необходимо быть в контакте с аудиторией, чувствовать её. Однако волнение присутствовало у всех до самого начала.

Началась игра с определения экспертов и, самое важное, – выбора главного врача формирующейся больницы. На помощь

пришёл метод социометрии. Претендентам предстояло выполнить несколько заданий и ответить на ряд вопросов. В итоге из группы был выбран самый опытный руководитель, который максимально подходил на эту должность и по знаниям, и по авторитету среди коллег, и по лидерским качествам. Далее среди остальных участников были распределены различные роли, где каждый

должен был подготовить короткий доклад на заданную тему. Причём многие успели сделать даже презентации.

Итоги мероприятия ещё только предстоит подвести. Своими впечатлениями перед участниками поделилась заместитель руководителя Департамента здравоохранения Воронежской области, заведующая кафедрой управления в здравоохранении ВГМУ им. Н.Н.Бурденко Наталья Евгеньевна Нехаенко: «Никто не должен пожалеть, что он сюда приехал и потратил своё время. Это новая ступенька, новая грань, новое отношение к некоторым вещам. Я ещё раз убедилась, что у нас действительно команда руководителей. Мне очень понравилось ваше умение ловить настроение друг друга, реплики, чувствовать коллег. Это на самом деле дорогого стоит. Вы настоящие профессионалы, знаете базу и процессы. Игра показала и то, что нам с вами многому надо учиться. И не только по содержанию, но и по форме».

Деловая игра длилась почти 6 часов. Всем участникам были подарены монографии, написанные В.Решетниковым, И.Есауленко, Н.Нехаенко, Н.Соколовым на тему: «Модель подготовки лидеров здравоохранения на этапах высшего и

последипломного медицинского образования».

Будущее за активными методами обучения

После мероприятия корреспондент «МГ» попросил В.Решетникова подвести итоги и ответить на несколько вопросов.

– Владимир Анатольевич, всё ли получилось?

– Чтобы подвести итоги, необходимо услышать мнения самих врачей, которые были в роли экспертов и обучаемых, получить от них отзывы. В Воронежском ГМУ проведут эту работу. И тогда можно будет чётко сказать, что получилось, а чему необходимо уделить внимание в будущем.

Мы только наметили пути и надемся, если всё продолжится, то это должен быть цикл игр. Тогда уже будет единый подход по многим вопросам. Но самое главное – решается важная задача создания управленческой команды главных врачей в Воронежской области на основе единого понимания и методологии. Они сделали важный шаг в формировании своей корпоративной культуры, о чём говорила заместитель руководителя областного департамента здравоохранения.

В целом всё прошло по плану. Главный вывод – этот активный метод обучения необходимо расширять.

– Насколько жизнеспособны такие деловые игры в профессиональной среде как самостоятельный способ получения знаний и навыков?

– Такой формат, как лекции, в современных условиях скоро полностью перейдёт в дистанционную форму. Обучаемый должен иметь возможность слушать не только лектора своего вуза, но и, например, из другого города или даже из-за рубежа. Нельзя ограничивать право выбора.

За исключением каких-то проблемных лекций, всё остальное уйдёт в дистанционку, а их место займут активные методы обучения – мастер-классы, деловые игры. Мой вывод, что это направление необходимо расширять. Мы на правильном пути.

– Возможно, мы скоро увидим деловые игры в аттестации медицинских работников?

– Я бы не стал это формализовать. В деловых играх важна раскрепощённость. Нельзя создавать давление на участника, что он должен сделать так-то и за это получить баллы. Безусловно, игры могут входить в программу дополнительного профессионального образования, которую разрабатывает вуз, стать её органической частью. Получать баллы будут не за конкретное участие в активных методах обучения, а за всё в целом. Обучаемый должен получить максимальную пользу от мероприятия, в том числе для своего внутреннего роста как руководителя.

Мы сделали первый шаг и заинтересовали аудиторию, руководство региона, теперь должны идти дальше.



Обучение не заканчивается, даже если ты главный врач или его заместитель



Сергей
БУДАЧЕНКОВ,
спец. корр. «МГ».

Бутурлиновка –
Москва.

Фото автора.

КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 15 (2375)

Гастрит – воспалительное заболевание слизистой оболочки желудка. Различают острый и хронический гастриты. Хронический гастрит – группа хронических заболеваний, которые морфологически характеризуются персистирующим воспалительным инфильтратом и нарушением клеточного обновления с развитием кишечной метаплазии, атрофии и эпителиальной дисплазии в слизистой оболочке желудка.

Хронический дуоденит характеризуется воспалительной инфильтрацией слизистой оболочки двенадцатиперстной кишки, желудочной метаплазией эпителия и нарушениями гистоархитектоники и в виде укорочения ворсинок и углубления крипт.

Этиология и патогенез

Гастритические изменения представляют собой реакции слизистой оболочки желудка в ответ на различные эндогенные и экзогенные патогенные факторы. К основным изменениям, из которых складывается морфологическая картина хронического гастрита, относятся воспаление, атрофия, нарушение клеточного обновления, в том числе метаплазия и дисплазия.

Бактерия *Helicobacter pylori*, колонизирующая слизистую оболочку желудка, служит этиологическим фактором гастрита. Установление этиологического значения *H. pylori* сделало хронический гастрит четко очерченной и клинически значимой нозологической единицей – заболеванием с известной причиной, этапами патогенетического развития, определенным прогнозом и, наконец, определило возможности этиотропного лечения. В. Marshall и J. Warren, которым впервые удалось выделить культуру ранее неизвестного грамотрицательного микроорганизма из биоптатов желудка человека, уже в первой публикации, открывшей широкомасштабное изучение *H. pylori*, связали наличие этой бактерии с инфильтрацией полиморфно-ядерными лейкоцитами эпителия и собственной пластинки слизистой оболочки на фоне лимфоцитарной инфильтрации. Способность *H. pylori* колонизировать слизистую оболочку желудка и вызывать острый, а затем хронический гастрит, получила блестящее подтверждение в опытах по самозаражению независимым проведенных В. Marshall (1985) и А. Morris (1987). Большое значение для изучения патогенетического значения *H. pylori* имеют эксперименты на животных: моделями, на которых удаётся воспроизвести геликобактерный гастрит и некоторые другие *H. pylori*-ассоциированные заболевания, служат мыши, монгольские песчанки, морские свинки, гнотобионтные поросята и приматы. На модели монгольской песчанки воспроизведена парадигма канцерогенеза в желудке (каскад Корреа): хроническое воспаление, вызванное *H. pylori*, кишечная метаплазия, атрофия, дисплазия/интраэпителиальная метаплазия и инвазивная аденокарцинома. Разным авторам удавалось воспроизвести гастрит у человека после заражения добровольцев культурой *H. pylori*.

Колонизацию слизистой оболочки и выживание *H. pylori* в особой среде желудка обеспечивает целый ряд факторов. Уреаза, фермент, гидролизующий мочевины с образованием аммония и углекислого газа, имеет значение для нейтрализации кислоты в окружении микроорганизма. Жгутики позволяют бактерии «целенаправленно» двигаться в слое слизи над эпителием. Другие ферменты бактерии способны вызывать деградацию муцина. Около 10% *H. pylori* непосредственно контактируют с эпителием. Адгезия *H. pylori* с эпителиоцитами – сложный процесс, в котором участвует целый ряд поверхностных белков. Например, *babA* (blood group antigen binding adhesion) – адгезин, который связывается с *Leb*-ангигенами групп крови на эпителиоцитах; аллель гена этого адгезина – *babA2* – тесно ассоциирована с развитием язвенной болезни и рака желудка в некоторых популяциях.

В геноме бактерии выделяют «островок патогенности» *cad PAI*, маркером которого служит ген *cadA* – цитотоксинассоциированный ген А. Этот ген обнаруживается у 50-70% штаммов *H. pylori*. Некоторые белки, которые кодирует *cad PAI*, служат для построения секреторной системы IV типа бактерии, благодаря которой *H. pylori* при прикреплении к эпителиоциту желудка вводит внутрь клетки

хозяйина *CagA*, пептидогликан, а возможно, и другие собственные молекулы. Белки *H. pylori* в эпителиоците запускают несколько сигнальных путей, результатом чего служат изменение цитоскелета клетки хозяина, нарушение межклеточных контактов, изменение пролиферации и апоптоза, а также провоспалительный эффект. Эпителиоциты желудка отвечают на присутствие *H. pylori* высвобождением IL-8 и хемокина, экспрес-

сируемого и секретируемого Т-клетками при активации (RANTES), что приводит к активной воспалительной реакции в слизистой оболочке. Около 50% штаммов *H. pylori* секретируют высокоиммуногенный белок – вакуолизирующий цитотоксин А (*VacA*), который соответственно вызывает вакуолизацию клеток *in vitro*, а *in vivo* его связывают с воспалением и апоптозом. Таким образом, колонизация *H. pylori* поддерживает персистенцию воспалительного инфильтрата в слизистой оболочке желудка. *H. pylori*-индуцированное воспаление приводит к атрофии – необратимой утрате желез желудка с замещением их фиброзной тканью или метаплазированным эпителием. Атрофический гастрит, особенно с поражением тела желудка и гипохлоргидрией, доказанно служит фактором риска аденокарциномы желудка.

Патоморфологические данные, а также исследования с применением теста проницаемости сахарозы доказывают, что при гастритах, а также при функциональной диспепсии имеет место синдром повышенной эпителиальной проницаемости, выраженность которого коррелирует с активностью воспалительного процесса в слизистой оболочке желудка.

H. pylori вносит вклад в возникновение этого синдрома, оказывая негативное влияние на структурные компоненты плотных контактов эпителиоцитов. Таким образом, синдром повышенной эпителиальной проницаемости участвует в патогенезе гастрита, а медикаментозная терапия, оказывающая цитопротективный эффект, патогенетически обоснована.

В основе аутоиммунного гастрита лежат аутоиммунные механизмы, что подтверждается наличием антител против антигенов париетальных клеток и/или против внутреннего фактора, а также сочетанием гастрита с другими аутоиммунными заболеваниями (аутоиммунный тиреоидит, сахарный диабет 1-го типа, витилиго и др.).

Другие особые формы гастрита встречаются реже, характеризуются специальными этиологическими факторами или могут сопровождать другие заболевания. Лимфоцитарный гастрит может быть связан с глютеновой энтеропатией, эозинофильный гастрит протекает в рамках эозинофильного гастроэнтерита, гранулематозный гастрит ассоциируется с болезнью Крона, саркоидозом, васкулитами.

Эпидемиология

Инфекция *H. pylori* имеет глобальное значение и широко распространена, в том числе и в нашей стране, где, по данным эпидемиологических исследований, в различных регионах инфицированы более 65-92% взрослого населения. Высокая частота *H. pylori* определяет высокую частоту хронического гастрита.

Согласно статистическим материалам «Заболеваемость взрослого населения России в 2019 г.», зарегистрировано более 538 тыс. взрослых с установленным впервые в жизни диагнозом «гастрит и дуоденит», и заболеваемость взрослых составила 462,0 : 100000. Всего в 2019 г. по обращаемости взрослого населения зарегистрировано более 700 тыс. случаев с диагнозом «гастрит и дуоденит». Таким образом, диагноз «гастрит» широко применяется в практике здравоохранения. Этот факт, с одной стороны, отражает высокую реальную частоту заболевания, но, с другой стороны, служит свидетельством субъективных и объективных трудностей как в интерпретации симптомов диспепсии, так и в доступности необходимых методов диагностики, в первую очередь видеодископии

высокой чёткости с электронной/виртуальной хромоскопией и увеличением и патолого-анатомического исследования биоптатов слизистой оболочки желудка.

Классификация

В докладе Киотского консенсуса для хронического гастрита предложена классификация, в основу которой положен этиологический принцип:

Аутоиммунный гастрит

Инфекционный гастрит

- гастрит, вызванный *Helicobacter pylori*
- бактериальный гастрит (*Helicobacter heilmannii*, *Enterococcus*, *Mycobacteria*, вторичный сифилитический гастрит)
- флегмона желудка
- вирусный гастрит (энтеровирус, цитомегаловирус, вирус Эпштейна – Барр)

Клиническая картина

Под диспепсией понимают такие симптомы, как боль или жжение в эпигастральной области, переполнение в эпигастральной области, чувство раннего насыщения. Хронический гастрит, который характеризуется

Гастрит и дуоденит

- микотический гастрит (мукомироз, кандидоз, гистоплазмоз)
- паразитарный гастрит (*Cryptosporidium*, *Strongyloides stercoralis*).

Гастрит, вызванный внешними причинами

- гастрит, вызванный лекарствами
- алкогольный
- радиационный
- химический
- вызванный билиарным рефлюксом
- вызванный другими определёнными внешними причинами.

Гастрит, вызванный специальными причинами

- лимфоцитарный
- болезнь Менетрие
- аллергический
- эозинофильный.

Гастрит, обусловленный другими классифицированными заболеваниями

- при саркоидозе
- при васкулите
- при болезни Крона.

Сиднейская классификация хронического гастрита (1990), модифицированная в 1994 г. в Хьюстоне, учитывает топографию поражения (тело желудка, антральный отдел) и морфологические изменения слизистой оболочки желудка (степень активности воспаления, выраженность воспаления, выраженность атрофии и метаплазии, наличие и степень колонизации *H. pylori*). Данные характеристики оцениваются с помощью визуальной аналоговой шкалы, полуколичественно по степени выраженности морфологического признака – норма (отсутствие признака), слабый, умеренный, выраженный. Применение визуальной аналоговой шкалы снизило субъективность оценки при характеристике гистологической картины. Топография и гистологическая характеристика гастрита важны, так как фенотип гастрита определяет риск развития таких заболеваний, как язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, язвенная болезнь желудка и рак желудка.

Стадия и степень атрофического гастрита и кишечной метаплазии (метастатической атрофии) служат индикаторами риска развития рака желудка. Для того чтобы облегчить и, по возможности, стандартизировать определение прогноза хронического гастрита, в первую очередь оценку риска развития рака желудка, применяется несколько методик. Прогностическая система OLGА (Operative Link for Gastritis Assessment) использует визуальную аналоговую шкалу Сиднейской классификации. Для определения стадии гастрита соотносят гистологическую выраженность атрофии с её топографией: стадия 0 означает минимальный риск канцерогенеза, а стадия IV – соответственно максимальный, в 5-6 раз превышающий показатели риска рака желудка в популяции. Российский пересмотр системы OLGА за счёт визуализации с помощью пиктограмм значительно упрощает оценку атрофии (метастатической атрофии) слизистой оболочки желудка. Российский пересмотр OLGА-system одобрен III съездом Российского общества патологоанатомов и утверждён Федеральной службой в сфере здравоохранения и социального развития (ФС № 2010/220 от 10.06.2010). Аналогичная по базовым принципам система OLGIM анализирует вместо атрофии кишечную метаплазию.

Всё более широко используется эндоскопическая оценка распространённости атрофии слизистой оболочки желудка по Кимура – Такемото либо по модифицированной шкале EGA, а также эндоскопическая оценка выраженности кишечной метаплазии по шкале EGGIM.

Наличие острых и/или хронических эрозий желудка и двенадцатиперстной кишки следу-

определёнными морфологическими изменениями слизистой оболочки, часто не является причиной возникновения симптомов, в том числе диспепсических. Однако у части больных с диспепсией имеющиеся клинические симптомы могут быть обусловлены хроническим *H. pylori*-ассоциированным гастритом, что доказывается стойким их исчезновением после эрадикации инфекта. Диспепсию, ассоциированную с *H. pylori* и хроническим гастритом, в докладе Киотского консенсуса предложено рассматривать как самостоятельную клиническую форму. Наоборот, персистенция диспепсических симптомов, несмотря на успешно проведённую эрадикацию *H. pylori*, рассматривается как проявление функционального заболевания – функциональной диспепсии.

Гастродуоденальные эрозии, в том числе обусловленные приёмом НПВП, нередко протекают малосимптомно и могут манифестировать острым желудочно-кишечным кровотечением.

Клиническую картину аутоиммунного гастрита обычно связывают с проявлениями дефицита витамина В₁₂ (макроцитарная анемия, неврологическая симптоматика), железodefицитной анемией и сочетанными аутоиммунными заболеваниями. Однако имеются исследования, которые позволяют говорить о наличии гастроэнтерологических симптомов у пациентов с аутоиммунным гастритом. Гастроэнтерологические симптомы зарегистрированы у 60% пациентов с аутоиммунным гастритом, причём представлены они в основном диспепсическими симптомами, которые чаще наблюдались у пациентов моложе 55 лет, некурящих и без анемии. В другом исследовании эпигастральная боль установлена в 35% случаев аутоиммунного гастрита, тошнота – в 22%, раннее насыщение – в 10%, тяжесть после еды – в 7,1%. Частыми симптомами оказались изжога (24%) и регургитация (12%). С помощью рН-импедансометрии при аутоиммунном гастрите показано, что неадекватные рефлюксы могут быть ассоциированы с наличием симптомов.

Диагностика

Критерии установления диагноза заболевания/состояния:

Диагноз гастрита основан на гистологическом выявлении воспаления слизистой оболочки желудка (нейтрофильные лейкоциты в собственной пластинке и интраэпителиально, плотность мононуклеарной воспалительной инфильтрации), а также атрофии и кишечной метаплазии.

Современные методы эндоскопического исследования, в частности видеодископия высокой чёткости с электронной/виртуальной хромоскопией и увеличением, предоставляют дополнительные высокоинформативные возможности для диагностики гастрита, дуоденита предраковых изменений слизистой оболочки желудка.

Важнейшим этиологическим фактором гастрита служит инфекция *H. pylori*, и положительные тесты на *H. pylori* свидетельствуют о наличии хронического гастрита.

Жалобы и анамнез. При сборе анамнеза следует уточнить, проводилась ли ранее пациенту ЭГДС с биопсией; имелись ли при этом указания на наличие предраковых состояний и изменений слизистой оболочки желудка (атрофия, кишечная метаплазия, эпителиальная дисплазия). Для оценки прогноза важно уточнить, была ли ранее проведена эрадикационная терапия инфекции *H. pylori*, с помощью какой схемы лечения, проведён ли контроль эффективности антихеликобактерной терапии.

Для аутоиммунного гастрита важны указания в анамнезе на дефицит витамина В₁₂ и макроцитарную анемию, наличие таких аутоиммунных заболеваний, как аутоиммунный тиреоидит, сахарный диабет 1-го типа, витилиго и др., выявленную при ранее проведенном эндоскопическом и патологоанатомическом исследовании атрофию слизистой оболочки тела желудка при относительно сохранной слизистой оболочке антрального отдела.

Физикальное обследование. При физикальном обследовании, как правило, нет данных, которые были бы характерны для гастрита.

Лабораторные диагностические исследования. Всем пациентам с гастритом с целью исключения анемии из-за кровотечений при эрозивном поражении гастроуденальной слизистой оболочки или из-за аутоиммунного гастрита рекомендуется выполнение общего (клинического) анализа крови с определением уровня гемоглобина, гематокрита, объема эритроцита, цветового показателя.

Клинический анализ крови при хроническом гастрите чаще всего остаётся без существенных изменений, но может обнаруживаться анемия как микроцитарная, свидетельствующая о явных либо скрытых кровотечениях или нарушении всасывания железа, так и макроцитарная вследствие дефицита витамина В₁₂ при аутоиммунном поражении желудка.

Всем пациентам с подозрением на аутоиммунный гастрит с целью подтверждения диагноза рекомендуется проведение анализа крови на антитела к париетальным клеткам и антитела к фактору Касла.

Мишенью антител к париетальным клеткам служит Н⁺/К⁺-АТФ-аза (альфа и бета субъединицы протонной помпы). Их выявляют у 85-90% больных с пернициозной анемией. Чувствительность для диагноза аутоиммунного гастрита составляет ~80%, специфичность низкая (обнаруживаются у лиц без аутоиммунного гастрита). Антитела к внутреннему фактору блокируют связывание кобаламина с внутренним фактором. Чувствительность для диагностики аутоиммунного гастрита ~50%, но специфичность достигает 99%.

Всем пациентам с подозрением на наличие при гастрите предраковых изменений желудка (атрофия, кишечная метаплазия) с целью подтверждения диагноза, оценки степени риска развития рака желудка и определения порядка эндоскопического наблюдения рекомендуется проведение анализа крови на пепсиноген I, пепсиноген II и гастрин-17.

Диагноз атрофического гастрита стал более доступным благодаря сывороточным маркерам атрофии слизистой оболочки тела и антрального отдела желудка. Низкий уровень сывороточного пепсиногена I имеет высокую чувствительность и специфичность (84 и 95% соответственно) в диагностике выраженной атрофии слизистой оболочки тела желудка. Для атрофии слизистой оболочки антрального отдела характерны низкие уровни базального и постпрандиального гастрин-17 за счёт уменьшения количества G-клеток.

При длительном наблюдении лиц с нормальным сывороточным пепсиногеном, независимо от наличия H.pylori, частота развития рака желудка была незначительной. У лиц с низким уровнем пепсиногена, свидетельствующим об атрофическом гастрите тела желудка, частота развития рака желудка была существенно выше (3,5-6 на 1000 в год). В данной группе заболеваемость раком желудка была больше при отрицательном результате антител к H.pylori, что было связано с выраженной атрофией и метаплазией, препятствующих дальнейшей колонизации H. pylori. В исследовании, проведенном в Российской Федерации, рак желудка был ассоциирован с низким уровнем пепсиногена I (отношение шансов (ОШ) 2,9; 95% доверительный интервал (ДИ): 1,3-6,4), низким соотношением пепсиногена I к пепсиногену II (ОШ 3,3; 95% ДИ 1,5-7,3), низким уровнем гастрин-17 (ОШ 1,8; 95% ДИ 0,7-4,8). Метаанализ 20 исследований, включавших 4241 пациента, показал, что для диагноза атрофического гастрита сочетанная оценка сывороточного пепсиногена, гастрин-17 и антител класса IgG к H.pylori продемонстрировала чувствительность 74,7% (95% ДИ: 62,0 – 84,3) и специфичность 95,6% (95% ДИ: 92,6-97,4). Отрицательная предсказательная ценность составила 91%. Метаанализ исследования, включавшего 1520 пациентов с аденокарциномой желудка и 2265 пациентов с атрофическим гастритом, продемонстрировал, что сывороточный пепсиноген служит надёжным неинвазивным скрининговым маркером рака желудка и предракового заболевания – атрофического гастрита.

Инструментальные диагностические исследования. Всем пациентам с целью подтверждения диагноза гастрита и дуоденита, выявления и ранжирования предраковых

состояний и изменений слизистой оболочки желудка, в первую очередь распространённости и степени атрофии, кишечной метаплазии и дисплазии, при отсутствии противопоказаний, рекомендуется проведение эзофагогастродуоденоскопии (ЭГДС).

Для диагностики предраковых изменений желудка при традиционной эндоскопии в белом свете корреляция между эндоскопическими и гистологическими данными неудовлетворительна, результаты эндоскопии высокого разрешения более надёжны. В многоцентровых проспективных исследованиях специфичность эндоскопии высокого разрешения в белом свете для диагностики кишечной метаплазии составила 98%, чувствительность – 53% и 59%; для диагностики неоплазии специфичность оказалась > 95%, чувствительность – 74 и 29%. В метаанализе, включавшем 10 исследований и 699 пациентов, чувствительность, специфичность и площадь под кривой (AUC) хромоэндоскопии с красителями для диагностики предраковых изменений и раннего рака желудка составили 0,90 (95% ДИ 0,87-0,92), 0,82 (95% ДИ 0,79-0,86) и 0,95 соответственно, что превосходит результаты эндоскопии в белом свете.

Всем пациентам для диагностики предраковых состояний и/или изменений слизистой оболочки желудка при возможности рекомендуется выполнение ЭГДС высокого разрешения и виртуальной хромоэндоскопии с увеличением или без него, в том числе для выполнения прицельной биопсии с целью оценки стадии атрофии и кишечной метаплазии и выявления неоплазии.

Систематический обзор показал, что эндоскопическое исследование в режиме NBI (в большинстве исследований с увеличением) для диагностики кишечной метаплазии продемонстрировало чувствительность и специфичность 86 и 77%, а для диагностики дисплазии – 90 и 83%. На основании воспроизводимых признаков эндоскопии в режиме NBI была предложена упрощённая классификация изменений слизистой оболочки, точность диагностики кишечной метаплазии составила 84%, дисплазии – 95%. Отмечено, что представленные результаты зависят от подготовки и лучше у опытных эндоскопистов. В проспективном многоцентровом исследовании с применением данной классификации чувствительность и специфичность для диагностики кишечной метаплазии составили 87 и 97%, для диагностики дисплазии – 81 и 99%.

Всем пациентам, у которых впервые проводится диагностическая ЭГДС, для адекватного стадирования предраковых состояний слизистой оболочки желудка у пациентов с подозрением на наличие атрофических, метапластических и неопластических изменений рекомендуется проведение биопсии (с последующим патологоанатомическим исследованием биопсийного материала желудка, в том числе с применением гистохимических и иммуногистохимических методов) как для диагностики инфекции H.pylori, так и для идентификации стадий атрофического гастрита.

Выполнение биопсии рекомендуется из двух отделов желудка (по два биоптата из тела и антрального отдела по малой и большой кривизне). Биоптаты из тела и антрального отдела желудка необходимо чётко маркировать и помещать в отдельные контейнеры. Дополнительная биопсия должна быть взята из каждого видимого патологического участка слизистой оболочки желудка. Если для оценки тяжести атрофического гастрита планируется использование систем OLGA или OLGIM, возможно дополнительное взятие биопсии из угла желудка.

Диагноз «гастрит» традиционно рассматривается как диагноз морфологический. В соответствии с требованиями Модифицированной Сиднейской системы для правильной интерпретации состояния слизистой оболочки желудка необходимо минимум 5 биоптатов. Определены места для получения биопсийного материала: 2 – из антрального отдела на расстоянии 3 см от привратника по большой и малой кривизне, 2 – из тела желудка посередине большой кривизны и на 4 см проксимальнее угла по малой кривизне, 1 – из угла желудка. В настоящее время хромоэндоскопия обеспечивает прецизионное взятие биопсии, что в сочетании с биопсией из фиксированных точек обеспечивает лучшую диагностику предраковых изменений. Биопсия из угла желудка позволяет более точно определять предраковые изменения, особенно в тех случаях, когда хромоэндоскопия и другие методы эндоскопии с расширенными возможностями недоступны. Биопсия из угла желудка позволяет более точно оценить стадии в соответствии с OLGA и OLGIM, которые коррелируют с риском развития рака желудка.

Иные диагностические исследования. Всем пациентам с гастритом с целью определения показаний к этиотропной эрадикационной терапии рекомендуется про-

ведение тестирования на наличие инфекции с помощью 13С-уреазного дыхательного теста на Helicobacter pylori или определения антигена H.pylori в кале, а при проведении ЭГДС – с помощью быстрого уреазного теста.

В соответствии с рекомендациями согласительного совещания «Маастрихт-V» (2016) наиболее оптимальными тестами первичной диагностики инфекции H.pylori служат 13С-дыхательный уреазный тест и определение антигена H.pylori в кале. Так, согласно последнему Кокрейновскому обзору и метаанализу, чувствительность 13С-дыхательного уреазного теста составляет 94% (95% ДИ: 0,89-0,97), а определение антигена H. pylori в кале – 83% (95% ДИ: 0,73-0,90) при специфичности в 90%.

При проведении ЭГДС методом первичной диагностики может быть быстрый уреазный тест. При использовании эндоскопических методов диагностики H.pylori берут как минимум 2 биоптата из тела желудка и 1 биоптат из антрального отдела. Серологический метод выявления антител класса IgG к H.pylori также может применяться для первичной диагностики инфекции H.pylori. Микробиологический (бактериологический) метод (микробиологическое (культуральное) исследование биоптатов слизистой желудка на H.pylori с определением чувствительности к антибактериальным препаратам) применяется в настоящее время для определения индивидуальной чувствительности бактерии в случаях неэффективности лечения.

Для контроля эрадикации, который проводят через 4-6 недель после окончания эрадикационной терапии, лучше всего применять 13С-уреазный дыхательный тест или определение антигена H.pylori в кале. Во избежание ложноотрицательных результатов приём ИПН необходимо прекратить за 2 недели до предполагаемого контрольного исследования. Кроме того, отрицательный результат исследования на инфекцию H.pylori должен быть обязательно подтверждён другим методом диагностики.

Лечение

Медикаментозное лечение. Всем пациентам с хроническим гастритом с положительными результатами тестирования на инфекцию H.pylori в качестве этиологического лечения рекомендуется проведение эрадикационной терапии.

Всем пациентам с атрофическим гастритом с положительными результатами тестирования на инфекцию H.pylori для предотвращения прогрессирования атрофии рекомендуется проведение эрадикационной терапии.

H.pylori служит этиологическим фактором хронического гастрита. Эрадикационная терапия инфекции позволяет излечить неатрофический гастрит, что сопровождается хорошо изученными гистологическими изменениями: в ранние сроки исчезает инфильтрация эпителия и собственной пластинки слизистой оболочки полиморфно-ядерными лейкоцитами; инфильтрация лимфоцитами и плазматическими клетками снижается в достаточно ранние сроки, но не исчезает полностью более года после эрадикации; лимфоидные фолликулы также сохраняются более года после этиологического лечения, хотя число их и сокращается. По итогам нескольких метаанализов установлено, что в результате эрадикационной терапии H.pylori происходит регрессия или как минимум стабилизация атрофии слизистой оболочки в теле и антральном отделе желудка, при этом возможно добиться только стабилизации, но не обратного развития кишечной метаплазии.

В качестве схемы первой линии служит стандартная тройная схема эрадикационной терапии, включающая в себя ИПН (в стандартной дозе – омепразол 20 мг, пантопризол 40-20 мг, рабепразол 20 мг, эзомепразол 20 мг – 2 раза в сутки), кларитромицин (по 500 мг – 2 раза в сутки) амоксициллин (по 1000 мг – 2 раза в сутки). Стандартную тройную терапию следует назначать, применяя различные меры, повышающие её эффективность.

Как вариант эрадикационной терапии первой линии, например, при переносимости препаратов группы пенициллина (АТХ – бета-лактамы антибактериальные препараты: пенициллины) может быть назначена классическая четырёхкомпонентная схема на основе висмута трикалия дицитрата (120 мг 4 раза в сутки) в комбинации с ИПН (в стандартной дозе 2 раза в сутки), тетрациклином (500 мг 4 раза в сутки), метронидазолом (по 500 мг 3 раза в сутки).

Квадротерапия с висмута трикалия дицитратом применяется также как основная схема терапии второй линии при неэффективности стандартной тройной терапии. Другой схемой терапии второй линии служит эрадикационная схема, включающая в себя ИПН – в стандартной дозе 2 раза в сутки (омепразол 20 мг, пантопризол 20 мг,

рабепразол 20 мг, эзомепразол 20 мг), левофлоксацин (в дозе 500 мг 2 раза в сутки) и амоксициллин (в дозе 1000 мг 2 раза в сутки). Тройная терапия с левофлоксацином может быть назначена только врачом-гастроэнтерологом по взвешенным показаниям.

Терапия третьей линии подбирается индивидуально в зависимости от выбора предшествующих схем лечения, при возможности – по данным определения чувствительности H.pylori к антибиотикам.

В «Рекомендациях Российской гастроэнтерологической ассоциации по диагностике и лечению инфекции Helicobacter pylori у взрослых» были перечислены меры, повышающие эффективность эрадикационной терапии. Очевидно, что эти меры должны быть универсальными и применимыми в любой линии терапии, а комбинирование этих мер позволяет добиться наилучшего результата у конкретного пациента.

Меры, повышающие эффективность эрадикационной терапии:

1. Продолжительность всех схем лечения H.pylori должна составлять 14 дней, минимальная продолжительность 10 дней может быть назначена в тех случаях, если исследования, проведённые в данном регионе, подтвердили её высокую эффективность. Увеличение продолжительности лечения имеет универсальный характер, так как положительный эффект наблюдается при всех изученных режимах антихеликобактерного лечения, в том числе при стандартной тройной терапии.

2. Назначение высокой дозы ИПН (удвоенной по сравнению со стандартной) способствует повышению эффективности лечения. При проведении эрадикационной терапии предпочтение отдаётся эзомепразолу (20 мг 2 раза в сутки) и рабепразолу (20 мг 2 раза в сутки).

3. Добавление к стандартной тройной терапии висмута трикалия дицитрата в дозе 240 мг 2 раза в сутки или 120 мг 4 раза в сутки служит мерой повышения её эффективности.

4. Включение пробиотических штаммов, доказавших свою эффективность в клинических исследованиях, в состав эрадикационной терапии H.pylori приводит к повышению эффективности эрадикации и снижению числа нежелательных явлений.

5. Включение ребамипида в дозе 100 мг 3 раза в сутки в состав эрадикационной терапии H.pylori приводит к повышению эффективности эрадикации.

6. Подробное инструктирование пациента и контроль за точным соблюдением назначенного режима приёма лекарственных средств приводит к повышению эффективности эрадикационной терапии.

Пациентам с эрозивным гастритом и дуоденитом, в том числе на фоне приёма нестероидных противовоспалительных препаратов, с целью достижения заживления эрозий рекомендуется проведение антисекреторной терапии ингибиторами протонного насоса в течение 4-6 недель или ребамипидом в течение 4-8 недель.

Базисная антисекреторная терапия с применением ИПН (назначение омепразола в суточной дозе 20 мг, лансопризола 30 мг, пантопризола 40 мг, рабепразола 20 мг, эзомепразола 20 мг на 2-4 недели, при необходимости на более длительный срок, служит основным методом лечения гастроуденальных эрозий, в том числе индуцированных нестероидными противовоспалительными препаратами. Эффективность ребамипида для заживления эрозивного гастрита доказана в клинических исследованиях, в том числе рандомизированных.

Пациентам с хроническим гастритом, в том числе атрофическим, с целью потенцирования защитных свойств слизистой оболочки возможно рекомендовать терапию висмута трикалия дицитратом или ребамипидом в течение 4-8 недель.

Цитопротективный эффект висмута трикалия дицитрата обусловлен связыванием йонами висмута свободных радикалов и усилением эндогенного синтеза простагландинов. В когортном исследовании продемонстрировано снижение уровня повреждения ДНК генеративной зоны слизистой оболочки желудка пациентов после успешной эрадикации H.pylori на фоне четырёхнедельной терапии висмута трикалия дицитратом. Ребамипид оказывает защитный эффект на слизистую оболочку желудочно-кишечного тракта за счёт регуляции уровня простагландинов, восстановления физиологической продукции слизи и плотных контактов, а также и ингибирования продуктов окислительного стресса, провоспалительных цитокинов хемокинов, что в комплексе ведёт к устранению синдрома повышенной проницаемости слизистых оболочек. В рандомизированных контролируемых исследованиях ребамипид привёл к уменьшению воспаления, а в одном исследовании – даже к уменьшению кишечной метаплазии и дисплазии низкой степени, способствовал профилактике рака желудка у пациентов высокого риска.

(Окончание следует.)

– Какие преимущества даёт взаимодействие вузов, что называется, по горизонтали и удаётся, ли его выстроить в соответствии с современными и взаимовыгодными моделями?

– 15 лет назад была образована ассоциация «Совет ректоров медицинских и фармацевтических высших учебных заведений», которая на сегодняшний день объединяет вузы не только Российской Федерации, но и ближнего зарубежья. Контакты на уровне ассоциации позволяют наладить личные, межличностные отношения ректоров, кафедральных коллективов. Плюс Министерство здравоохранения РФ определило региональные кластеры, сплотившие медицинские учебные заведения страны по территориальному принципу. Например, наш вуз входит в Восточно-Европейский кластер, включающий Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И.Пирогова, Российскую медицинскую академию непрерывного профессионального образования, медицинские вузы Ярославля, Рязани, Воронежа и Тамбова. Это позволяет взаимодействовать нам между собой в разных направлениях: проведение совместных конференций, встреч, обмен специалистами и студенческими коллективами.

Сегодня, когда мы фактически оказались закрытыми для части международного сотрудничества, академическая мобильность по линии Совета ректоров медицинских и фармацевтических вузов приобрела ещё большее значение. Это позволяет развивать те необходимые качества, которые должны быть в деятельности высших медицинских учреждений – коллегиальность, открытое обсуждение результатов. Взаимная поддержка есть на различных научных и образовательных площадках. Например, недавно состоялась традиционная неделя медицинского образования на базе Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М.Сеченова. Есть совместные проекты в области духовного воспитания, проводим спортивно-массовые и научные мероприятия.

Для студентов важно создание среды, где они могут показать свои достижения и конкурировать со своими товарищами из других медицинских вузов. Одной из них является ежегодная неделя вузовской науки. Завершается она подведением итогов и обсуждением научных проектов, которые предоставляют студенты, молодые учёные. В этом году мы получили диплом I степени за участие в «Кубке инноваций», где заняли первые места в разных номинациях. Формы коллективного сотрудничества и обсуждения полученных результатов – крайне важная составляющая нашей работы.

В этом году в план научно-практических мероприятий ВГМУ вошли 5 форумов.

На сегодняшний день проведена всероссийская олимпиада по изучению иностранных языков. В юбилейной – 10-й олимпиаде приняли участие представители не только российских вузов, но и ближнего и дальнего зарубежья. Мы считаем, что знание иностранного языка необходимо для формирования личности врача, врача-исследователя, который должен, конечно, знакомиться с научными достижениями различных государств.

Клиники медицинских университетов

– За рубежом система подготовки будущих медиков представляет собой образовательный кластер, в структуре которого университет, медицинский колледж, обязательно есть клиники, научные институты,

Вся трудовая и научная деятельность профессора Игоря ЕСАУЛЕНКО связана с Воронежским государственным медицинским университетом им. Н.Н.Бурденко, который он окончил в 1979 г. С 2000 г. – ректор родной альма-матер. В сфере его интересов и исследований всегда были актуальные направления, играющие ведущую роль в развитии медицинской отрасли. Да, далеко не каждому дана эта способность – руководить профессорско-преподавательским коллективом, от уровня преподавания которого зависит подготовка будущих врачей.

Университет показывает пример эффективного межвузовского сотрудничества: на базе кафедр проводят совместные

научные исследования учёные и студенты не только ВГМУ, но и других высших учебных заведений. В качестве конкретного примера можно назвать тот факт, что студенты Воронежского государственного технического университета защищали дипломные работы, которые были выполнены на кафедре системного анализа и управления в медицинских системах, а научными консультантами были сотрудники кафедры медицинской профилактики ВГМУ им. Н.Н.Бурденко.

Беседу с ректором ВГМУ профессором И.Есауленко ведёт главный редактор «Медицинской газеты» Алексей ПАПЫРИН.

Экспертный уровень

Высокое искусство преподавания

Как повысить уровень профессионального медицинского образования?

библиотеки и т.д. В России собственные университетские клиники имеют немногие медицинские вузы. При этом среди ректоров нет единого мнения о том, нужны ли такие подразделения в составе университетов. Одни настаивают на том, что при нынешнем взаимодействии (предписанном регламентами) вузовских кафедр и лечебных учреждений региона преподаватели лишены возможности заниматься лечебным процессом, отчего теряют квалификацию, а студентов не допускают к пациентам. Поэтому создание университетских клиник – важное условие повышения качества обучения. Противники же утверждают, что университетские клиники – это лишняя «головная боль» для ректора и ничего более. Какой точки зрения придерживаетесь вы?

– Университетские клиники – это те площадки, где происходит формирование специалиста. Подготовка врача должна быть обязательно практикоориентированная. Доктор должен не только знать, но и уметь делать то, что необходимо для профессии. Поэтому наличие таких клиник решает многие вопросы образования и подготовки специалиста. Более того, это и прекрасные площадки для проведения научных исследований, формирования практических школ, для отработки новых методик клинической работы. На кафедрах наших вузов собраны специалисты, которые обладают достаточным научным и практическим опытом. Применить свои новации проще в той клинике, которая является единым научно-образовательным центром.

Я считаю, что наличие подобных клиник необходимо, и мы обязательно придём к этому. К сожалению, есть вопросы связанные с определением собственности: федеральная, областная, муниципальная. В 2004 г. мы подали заявку на возможное отчуждение в наш университет педиатрической клиники. Этот процесс занял несколько лет. Сегодня мы имеем детскую клиническую больницу Воронежского государственного медицинского университета. Она располагается в черте города, где 110 коек, на которых проводится комплекс лечебных, консультативных, диагностических мероприятий, в том числе отрабатываются новейшие методики лечения совместно с ведущими педиатрическими научно-исследовательскими центрами. Например, таким, как эндокринологический. А наличие своих клинических баз – более эффективный способ ведения образовательной деятельности и подготовки специалистов. Такую форму обучения надо осуществлять повсеместно.



Встаёт также вопрос их содержания, что накладно для Министерства здравоохранения. Поэтому необходимо найти пути финансирования подобных учреждений через ТФОМС, областной бюджет. Ожидаемый результат – повышение эффективности медицинской деятельности высших учебных заведений, что создаст прекрасную площадку для подготовки высококлассных специалистов.

Совершенствование системы медицинского образования

– В своё время Совет ректоров медицинских и фармацевтических вузов обсудил изменения, которые предстоят в системе подготовки врачей. Так, заместитель министра здравоохранения РФ Татьяна Семёнова сообщила о разработке изменений в Федеральный закон № 273 «Об образовании» в части ужесточения лицензионных требований к компаниям, которые оказывают услуги в сфере дополнительного профессионального медицинского и фармацевтического образования. На наш взгляд, это давно назревшее решение, учитывая, что появилось немало фирм, которые предлагают на платной основе в дистанционном формате услуги по профессиональной переподготовке и повышению квалификации врачей. Согласны ли вы с точкой зрения, которую высказывают некоторые эксперты, что право на этот вид деятельности должно быть закреплено исключительно за высшими учебными заведениями и НМИЦами, а форма прохождения дополнительного образования – исключительно очная, на клинических базах?

– Сегодня дополнительное профессиональное медицинское образование нигде не определено, каким оно должно быть – дистантным, очным, заочным и т.д. Этим пользуются образовательные организации, которые можно назвать «мимолётки» или «минутки». В результате получить сертификат, документ по повышению квалификации у них можно разными путями, в том числе через дистанционную форму обучения. А как можно, например, получить лицензию по стоматологии, хирургии, акушерству и гинекологии – фактически по любой медицинской дисциплине без практического апробирования тех методов диагностики, лечения, которыми врач должен владеть? Это формальный путь, который не ведёт к повышению качества знаний и уровня профессиональной компетентности. Считаю, необходимо пересмотреть подход к организациям, которые занимаются выдачей сертификатов, не давая соответствующих знаний, а главное – не мотивируют человека к получению более качественных. Надо ограничить работу тех, кто, кроме вреда, ничего не приносит.

Высшие учебные заведения, профессиональные сообщества – это государственные форпосты качественного образования. Если главные врачи, руководители лечебных организаций будут требовать, чтобы все формы повышения квалификации, профессиональной переподготовки проходили только в проверенных учреждениях, то качество образования от этого выиграет.

– Кадровая проблема в системе здравоохранения становится всё актуальнее, несмотря на постоянное увеличение количества бюджетных и внебюджетных мест в медицинских вузах. Тема целевого обучения оказалась в центре

внимания: звучат предложения ужесточить правила приёма для целевиков (сегодня по направлению зачисляются «нужные» дети и выпускники школ с низкими результатами ЕГЭ, для которых поступление по обычному конкурсу в принципе было бы невозможно), ввести строгий контроль успеваемости и выполнения договорных обязательств по окончании обучения. Вряд ли есть медицинский вуз или региональные миноздравы, которые не сталкивались с юридическими разбирательствами с целевиками, нарушающими условия обучения и трудоустройства. Как вы оцениваете целевую подготовку, не снижает ли она качество подготовки специалистов?

– Понятно, что целевая подготовка не на 100% удобный инструмент. Но он нужен для набора в вуз абитуриентов из сельской местности, из малообеспеченных семей. Это возможность создать ту основу, которая в дальнейшем поможет обеспечить специалистами сельские лечебные учреждения, прежде всего врачебные амбулатории, центральные районные больницы, прибавит сил в амбулаторно-поликлиническом звене, увеличит число участковых врачей. Но форма нуждается в корректировке, к сожалению, некоторые используют его как возможность поступить в медицинский институт, а потом забывают о своих обязательствах. Поэтому должна быть создана действенная система контроля за целевым обучением, его стимулированием. Если будущий специалист направлен от района, с ним обязательно встречаются специалисты больницы, а производственную практику он проходит именно в этом учреждении. То есть будущий врач должен чувствовать, что он нужен, будет востребован и после окончания вуза ему создадут достойные условия для работы. Кроме того, он сможет профессионально расти и развиваться, нормально жить, достойно трудиться.

Но случается и так, что во время целевого обучения о студенте забывают. Вспоминают о нём через 6 лет, когда, посмотрев списки выпускников, понимают, что молодой врач когда-то получил целевое направление и должен отработать положенные годы. А за 6 лет, что он учился, проходил производственную практику, его взгляды изменились. Он может выработать другие принципы и подходы к выбору своей дальнейшей профессиональной деятельности. Должна быть система, которая позволяет выпускнику не терять из системы целевого набора, что и является, по большому счёту, главным принципом.

Если появятся другие варианты, которые позволили бы «привязать» выпускника к тем местам, где востребованы врачи, – это всегда приветствуем...

Являясь депутатом Воронежской областной Думы, считаю, что в регионе надо принять закон о строительстве жилья для молодых специалистов, чтобы они знали, что реально его могут получить. Сегодня, к сожалению, получается, что врачи и система здравоохранения имеет областное подчинение. Муниципалитеты за здравоохранение материальную ответственность не несут, но им нужны врачи, чтобы укомплектовать лечебные районные учреждения. При этом они не имеют на это юридических прав и оснований. Поэтому такой закон в Воронежской области надо бы принять, о жилищном строительстве для молодых специалистов.

Качество подготовки будущих врачей

– Не раз высказывалось мнение, что невозможно ожидать от выпускников мединерситетов высокого уровня подготовки по прикладным дисциплинам, когда зарплата у профессорско-преподавательского состава ниже зарплаты многих клиницистов. Что, в свою очередь, снижает престиж преподавательской работы. Уделяется ли внимание решению этой проблемы на уровне Совета ректоров?

– Сегодня зарплата преподавателя имеет тенденцию к росту. Она, как известно, увязана со средней по региону. В данный момент мы имеем около 40 тыс. в Воронежской области, а по Майскому указу Президента РФ от 2012 г. установлено, что преподаватель вуза должен получить в два раза больше средней по региону. В принципе, она не меньше, чем у практикующего врача. К тому же, этап за этапом увеличивается. Мы это ощущаем, поскольку нагрузка на внебюджетный фонд с каждым годом увеличивается и это как раз связано с выплатой заработной платы.

Безусловно, её надо преподавателям повышать, искать для этого новые формы. В своём университете мы уже на протяжении ряда лет всем сотрудникам выдаем тринадцатую зарплату к Новому году, иногда ко Дню основания ВГМУ. Поэтому у нас средняя заработная плата преподавательского состава увеличивается и доходит до 240% от средней по региону.

Вопрос очень важный, его надо держать под постоянным контролем. Следует поощрять сотрудников и за научную деятельность, за участие в международных проектах, в системе дополнительного профессионального образования, за получение грантов. Но надо делать так, чтобы она отражала личный вклад сотрудника в развитие вуза, в повышение его рейтинга. Мы стремимся дифференцированно платить каждому сотруднику, с учётом его вклада. Совершенствуем те показатели, которые определяют его индивидуальные достижения.

Поменять себя в нужном направлении

– Игорь Эдуардович, ваша многогранная жизнь вместила столько событий, в том числе и на посту ректора Воронежского государственного медицинского университета. Какой главный ваш принцип в преподавании?

– В преподавании должны быть объективность, креативность и компетентность. Преподавательская деятельность – это сложная работа. Если врачу надо каждые 5 лет совершенствовать свою

практическую подготовку, проходить циклы усовершенствования, получать баллы в системе непрерывного медицинского образования, то для преподавателя эта работа должна быть ежедневной, он должен владеть как профессиональными знаниями, так и педагогической компетентностью.

Я требую от деканов, проректоров посещения занятий, где они воочию увидят, как ведётся обучение, поддерживали бы прогрессивные образовательные технологии в учёбе. Мы создали в вузе кафедры симуляционного обучения, медицинской профилактики и психологии.

Некоторые, особенно молодые преподаватели, не обладают достаточным не столько профессиональным опытом, сколько педагогическими знаниями, то есть умением преподнести предмет так, чтобы он был и интересен, и полезен, и был инкорпорирован в систему медицинских знаний. Это вопрос важный. Мы им вплотную занимаемся для достижения намеченных целей.

– Кто из ваших выпускников стал известной личностью?

– Когда мы говорим об известных людях, сразу на слуху те, кто достиг высоких карьерных результатов, и в профессиональной деятельности, и в науке, и в общественной жизни, и в управленческой деятельности. Давайте не забывать и о тех, кто успешно трудится в качестве рядовых врачей: участковых, хирургов, других узких специалистов. Если говорить о времени, когда я являюсь ректором, то многие наши выпускники работают не только в Воронежской области, и не только на просторах России, но и за рубежом. Только один выпуск иностранных граждан в вузе ежегодно составляет от 100 до 200 человек.

Мы также гордимся своими выпускниками, которые достигли высот в управленческой деятельности. Сегодня они руководят практическим здравоохранением нашего региона, в ФОМС, Росздравнадзоре и в областном правительстве. Мне приятно, что в Воронежской областной Думе – 6 выпускников нашего университета. Сергей Жданов, окончивший ВГМУ, ведёт направление «Здоровьесбережение» в Сбербанке и развивает медицинские информационные технологии. Среди них есть член-корр, академики РАН.

Каждый год до 10 различных встреч выпускников разных лет проходят на площадке университета. Мы всячески поощряем контакты выпускников с кафедральными сотрудниками, со студенческими коллективами. Учреждены именные премии для лучших студентов. Они стимулируют их деятельность в стенах университета, показывая новые достижения и это даёт результат. Среди меценатов академики эндокринолог Иван Дедов, фармаколог Олег Эпштейн.

– С кем из корифеев медицинской науки вы пересекались на большом жизненном пути? И кто оставил яркий след в вашей памяти?

– Конечно, это известный учёный И. Дедов, Герой Социалистического Труда, прославленный иммунолог Рэм Петров, Герой Социалистического Труда, лауреат многих премий, хирург с большой буквы Анатолий Покровский, директор Федерального научного центра гигиены им. Ф.Ф. Эрисмана академик Анатолий Потапов, авторитетный педиатр академик Митрофан Студеникин. Связи мы сохраняем, бережно к ним относимся. Каким бы ни был вуз технически оснащённым, какие кадры бы ни работали, какой бы учебно-методический комплекс ни был создан, но без традиций, без истории университет многое теряет. Мы чтим предшественников

и бережно сохраняем традиции.

– Каждый настоящий врач рассматривает свою профессию как призвание, и интерес к ней считается ключевой ценностью. Вы ведь тоже выбрали медицину осознанно, из желания заниматься важной работой, помогать людям побеждать болезни?

– У меня научный склад мышления, меня всегда интересовало, как устроен человеческий организм, какие механизмы управляют жизнедеятельностью. Этим был обусловлен выбор профессии. Профессия врача быстро увлекла, потому что требовала подпитки знаний, поиска ответов на поставленные вопросы через книги, через практический опыт. В школе я занимался в клубе юных медиков, в студенческие годы посещал научные кружки на кафедрах анатомии и гистологии, интересовался научными разработками. В медицине я как представитель научного крыла – мои кандидатская и докторские диссертации связаны с проведением научного эксперимента.

Семейной династии у меня не было, мои мать и отец не имеют отношения к медицине. Профессию выбирал сам.

– Неумолимый бег времени заставляет нас задумываться о прожитых годах и сделанном. Вам, очевидно, есть о чем вспомнить, оценить в целом вклад в развитие медицины в Воронежской области?

– Мне удалось вывести вуз на достаточно высокую орбиту, которая позволяет сегодня профессорско-преподавательскому коллективу испытывать чувство удовлетворённости за ту работу, которую он проводит. Мы осуществили проекты по совершенствованию материально-технической базы университета.

За это время в вузе построен лечебно-лабораторный корпус, спортивно-оздоровительный с бассейном на 25 м, новое общежитие для студентов. В целом шло укрепление материально-технической базы кафедр. Был создан центр симуляционного обучения. Главное – мы сумели создать хороший коллектив, который умеет быстро реагировать на те вызовы, которые время ставит перед нами, и продолжать качественную работу по подготовке специалистов для практического здравоохранения – в этом ключе идём рука об руку с практическим здравоохранением Воронежской области и соседних регионов, потому что наш вуз федерального подчинения – мы обязаны взаимодействовать с территориями, поскольку готовим специалистов не только для своей области, но и для России в целом. У нас есть целевые договоры на подготовку. Мы принимаем сегодня абитуриентов из 10 регионов страны.

В университете создана система непрерывного медицинского образования, которая начинается не со студенческой, а со школьной скамьи. Открыли предвуниверсиарии в Воронежской и Липецкой областях, в которые входят около 20 школ. Создание такой базы из молодёжи, интересующейся медициной, – важная задача. Взаимодействие с муниципалитетами, например, выезд на территорию муниципального района – это ещё один вклад в развитие здравоохранения региона.

Как говорила известная российская учёная Наталья Бехтерева: «Человек жив до тех пор, пока у него есть цель». Жизнеспособность любого коллектива, в том числе университета, – это правильно оформленные цели и задачи, которые мы решаем совместно с коллективом, с практическим здравоохранением, – в этом наше будущее.

Конкурсы

По шести номинациям

Две тысячи молодых специалистов–медиков выбрали лучших наставников

На учёном совете Казанского государственного медицинского университета 28 апреля наградили 12 победителей по 6 номинациям конкурса «Лучший наставник».



А. Созинов поздравляет победительницу С. Шнип

Конкурс проводится в рамках Года педагога и наставника и реализации программы развития до 2030 г. Победителям вручали дипломы и подарки министр здравоохранения Республики Марий Эл Марина Панькова, министр здравоохранения Республики Татарстан Марсель Минуллин и ректор Казанского ГМУ Алексей Созинов.

«Было проведено настоящее голосование среди молодых специалистов–медиков, – отметил А. Созинов. – Более 2 тыс. человек проголосовало за своих наставников, а это 1031 специалист! Эти цифры не могут не радовать. Они показывают, насколько сильно развита наставническая практика в клиниках Татарстана и Марий Эл. Огромное спасибо за это! Поэтому что без наставничества не вырастет ни одного грамотного специалиста».

Победителями в «номинации» Лучший наставник медицинской организации стали Наиля Станиченко, заведующая кардиологическим отделением № 1 Больницы скорой медицинской помощи, Набережные Челны; Елизавета Маклашева, и.о. заведующей терапевтическим отделением городской поликлиники № 18, Казань; Ирина Веревокина, участковый врач-терапевт Волжской центральной городской больницы, Республика Марий Эл; Владимир Глинкин, врач по рентгеноэндovasкулярной диагностике и лечению Межрегионального клинко-диагностического центра; Александра Игнашина, врач-невролог городской клинической больницы № 7, Казань; Нина Садыкова, старшая медицинская сестра офтальмологического отделения Детской республиканской клинической больницы Минздрава Республики Татарстан.

Лучший наставник стоматологической организации – Резеда Гилязова, стоматолог-хирург детской стоматологической поликлиники № 1, Казань.

Лучшими наставниками учреждений Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека стали Альфия Хакимуллина, главный специалист-эксперт отдела эпидемиологического надзора Управления Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по Республике Татарстан; Снежана Шнип, заведующая лабораторией гигиены питания отдела санитарно-химических и токсико-гигиенических исследований Центра гигиены и эпидемиологии в Республике Татарстан.

Лучший наставник фармацевтической организации – Ольга Ключ, начальник отдела кадров «Таттехмедфарм».

Лучший наставник учреждений труда, занятости и социальной защиты – Гульнара Ах-

мадиева, директор Комплексного центра социального обслуживания населения «НАЗ» Министерства труда, занятости и социальной защиты Республики Татарстан в Балтасинском муниципальном районе.

Лучший наставник ординаторов – Евгений Акишин, врач по лечебной физкультуре в Республиканской клинической больницы Минздрава Республики Татарстан.

Конкурс проводился в два этапа с марта по апрель 2023 г. На первом этапе было проведено анкетирование более 2 тыс. молодых специалистов, работающих в медицинских, фармацевтических и социальных организациях Республики Татарстан не более 3 лет, студентов Казанского ГМУ, магистрантов и ординаторов. Они выбрали лучших наставников среди врачей и ведущих специалистов из более чем 54 организаций Республики Татарстан и Марий Эл, на базе которых проходят своё обучение и в дальнейшем продолжают свою работу.

На втором этапе специальная комиссия оценила качество наставничества победителей первого этапа на основе характеристики и оценки их деятельности руководителями организаций, в которых осуществлялось наставничество. Победители были определены среди набравших наибольшее количество баллов.

Победители конкурса получили свидетельство «Лучший наставник», почётные грамоты и благодарности, а также годовой доступ к электронно-библиотечной системе Казанского ГМУ и снижение стоимости обучения на 100% по программам дополнительного профессионального образования – программам профессиональной переподготовки и программам повышения квалификации, реализуемым университетом.

Также победители конкурса смогут представить свои практики на проектном семинаре «Лучшие практики реализации системы наставничества в медицинской организации», который пройдёт в ноябре 2023 г. в Казанском ГМУ.

Конкурс проводился совместно с Министерством здравоохранения Республики Татарстан, Министерством здравоохранения Марий Эл, Министерством труда, занятости и социальной защиты Республики Татарстан, Управлением федеральной службы в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по Республике Татарстан, Центром гигиены и эпидемиологии в Республике Татарстан, Объединённым профсоюзным комитетом профсоюзной организации аптечных работников.

Оксана АГАНИНА.

Специальные социальные выплаты получили в марте тысячи омских медиков. Как известно, о необходимости увеличения выплат в 2023 г. части медицинских работников сообщил в декабре прошлого года Президент России Владимир Путин на встрече с членами Совета по правам человека. Кому же положены новые доплаты, о каких суммах идёт речь? Об этом и не только – беседа нашего корреспондента Татьяны БЕРЕЗОВСКОЙ с председателем Омской областной организации профсоюза работников здравоохранения Сергеем БЫСТРУШКИНЫМ.

– Сергей Васильевич, как отнеслись к этому решению профсоюзы медиков на местах? Кому положены специальные доплаты и о каких суммах идёт речь?

– Конечно же, профсоюзы к такому решению Президента В.Путина отнеслись весьма положительно, ведь речь шла о дополнительных мерах поддержки медиков, работающих в первичном звене здравоохранения – в центральных районных и участковых больницах, в системе скорой медицинской помощи. Мы только «за», когда речь идёт об улучшении условий оплаты труда работников, недопущении социального напряжения в коллективах из-за жалоб на низкую зарплату. В этом как раз и заключается главная уставная цель профсоюза. Что касается размера специальных выплат, то ежемесячно врачи, средний и младший медперсонал первичного звена будут получать дополнительно, в зависимости от должности и вида организации, от 4 до 18,5 тыс. руб.

– Думаю, надо сразу же чётко расставить акценты: новые выплаты – это не зарплата, а мера социальной поддержки. Так?

– В соответствующем Постановлении Правительства РФ от 31 декабря 2022 г., конечно же, речь идёт не о повышении зарплаты, а о новой мере социальной поддержки медработников, как, к примеру, выплаты за работу с COVID-19, пособия по безработице или многодетным семьям. Отсюда и название «специальная социальная выплата», но только в других размерах. Соответственно, перечисляться она будет ме-

Профсоюзы

Социальные выплаты. Объясняем алгоритм

Материальная поддержка медиков – вопрос всегда актуальный



ди работникам непосредственно Фондом пенсионного и социального страхования РФ. В начале текущего года Министерством здравоохранения области был разработан алгоритм таких выплат, сформирован электронный реестр работников, имеющих право на получение специальной социальной выплаты. В нём около 11 тыс. медработников, большинство из них уже получили прибавку к зарплате.

– Давайте ещё раз уточним, кто из медработников вправе рассчитывать на новую доплату?

– С 1 января этого года специальные социальные выплаты предусмотрены для врачей, среднего и младшего медицинского персонала, занятых в первичном звене здравоохранения, в подразделениях скорой помощи, а также выполняющих свои профессиональные обязанности в сельской местности и отдалённых, труднодоступных районах. Прибавка предусмотрена ещё одной

категории специалистов – это эксперты, в том числе с высшим немедицинским образованием, которые занимаются проведением сложных исследований, например, при диагностике онкологических заболеваний. Недавно Минздрав России утвердил разъяснения по поводу начисления социальных выплат медработникам в рамках постановления Правительства РФ № 2568 от 31.12.2022.

В документе конкретно обозначен перечень структурных подразделений медицинских организаций и категорий специалистов, имеющих право на выплаты, определён алгоритм выплат для работников здравоохранения, которые трудятся на неполную ставку. Эта схема начисления учитывает соотношение фактически отработанного времени и нормы рабочего времени в зависимости от занимаемой медработником должности и (или) специальности. Кроме того, в разъяснениях оговорены случаи, когда медработник имеет право на выплаты, но не получил их в I квартале 2023 г. по тем или иным причинам. Они должны быть ему перечислены во II квартале 2023 г. «за весь период».

– Некоторых медработников волнует, будут ли учитываться новые выплаты при оплате работы по совместительству, за сверхурочные.

– В пункте 1 постановления чётко говорится, что выплаты не касаются «случаев внутреннего и внешнего совместительства». При этом, если работник не выработал месячную норму рабочего времени (например, был на больничном или в отпуске), размер выплаты

уменьшается пропорционально фактически отработанному времени. Часы сверхурочной работы, а также привлечение работника к работе в его выходной день сверх нормы рабочего времени также не приведут к увеличению размера специальной выплаты.

– В некоторых учреждениях опасаются, что очередная волна доплат приведёт к сокращению штатной численности под видом якобы «оптимизации» структурных подразделений...

– Нет, конечно, такие разговоры ничем не оправданы. Скажу больше. Эта мера вводится с целью обеспечить приток кадров именно в первичное звено, в службу скорой помощи и районные больницы! Уверен, что они позволят как-то стабилизировать имеющуюся здесь кадровую ситуацию. Да, положение дел с кадрами и во многих городских стационарах оставляет желать лучшего. Нашему здравоохранению необходимо не перетягивание специалистов из одного звена в другое, из одной клиники в другую, из одного региона в другой, а приток молодёжи, выпускников медицинских вузов и тех, кто недавно ушёл из медицины. Обеспечить это может только внедрение единой отраслевой системы оплаты труда в здравоохранении, которое правительство, к сожалению, отложило до 2025 г.

– На календаре – апрель, а кое-где в коллективах работников ещё не увидели прибавки...

– Выплаты установлены с 1 января 2023 г., но реально начали их получать работники на свои карты (счёта) не раньше марта. «Красная черта» в постановлении правительства определена не

позднее 1 апреля 2023 г. Так что будем разбираться с задержками, с каждым конкретным фактом. Возможно какие-то сбои по организационно-техническим причинам, но в любом случае: если работнику положена специальная выплата, она будет ему начислена с момента её введения – с 1 января 2023 г.

– В некоторых коллективах сотрудникам запрещено обсуждать зарплаты между собой и говорить о них другим людям. Однако вопросы зарплаты – одна из ключевых тем, которую обсуждают профсоюзы, отстаивая интересы медиков. Как вы считаете, нужно людям объяснять, рассказывать о том, из чего складывается их заработок, из каких источников они получают свои «заработанные»?

– Система оплаты труда – это способ выплат, например, сделанная система, оклады, тарифные ставки, доплаты, премии и надбавки. Во многих медицинских учреждениях сотрудники знают, что зарплата зависит от опыта, квалификации, профессионализма и самоотдачи (стимулирующие, премии). Для профсоюзов эта тема всегда актуальна. И если у членов профсоюза возникают вопросы о правильности начисления заработной платы, выплата надбавок, они всегда могут обратиться в профсоюзный комитет своего учреждения или в региональную организацию профсоюза работников здравоохранения, где они получают подробную правовую консультацию, а при необходимости и юридическую поддержку правового инспектора ЦК Профсоюза работников здравоохранения РФ.

Особые условия

Республиканскую больницу восстановительного лечения (РБВЛ) называют в Махачкале грязелечебницей. Открыта она была в 1964 г. В штате больницы 36 врачей, 65 медсестёр и 34 санитарки. Имеется 250 круглосуточных коек и 40 коек дневного стационара.

Ежегодно здесь лечится более 3,5 тыс. пациентов. Имеется четыре отделения – лечебное (ванно-грязевое), терапевтическое, соматическое и неврологическое. В 2020 г. больницу возглавил заслуженный врач Республики Дагестан Нурмагомед Загайлов. Выходец из селения Тидиб Шамильского района, он в 2011 г. окончил Дагестанский государственный медицинский университет. После года интернатуры по травматологии и ортопедии вернулся в родной район по программе «Земский доктор» и был назначен заведующим отделением скорой медицинской помощи, с 2015 г. – начмедом, а с 2017-м – главным врачом Шамильской ЦРБ.

Заведующая ванно-грязевым отделением Кистаман Халилбаинова и главная медсестра Людмила Алиева провели для корреспондента «МГ» экскурсию по больнице.

Прежде чем госпитализировать больного и назначить лечение, его регистрируют медсестры Аят Ахмедова и Патимат Магомедалиева, а затем обследуют специалисты:

Грязелечебница станет центром реабилитации

Как живёт Республиканская больница восстановительного лечения

стоматолог Динара Гаджимирзаева, врач УЗИ Амина Умаханова и другие.

Одним из основных видов восстановительной терапии в РБВЛ является лечение грязью Тамбуканского озера, расположенного близ Пятигорска. На дне озера находится около 1,5 млн т минерализованной сульфидно-иловой лечебной грязи, которую используют в медицине с 1886 г. Грязь привозят сюда раз в год и хранят в специальных чанах. Она назначается при различных заболеваниях опорно-двигательного аппарата (остеохондроз позвоночника, артриты, последствия травм и т.д.), периферической нервной системы, урологических и гинекологических заболеваниях и т.д. Курс лечения составляет от 8 до 15 процедур. Мастером грязелечения является укладчица Альбина Султанова.

Также применяются гидромассаж, душ Шарко, хлоридно-натриевые ванны, физиотерапия, мануальная терапия, массаж. Используется современная ап-



Н. Загайлов

паратура – электростатический низкочастотный массажёр, аппараты высокоинтенсивной лазерной терапии и т.д. Имеются кабинет ЛФК, бассейн и тренажерный зал. Температура воды в бассейне 28°C. Больных тренирует инструктор по плаванию Муслим Махалов. Ле-

чебной физкультурой с больными занимаются врачи Алиших Магомедов и Шарупудин Шахмарданов. Кабинетом физиотерапии заведует Мадина Гаджиева. Медсестры Анжелика Зульфикарова, Анна Алиева и Раисат Омарова проводят различные процедуры – электросон, дарсонвализацию, электростатический массаж и т.д. В лечебном отделении также работает массажист Арсен Апашев. Имеются здесь клиническая и биохимическая лаборатории. Установлен современный компьютерный томограф. В дневном стационаре – комфортабельные маломестные палаты. Есть кабинеты иглорефлексотерапии, массажный.

Отделением терапии, рассчитанного на 65 коек, заведует Мадина Салихова. Здесь находятся больные с поражениями периферической нервной системы и опорно-двигательного аппарата и последствиями травмы. Рядом располагается неврологическое отделение на 67 коек, возглавляемое Эльмирой Ибрагимовой. Там лежат

больные с последствиями черепно-мозговой травмы и инсульта, после операций на позвоночнике, с парапарезами и т.д. Реабилитация при парезах проводится по протоколам. Больные после инсультов поступают из сосудистых центров. Курс реабилитации длится 17 дней и через 3 месяца повторяется.

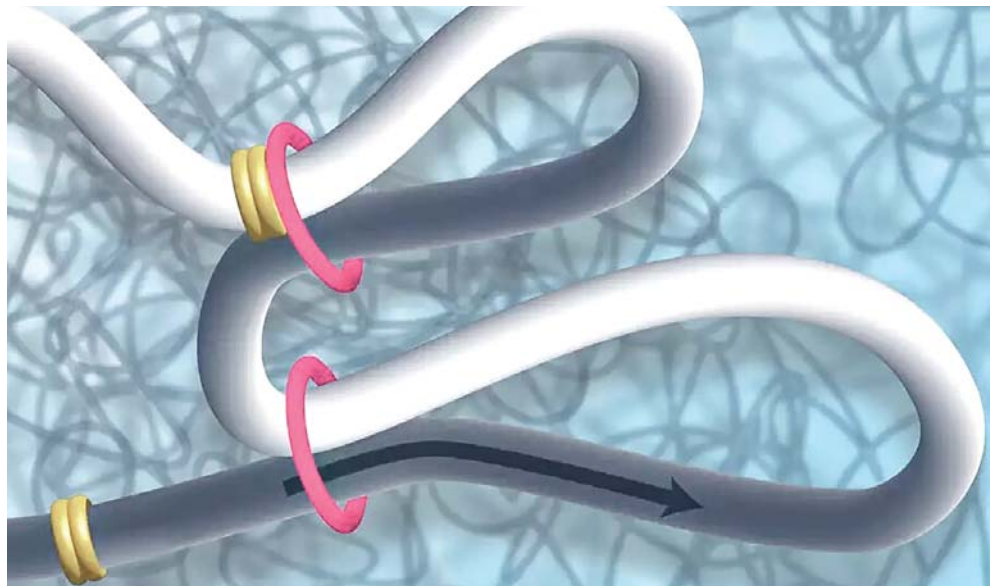
В рамках программы «Доступная среда» на территории больницы установлены пандусы, кнопки вызова, тактильная плитка, специальные таблички-указатели для незрячих и т.д. Здесь мы встретили колясочника с парапарезом, проходящего реабилитацию.

Недавно в больничном парке появились мечеть и колоннада с фонтаном, но, к сожалению, до сих пор не построен новый корпус, который соединил бы поликлинику и стационары. Есть надежда, что скоро ситуация изменится. В декабре 2022 г. на заседании Совета по делам инвалидов глава Дагестана Сергей Меликов озвучил решение о строительстве на территории РБВЛ реабилитационного центра на 250 коек для взрослых. Сегодня в республике нет организаций подобного профиля. Проектом предусматривается открытие в центре консультативного и диагностического, соматического отделений, неврологии, травматологии, реанимации и интенсивной терапии.

Борис НИЖЕГОРОДЦЕВ.
Махачкала – Москва.

Выводы

Смыкание рядов



Красное кольцо когезина у основания ДНК-петли, удерживающее её, жёлтым показан белок MCM (Mini-Chromosome Maintenance), поддерживающий цепи ДНК

Клетки «вынуждены» делиться, так как срок их жизни намного короче, чем у всего организма, к тому же «постаревшие» его элементы плохо справляются со своими функциями.

В 1916 г. Т.Морган, ютившийся со своими мухами в одном из подвалов Колумбийского университета в Нью-Йорке, издал книгу «Хромосомная теория наследственности». В ней доказывалось, что гены, или наследственные факторы, локализируются в тельцах «сомах», окрашивающихся «хромом», то есть специальным красителем, что делает их видными под микроскопом. Поверили в это не сразу, потому что объектом изучения была мушка, выращиваемая в пробирках на манной каше с виноградным сахаром, получаемым из ягодных гроздей-друз, откуда и её название дрозифила. Второе сдерживающее начало связано с тем, что между клеточными делениями хромосом не было видно, они как бы «растворялись» в цитоплазме, оставляя после себя лишь окрашенные глыбки гетерохроматина (в отличие от невидимого эухроматина). Возможно, что именно поэтому Нобелевскую премию – первую из американских по медицине и физиологии – Моргану дали лишь в 1933 г. Через 15 лет хромосомы и породивший их «морганизм» в ходе печально знаменитой сессии, проходившей под руководством «народного академика», подверглись ожесточённым нападкам наряду с вейсманизмом и менделизмом...

Появление электронного микроскопа показало, что хромосомы никуда не исчезают из поля зрения и что эухроматин представляет собой активную часть генома. «Переоткрытие» ДНК в 1953 г. (её цепочка представлена Медицинской энциклопедией в статье В.Энгельгардта ещё в 1934 г.) и синтез на ней молекул информационной РНК (mRNA) окончательно утвердили хромосомы в роли носителей наследственности. Выяснилось, что ДНК в хромосомах навита на тельца из белков гистонов (нуклеосомы). Эпигенетика, или химическая модификация спиралей ДНК и гистонов, способствует

регуляции активности генов, которые могут выключаться на всю жизнь (женские гены у мужчин и наоборот) или включаться чуть ли не на минуты. Эпигенетическая модификация способствует механическому ослаблению «намотки» ДНК-спирали, в результате чего молекулы белковых ферментов – геликазы, изомеразы и полимераза – получают доступ к её цепям, а следовательно, и заключённой в них информации.

Известно, или по крайней мере предполагается, что исходным хранителем информации о последовательности аминокислот в протеине была одноцепочная РНК (что мы видим в тех же ВИЧ-инфекции и COVID). Но даже её цепь вынуждена образовывать двуцепочные участки, чтобы сохранить прочность (длинные прутья и палки легко ломаются). Именно по этой причине РНК-вирусы легко мутируют, давая самые разные варианты, в чём мы убеждаемся на примере ежегодных вспышек гриппа и многочисленных омикронах и дельтах коронавируса. С целью сохранения прочности ДНКовой спирали и защиты хранящейся в её цепях информации они когда-то объединились, но после этого возникла проблема генной активности. Дело в том, что белковые молекулы имеют неизмеримо большие 3D-размеры, нежели сеченные спирали ДНК, поэтому для их «посадки» на расплетённые цепи необходима их большая линейная длина. А это чревато порывами цепей и, как следствие, нежелательными мутациями.

Во избежание этого участки ДНК-спирали образуют петли – loops. Они похожи на обод теннисной ракетки, который сведён практически на нет и «скреплён» рукояткой. Основание же ДНК-петель удерживается протеиновым кольцом, образуемым, в том числе, и белком с понятным названием «когезин». «Луповые» структуры ДНК весьма лабильны и образуются в режиме ad hoc, то есть под решение конкретной задачи включения того или иного гена, оказывающегося поэтому внутри петли. Аномально долгая работа гена весьма опасна для клетки, которая может зациклиться на безостановочном делении. Поэтому когезиновое кольцо довольно быстро

распадается, деградирует, что способствует выключению гена. Это, так сказать, молекулярный уровень генной регуляции хромосом, которые по ходу клеточного цикла претерпевают глобальные изменения.

Деление клеток, как известно, носит название «митоз». Только при подготовке к митозу хромосомы конденсируются и становятся видными в обычный микроскоп. Видны они как X-образные структуры, состоящие из двух сестринских хроматид, соединённых белковым комплексом центромеры, в состав которого естественным образом входит и когезин. В начале митоза хромосомы выстраиваются в экваториальной плоскости, формируя так называемый кинетохор, который необходим для дальнейшего расхождения хроматид к полюсам. Те, в свою очередь, формируются парными центриолями с центрами из микротрубочек. Интересно, что после деления в каждой из дочерних клеток остаётся по одной центриоли, которые воспроизводят себя благодаря имеющейся в них ДНК.

После расхождения центриолей к полюсам приступившей к делению клетки от них к центромерам хромосом их кинетохором протягиваются микротрубочки формирующегося веретена деления. Сокращения микротрубочек осуществляют кинетику сестринских хроматид («половинок» хромосом) к полюсам, что приводит в конечном итоге к образованию двух новых клеток. В случае стволовой клетки одна из дочерних возвращается в покоящееся состояние, в то время как вторая начинает «собственную» жизнь созревания, специализации, дифференцировки и выполнения функции. Жёсткие законы регуляции генной активности частично нарушаются при той же регенерации, проявляющейся при заживлении ран, самообновлении тканей и срастании костей. Нежелательные и плохо регулируемые деления клеток чреваты аутоиммунными расстройствами, а то и трансформацией с конечным озлокачествлением.

Игорь ЛАЛАЯНЦ, кандидат биологических наук.

Гипотезы

Яды от искусственного интеллекта

Учёные из компании Collaborations Pharmaceuticals, специализирующейся на поиске новых лекарственных средств, научили искусственный интеллект создавать яды. Всего за 6 часов работы система выдала более 40 тыс. соединений.

Команда учёных в рамках эксперимента запустила систему искусственного интеллекта MegaSyn не в обычном режиме работы, который заключается в выявлении токсичных молекул, а в об-

ратном. Система не удаляла токсичные молекулы, а сохраняла их. Кроме того, она соединяла их в комбинации.

Искусственный интеллект прошёл обучение на базах данных молекул, похожих на наркотические вещества. Учёные указали, что хотели бы получить нечто похожее на сильнодействующее нервно-паралитическое вещество VX – самое токсичное из когда-либо созданных.

В результате многие из сгенерированных искусственным интеллектом соединений оказались даже более опасны, чем VX. Авто-

ры решили не выкладывать их формулы в общий доступ.

«Изменив использование наших моделей машинного обучения, мы превратили нашу безобидную генеративную модель из полезного медицинского инструмента в генератор потенциально смертельных молекул», – подчеркнули учёные.

Авторы подчеркнули, что ни одно из веществ не было создано или исследовано в лаборатории. Однако эксперимент «служит предупреждением об опасностях искусственного интеллекта», сообщают исследователи.

Ракурс

Аптек становится меньше

В Германии насчитывается 17 939 аптек, сообщило в конце апреля немецкое информационное агентство DPA со ссылкой на Федеральную немецкую ассоциацию аптек (Abda). Согласно данным Abda, это самое низкое количество аптек за последние 40 лет.

В общей сложности за прошедший год в Германии открылось 17 новых аптек, в то время как закрылось 146. По закону, в этой стране аптекари имеют право открывать помимо главной аптеки ещё 3 филиала.

По мнению вице-президента Abda Ганса-Петера Хубманна, основными причинами сокращения количества аптек являются острый дефицит квалифицированного персонала, демографические изменения в обществе, медленная цифровизация и чрезмерная бюрократизация.

Помимо этого, немецкие аптеки испытывают серьёзное экономическое давление. Например, на данный момент единая ставка за рецептурный препарат находится на уровне 8,35 евро и, по мнению Хубманна,

должна быть повышена минимум до 12 евро. При этом он отметил, что тарифные ставки не повышались на протяжении 10 лет, а они требуют регулярной корректировки в соответствии с изменениями цен.

По словам Хубманна, каждое закрытие аптек влияет на качество обслуживания пациентов, и главным вопросом является, «как долго в текущих условиях останется возможным обеспечивать высокое качество обслуживания повсеместно в масштабах всей страны».

Взгляд

Специалисты Китайской академии наук установили, что занятия музыкой улучшают восприятие речи у пожилых людей путём сохранения молодости нейронов.

Старение может привести к различным видам снижения когнитивных способностей, поэтому крайне важно разработать эффективные вмешательства, способствующие так называемому здоровому старению.

Одним из перспективных подходов являются занятия музыкой. Учёные обнаружили, что длительные музыкальные тренировки могут смягчать и даже противодействовать возрастному снижению восприятия речи в шумной обстановке у пожилых благодаря сохранению активности в сенсомоторных областях мозга, а также согласованности работы нейронов.

Занятия музыкой продлевают молодость



К таким выводам авторы пришли, изучив активность мозга у 3 групп: пожилых музыкантов, пожилых, которые не занимались музыкой, а также у молодёжи. Как

оказалось, в плане распознавания речи в условиях шума пожилые музыканты сравнялись с молодёжью, опередив своих «коллег-немузыкантов».

Кстати

Чувствительность оказалась высокой

В 27 школах Калифорнии собаки, которых научили определять больных ковидом по запаху, вынюхивали болезнь с чувствительностью 83% и специфичностью 90% (во время тренировок в лаборатории они достигли 95% по обеим характеристикам). Участники находились на расстоянии около 2 м друг от друга, собаки обнюхивали

лодыжки и ступни участников и садились, когда предупреждали о потенциальном заражении.

Всего из 3897 парных анализов (обнюхивание и тест на антиген коронавируса) собаки успешно выявили 85 случаев инфекции и признали здоровыми 3411 участников. Однако они не точно сигнализировали об

инфекции в 383 случаях и пропустили 18 случаев инфекции. Практически с самого начала пандемии ковида учёные рассматривали собак как метод диагностики инфекции в местах большого скопления людей, и в первых лабораторных экспериментах животные показывали аналогичную точность обнаружения вируса.

Материалы подготовил Фёдор АЛЁНИН, Инга КАТАРИНА.
По материалам DPA, Nature Machine Intelligence, Science Advances.

Бывает и такое

Большой вес при рождении — мерцательная аритмия в старости

У людей, родившихся недоношенными или с большим весом, во взрослом возрасте значительно повышается риск развития фибрилляции предсердий по сравнению с теми, кто родился в срок и с нормальным весом. Но при этом низкий вес при рождении снижал этот риск. В исследование было включено более 8 млн человек.

Быстрые хаотичные и нескоординированные сокращения предсердий, то есть фибрилляция предсердий (ФП), как известно, приводит к сердечной недостаточности, ишемическому инсульту и смерти. Распространённость этого нарушения ритма растёт с каждым годом, причём всё чаще оно поражает молодых людей и подростков, и в перспективе это может привести к снижению работоспособности.

Знание о факторах риска развития ФП помогает врачам разрабатывать меры профилактики аритмии. Так, пожилой возраст, мужской пол, наследственные факторы, курение, ожирение, артериальная гипертензия, диабет и заболевания сердца считаются основными факторами риска, однако далеко не все из них есть у молодых людей и подростков с ФП. При этом врачам неизвестны факторы риска этого вида аритмии у этой возрастной группы.

При этом учёные знают, что недоношенность, малый и большой вес при рождении (меньше 10-го



центиля или больше 90-го центиля соответственно) увеличивают риск развития сердечно-сосудистых заболеваний у детей, подростков и молодых людей. Фен Ян из Каролинского института провёл когортное исследование 8 012 433 человек из Дании, Швеции и Финляндии с общим временем наблюдения 174,4 млн человеко-лет, чтобы выяснить, как эти факторы влияют на риск развития ФП во взрослом возрасте.

В общей сложности 378 917 (4,7%) участников родились недоношенными, 800 959 (10%) — с малым весом и 802 759 (10%) — с большим весом. Максимальный

возраст на конец наблюдения составил 49 лет (медиана 21 год). У 11 464 (0,14%) участников наблюдалась ФП; средний возраст на момент постановки диагноза — 29,3 года. Преждевременные роды чаще случались при первых родах, или если у детей имелись врождённые аномалии. Кроме того, матери, у которых были преждевременные роды, чаще курили, имели низкий уровень образования и артериальную гипертензию.

Преждевременные роды повышали риск развития ФП во взрослом возрасте в среднем на 30%. Люди, у которых при рождении

был большой вес, рисковали на 55% больше, чем те, кто родился с нормальным весом. При этом низкий вес при рождении повышал риск ФП в течение первых 18 лет наблюдения, а затем корреляция становилась обратной — риск ФП снижался.

По сравнению с нормальным весом и гестационным возрастом при родах при большом весе у недоношенных детей риск ФП увеличивался на 71%, а у доношенных — на 55%. Преждевременные роды с нормальным весом ребёнка повышали риск на 31%, а с низким весом — на 25%. Риск развития ФП был на 9% ниже при нормальном гестационном возрасте и малом весе при рождении по сравнению с доношенными и нормовесными детьми.

Это первое исследование, которое связывает малый гестационный возраст и вес при рождении с развитием фибрилляции предсердий во взрослом возрасте. Учёные предполагают, что эту связь можно объяснить с помощью общих генетических факторов, которые отвечают за преждевременные роды, врождённые аномалии и, возможно, фибрилляцию предсердий. Кроме того, преждевременные роды и значительные отклонения массы плода могут нарушить функцию сердца и лёгких и повысить риск их болезней в более взрослом возрасте.

Особый случай

Предупреждение о некондиционной медицинской продукции

В регионе ВОЗ для стран западной части Тихого океана выявлены некондиционные (контаминированные) лекарственные сиропы.

Настоящее предупреждение ВОЗ о некондиционной медицинской продукции касается выявления на территории Маршалловых Островов и Микронезии (Федеративные Штаты) партии некондиционного (контаминированного) сиропа гвайфенезина (GUAIFENESIN SYRUP TG SYRUP), информация о которой была получена ВОЗ 6 апреля 2023 г.

Как известно, этот препарат является отхаркивающим средством. Образцы изделия GUAIFENESIN SYRUP TG SYRUP, выявленные на территории Маршалловых Островов, были проанализированы в лабораториях контроля качества Управления по контролю за изделиями медицинского назначения Австралии. В ходе анализа в составе препарата было обнаружено недопустимое количество примесей диэтиленгликоля и этиленгликоля.

Заявленным производителем данного препарата является компания QP PHARMACHEM LTD (Индия). В качестве дистрибьютора изделия заявлена компания TRILLIUM PHARMA (Индия). К настоящему времени ни заявленный производитель, ни заявленный дистрибьютор не предоставили ВОЗ гарантий безопасности и качества данных изделий.

Изделие, являющееся предметом настоящего предупреждения, зарегистрировано в других странах региона западной части Тихого океана. Оно могло попасть в другие страны или регионы по неофициальным каналам сбыта.

В приложении к настоящему предупреждению приводится подробная информация о контаминированном изделии.

Ранее ВОЗ опубликовала три предупреждения о других контаминированных лекарственных жидких формах. Это предупреждение № 6/2022, № 7/2022 и № 1/2023.

При употреблении внутрь диэтиленгликоль и этиленгликоль токсичны для человека и могут привести к летальному исходу.

ВОЗ рекомендует субъектам обращения лекарственных средств в странах и регионах, в которых существует вероятность обращения указанной продукции, усилить надзор за фармацевтической продукцией и проявлять особую бдительность. Также рекомендуется усилить наблюдение за неформальными/нерегулируемыми рынками сбыта. Также настоятельно рекомендует национальным органам регулирования/национальным органам здравоохранения немедленно уведомить её в случае обнаружения указанной некондиционной продукции на территории их стран.

Медицинским работникам следует сообщать обо всех случаях возникновения неблагоприятных реакций, которые могли быть вызваны применением этих контаминированных препаратов, в национальный орган регулирования или национальный центр по фармаконадзору.

Перспективы

Своя Нобелевка

Новый российский закон о науке позволит увеличить социальную поддержку молодых учёных.

Всемирно известный российский физик Юрий Оганесян, в честь которого назван 118-й элемент таблицы Менделеева оганесон, в день своего 90-летия объявил об учреждении новой научной премии по аналогии с Нобелевской, предпочтением при присуждении которой зачастую отдаётся претендентам из США и ЕС и нередко вызывает много сомнений и вопросов.

Ю.Оганесян положил на банковский счёт 20 млн руб. Эти деньги станут основой новой научной премии «Оганесон». Физик, боль-

шую часть жизни посвятивший экспериментам с радиоактивными элементами в Объединённом институте ядерных исследований в подмосковной Дубне, для учреждения новой российской научной премии пожертвовал собственные премиальные деньги за открытия, изменившие науку.

Как было заявлено: премия «Оганесон» будет вручаться за значимые достижения в теоретических и экспериментальных исследованиях в области физики, химии, биологии, прикладных наук, а ещё за творческую деятельность в области образования, пропаганды и популяризации науки. Ожидается, что уже осенью 2023 г. может быть



объявлен первый в России конкурс среди молодых учёных на соискание премии «Оганесон».

Почти одновременно стала известна и другая хорошая новость для молодых учёных. Госдума при-

няла в первом чтении закон о науке и научно-технической политике, который предусматривает социальную поддержку молодых учёных в возрасте до 35 лет. В частности, им будет предоставлена возможность получить жильё рядом с центром, где проводятся научные исследования. Правительство РФ увеличивает суммы финансирования на получение учёными жилищных сертификатов.

Меры поддержки молодых учёных собираются оказывать сразу на трёх уровнях: муниципальном, региональном и федеральном. Предусмотрены также меры поддержки учёных со стороны бизнеса. Крупные предприниматели будут инвестировать в перспективные научные проекты. Это даст новый импульс для развития российской науки.

Исследования

Управлять силой мысли

В австралийском Сиднее учёные Технологического университета создали устройство, с помощью которого можно управлять роботами одной лишь силой мысли. Нейроинтерфейс «мозг-компьютер» был разработан по заказу австралийского Министерства обороны и профинансирован этим же ведомством. С его помощью военные хотят управлять роем дронов и военными роботами.

Однако учёные Технологического университета подчёркивают, что устройство будет полезно также

людям с ограниченными способностями, чтобы управлять домашними роботами-помощниками.

Устройство для управления роботами сделано на основе графена. Оно выдерживает широкий диапазон погодных условий и температур, может работать даже в экстремальных условиях раскалённой пустыни или морозов на полюсах. Датчики с шестиугольным рисунком укреплены в устройстве на задней части головы, чтобы было проще ловить мозговые волны от зрительной коры полушарий. Человек надевает на голову линзу дополненной реальности. В ней отображаются мерца-

ющие белые квадраты, связанные с конкретным роботом. Пользователю нужно сконцентрироваться на определённом квадрате и мысленно отдать команду. Тогда мозговые волны человека улавливаются биосенсором, а декодер переводит сигнал в команды.

Эту технологию недавно протестировали австралийские солдаты. Военные управляли роботом-собакой, отдавая команды силой мысли. Устройство передало сигналы с точностью до 94%.

Как говорит один из авторов нового изобретения профессор Чин-Тенг Лин: «У нас есть 9 различных

типов команд, и оператор может выбрать одну из них в течение 2 секунд. Мы также смогли свести к минимуму помехи от тела и окружающей среды, чтобы получить более чёткий сигнал от мозга оператора». Телепатия человечеству пока недоступна. Но благодаря созданной технологии отдавать мысленно команды роботам уже вполне возможно.

Инженеры также надеются, что изобретение нейроинтерфейса для мысленных команд найдёт применение в производстве, аэрокосмической промышленности и здравоохранении.

Материалы подготовила Юлия ИНИНА.
По материалам JAMA Pediatrics, ВОЗ.

Несколько лет назад журналист Галина Саубанова заинтересовалась судьбой уроженца Воронежской губернии и выпускника Воронежского медицинского института Георгия Синякова, который спас тысячи жизней в фашистском концлагере. Она пообщалась с внучкой доктора Ольгой Селяниной, его коллегами и друзьями, живущими в Челябинске, где Георгий Фёдорович долгие годы работал в городской больнице и преподавал в институте. Мы публикуем отрывки из собранных Г.Саубановой материалов.



Г. Синяков

Г. Синяков родился в 1903 г. в селе Петровское Ивановской волости Воронежской губернии. В 1925 г. Ивановская волость отошла к Тамбовской губернии, но к тому времени юноша уже учился на медицинском факультете Воронежского государственного университета. Распределение он получил в город Шахты. На второй день войны военврач 2-го ранга Синяков был уже на фронте в должности ведущего хирурга медико-санитарного батальона. Осенью 1941 г. у деревни Борщёвка под Киевом военный госпиталь захватили немцы, и он попал в плен вместе со своими ранеными. Пройдя лагерь Борисполя и Дарницы, в мае 1942 г. стал узником № 97625 международного лагеря военнопленных Кюстрин в 90 км от Берлина.

Среди заключённых были французские, английские, югославские врачи, но русский доктор попал в лагерь впервые. Немцы устроили ему испытание: заставили делать одному из заключённых резекцию желудка. Они хотели посмеяться над босым и оборванным узником, который взял в руки скальпель, но Синяков провёл операцию блестяще. Вскоре выяснилось, что это было только начало.

«Дедушку привели к тяжело раненому немецкому офицеру и сделали предложение, которое не предполагало отказа. Если доктор Синяков прооперирует раненого и тот выживет, то ему разрешат лечить больных на территории лагеря. Если офицер умрёт после операции, хирурга расстреляют, если откажется оперировать – тоже. Дело в том, что немецкие врачи уже признали пациента безнадежным. Но русский доктор его вылечил, а затем начал оперировать раненых и больных в лагерьном лазарете», – рассказывает со слов Георгия Фёдоровича его внучка.

Русский доктор делал сложнейшие операции, не имея всех необходимых инструментов. Даже лагерные охранники стали приводить на приём к нему своих родственников. Однажды он спас немецкого ребёнка, которому в трахею попало инородное тело, и его мать упала перед пленным врачом на колени. После этого Георгий Фёдорович стал пользоваться относительной свободой передвижения в лагере и получать усиленный паёк, который тоже становился лекарством для его ослабевших пациентов. Сало, которое ему выдавали, он менял на хлеб и картошку – ведь ими можно было накормить большее количество заключённых.

В лагере он разработал специальную мазь, которая отлично заживляла раны и ссадины, при этом с виду они выглядели свежими. Благодаря этой находке доктор говорил немцам, что лекарства не работают, а через некоторое время имитировал смерть пациента.

Как-то в концлагерь пригнали сразу 10 советских лётчиков. И ему удалось сохранить жизнь им всем. Способы спасения заключённых были разными, но чаще всего Г. Синяков использовал имитацию смерти. Он учил живых притворяться мёртвыми (задержка дыхания, обезжизненное тело и т.д.). Доктор «гримировал» их своими мазями, скрывая оставшиеся цвета жизни на измождённых лицах. Оставлял только констатирующую смерть, и тогда «труп» вместе с теми, кто действительно

«Дедушка понимал, что Анна как можно дольше должна оставаться «больной» для фашистов. Он приготовил мазь, от которой раны быстро затянулись. Но на поверхности он их слегка растревывал, чтобы они выглядели свежими. За ней ухаживала русская санитарка Юлия Кращенко. Анне удалось выжить в лагере и дожидаться освобождения», – комментирует Ольга Селянина. Именно Анна Егорова в 1961 г. в очерке «Егорушка», который вышел в «Литературной газете», впервые рассказала о подвиге доктора Синякова.

У 18-летнего солдата, попавшего в Кюстринский лагерь, имя и фамилия оказались как у советского писателя Ильи Эренбурга – автора

нему в гости. Умер он сравнительно недавно, почти 100-летним», – рассказывает внучка героя.

И. Эренбург был не единственным заключённым, которому удалось бежать. Г. Синяков прятал в инфекционных бараках под номерами умерших тех узников, которые готовились к побегу. Для них достали карту местности, которую каждый перерисовывал для себя, сушили сухари и даже раздобыли компас. Не все побеги были успешными, но фронт уже приближался, и многим удалось добраться до своих.

Конечно, доктор Синяков не смог бы действовать так успешно без надёжных союзников, главным из которых был капрал Гельмут Чахер.

стрела. Так благодаря отваге и настойчивости одного человека три тысячи остались живы!

Через два часа в Кюстрин вошли советские танки. Оказавшись среди своих, доктор сразу организовал в лагере полевой госпиталь. Известно, что за первые сутки ему удалось спасти 70 раненых танкистов.

Г. Синяков дошёл до Берлина и даже расписался на рейхстаге. Но многие российские города были для бывшего пленного закрыты. Например, он не мог поехать в Подмоскovie к сестре, которая тоже была медиком.

Когда Георгий Фёдорович узнал, что в Челябинске живёт его colega по работе в Шахтах Тамара

Память

Тысячи спасённых жизней

Хирург выполнял свой долг даже в концлагере

свое отжил, солдаты выкидывали в ров неподалёку от лагеря. Как только фашисты уезжали, пленный оказывался на свободе.

Сбитому в бою лётчику-штурмовику Николаю Майорову он «по частям» собрал челюсть и спас руку с газовой гангреной. Вылечил лётчика-истребителя Александра Каширина, попавшего в лагерь с гангреной ступней ног.

В августе 1944 г. в Кюстринский концлагерь попала штурмовик Анна Егорова: её самолёт сбили за Вислой во время 277-го вылета. Немцы планировали немного подлечить обгоревшую и израненную лётчицу, которую называли «летающей ведьмой», и устроить ей показательную казнь.

«Всех пленных согнали в колонну и, окружённая озверелыми конвоирами, немецкими овчарками, она потянулась по Кюстринскому лагерю, – писала Анна Егорова-Тимофеева в воспоминаниях. – Меня несли на носилках, как носят покойников на кладбище. И вдруг слышу голос одного из несущих носилки: «Держись, сестрёнка! Русский доктор Синяков воскрешает из мёртвых!».

Между тем родственникам лётчицы в Тверскую область уже от-



Во время занятий со студентами по хирургии

лозунга «Убей немца!». К счастью, пленный назвался Ильёй Лебедевым, и немцы даже не догадались о его еврейском происхождении.

До встречи с Г. Синяковым Илье пришлось выдержать медицинские эксперименты, он перенёс сыпной и брюшной тиф, а в качестве наказания работал на каменном

В 1931 г. Гельмут и его отец приезжали в Советский Союз в качестве специалистов по электросварке. Женой Чахера стала русская женщина Клавдия Осипова. В 1938 г. отца и сына арестовал НКВД, но через несколько месяцев всю семью выслали в Германию.

Когда началась война, Чахера не отправили на фронт из-за какого-то хронического заболевания – то ли туберкулёза, то ли язвы желудка. Он стал охранником в концлагере, и при этом не только старался сделать жизнь заключённых хоть сколько-нибудь сносной – именно Чахер принёс в лагерь карту и компас, помогал Синякову прятать лётчиков, организовывал групповые и одиночные побеги. В самом конце войны Г. Чахер нашёл способ перейти на сторону Советской Армии. Умер он в 1959 г., его именем назвали политехническую школу в Котбусе. Георгий Синяков и Гельмут Чахер поддерживали переписку после войны, но приехать в гости в Германию бывший пленный не смог.

«Плен сломал жизнь многим. Один лётчик, спасённый Синяковым в концлагере, рассказывал на встрече, что его не берут даже сторожем на аэродром. У дедушки и Анны Егоровой тоже были гонения из-за этого, они обсуждали это в письмах», – вспоминает О. Селянина.

Когда фронт приблизился к Кюстрину, немцы увезли из лагеря всех, кто мог держаться на ногах. В лазарете остались ослабленные и больные – по некоторым сведениям до 3 тыс. человек. К ним прислали расстрельную команду, к ней навстречу вышел доктор Синяков. Через переводчика он стал просить гитлеровцев пощадить измученных пленников, не брать ещё один грех на душу. После чего произошло невероятное: немцы покинули лагерь без единого вы-

с сыном Сергеем, то переехал на Урал, и они стали его семьёй. В Челябинске он продолжал спасать жизни как оперирующий хирург, заведующий хирургическим отделением городской больницы № 8, а также делился знаниями со студентами мединститута.

После очерка, в котором А. Егорова рассказала о докторе Синякове, в Челябинск полетели письма со всех концов страны и из Европы. Бывшие заключённые, которых он спас, благодарили и звали в гости. Родственники и друзья Георгия Фёдоровича знали, что этот добрый и скромный человек – гениальный врач, но о его подвигах до этого не догадывались.

Встречи боевых товарищей в 1960–1970-х годах проходили в Москве, Ленинграде, Челябинске, на Украине. На челябинском телевидении о Синякове сняли фильм, интервью с ним провела прилетевшая из Москвы Наталья Кончаловская. Но звание Героя Советского Союза ему так и не присвоили, несмотря ни на какие ходатайства: плен считался несмываемым пятном в биографии.

Сам Георгий Фёдорович говорил так: «Плен – это беда, несчастье. А разве за несчастье награждают? Моя награда – жизнь, возвращение домой, к семье, к работе, это письма от людей, которым я помог в час тяжкого горя».

– Дедушка умер в 1978 г. Первый инфаркт у него случился, когда не стало его младшей сестры. У него было два брата, один из которых, лётчик, погиб в бою, и две или три сестры. После инфаркта он уже не ездил на последние встречи с товарищами, но переписывался с ними до конца, – вспоминает Ольга Селянина.

В Музее истории медицины Челябинска есть экспозиция, посвящённая доктору Георгию Синякову, а на здании больницы № 8, где он работал, открыли мемориальную доску.

О. Селянина врачом не стала из-за нелюбви к латыни. Она выбрала профессию инженера-строителя. В Челябинске живут также правнучка и два праправнука доктора.

«У меня был лучший в мире дедушка, и он никогда не рассказывал мне о войне и плене. Говорил только: это самое страшное, что только может быть, но надо всегда оставаться человеком. О его подвигах я узнавала на встречах с боевыми товарищами, куда он брал меня с собой, а позже – из переписки, интервью и воспоминаний тех, кого он спас», – говорит Ольга.

Подготовила
Алёна ЖУКОВА,
корр. «МГ».

Челябинск.



Встреча бывших узников

правили похоронку и подготовили наградной лист о присвоении ей звания Героя Советского Союза посмертно. Анну, у которой были обожжены лицо и пальцы, повреждён позвоночник, вывихнута рука, бросили в одиночную камеру для больных туберкулёзом, куда немцы старались не заходить. В марте 1945 г. Эренбургу организовали побег.

«Я видела Илью Зельмановича в 1970-х годах, когда мы с дедушкой приезжали в Москву и заходили к

карьеру. За невыполнение нормы в 35 вагонеток следовала порка розгами. В сущности, это была форма казни. Доктор добился перевода Ильи обратно в лагерь и поместил его в отдельный бокс для больных туберкулёзом, куда немцы старались не заходить. В марте 1945 г. Эренбургу организовали побег.

Горжусь великой Россией, непобедимой моей страной. Горжусь своей малой родиной, скромной Смоленщиной, твёрдо и неотвратно встававшей железным щитом на наших западных рубежах. Горжусь своей фамилией – Ковалёв, от которой плавится металл и летят огненные искры. Горжусь!

Мой дед по отцовской линии, Ковалёв Евгений Григорьевич, встретил войну в свои неполные 20 лет. В ночь с 21 на 22 июня 1941 г. он заступил в дозор на охрану государственной границы и вместе со своими сослуживцами-пограничниками отражал первый натиск врага... Он прошёл всю войну, воевал на Южном, Центральном, Белорусском фронтах, участвовал в спецоперации по пленению генерала Паулюса под Сталинградом, в захвате бункера Гитлера в Берлине... На правах победителя этой кровавой войны оставил свой автограф на Рейхстаге – на правой стене, чуть выше человеческого роста: «С Победой! Ковалёв Евгений 8.05.1945» – за себя и за тех, кто не дошёл... Вы были в современном Берлине? Сегодня Рейхстаг блестит, как новый пятак, сегодня Рейхстаг – это обзорная площадка, принимающая гостей со всего света. Там нет никаких памятных росписей на стенах – ни моего деда, ни других солдат... Что это – забвение, попытка переписать историю на другой лад, уничтожить само воспоминание о войне, унёсшей свыше 20 млн жизней только моих соотечественников? Нет, мы не дадим забыть, не дадим переписать. Мой доблестный дед и сейчас в «строю». Молодой и красивый, он шагает по «Дороге Памяти» мемориального комплекса парка «Патриот» вместе с другими героями моей семьи, моей страны.

Другой мой дед по отцовской линии, Давыденко Василий Ефимович, 1894 года рождения – сельский учитель, был призван на фронт в 1942 г. В качестве командира роты 130-го полка связи 38-й армии участвовал в

ТОМ

Горжусь!



битве за Харьков, в сражении на Курской Дуге, в освобождении Киева. Свой боевой путь закончил, освобождая Прагу. Был награждён орденом Красной Звезды, орденом Великой Отечественной войны II степени, медалью «За боевые заслуги». Возвращался домой, в родную сельскую школу, семью, так долго и тревожно ждущую своего героя, но не дошёл... Он погиб на Украине, в городе Ивано-Франковске 12 августа 1945 г. от предательски брошен-

ной в окно штаба армии гранаты. Спустя 3 месяца по окончании войны... Такая жестокая несправедливость!

Мой двоюродный дядя по материнской линии, богатырь и молчун, Попов Александр Иванович, в свои 30 лет мчался из Читы на запад на защиту своей родины. Был ранен в ногу, но не эвакуировался в тыл, а продолжал воевать, снабжая боеприпасами фронт на своей отважной «полторке»... Воевал доблестно, «доехал» до

Берлина, получил медаль «За победу над Германией». Главным и единственно важным праздником для него после войны стал День Победы. Он садился во главе большого шумного и дружного стола, при этом не говорил громких тостов. Просто накрывал своей огромной богатырской ладонью лицо и тихо, по-мужски, плакал... Это были слёзы горести за всех не вернувшихся с войны. Это были слёзы гордости за великую, но такую тяжёлую Победу!

Мой прадед по материнской линии, гвардии сержант Ивенин Василий Васильевич, 1919 года рождения, успел повоювать в 1939 г. и на Халхин-Голе с японцами и в Карелии с белофиннами. В 1941 г. пошёл на фронт в составе 39-й армии и почти сразу погиб у деревни Заберезье на Смоленщине, так и не успев никому ни за что отомстить... Благодаря самоотверженной работе поисковых отрядов удалось найти место его захоронения в Смоленской области, в городе Духовщина братская могила. Теперь у нашей семьи есть личное место Памяти.

Ещё один мой прадед, Вишняков Виктор Григорьевич воевал на Курской дуге, получил тяжёлое ранение грудной клетки, был комиссован и умер от осложнения в 1949 г. с осколком в лёгких.

Его жена, Вишнякова (Ивенина) Екатерина Васильевна, 1922 года рождения, бесценно трудилась на секретном правительственном узле связи, приближая долгожданную победу, как и другие матери, жёны, сёстры...

Копина-Давыденко Екатерина Павловна продолжала учительствовать в родной школе, а после Победы возглавила колхоз и руководила им до преклонного возраста. Козлова (Ковалёва) Христина Григорьевна отстраивала город Ярцево Смоленской области с сентября 1943 г., с момента его освобождения. Кирка, лопата и носилки – не тяжесть для женских рук, желающих приблизить Победу!

У каждой российской семьи есть список героев. У каждой из них есть дороги памяти. Горжусь, что в нас и по сей день живёт эта память. Наша сила – в ней. Я – горжусь, мы – гордимся!

Павел КОВАЛЁВ,
студент 1-го курса
педиатрического факультета
Смоленской государственной
медицинской академии.

Следующий номер «МГ» выйдет в пятницу 12.05.2023 г.

СКАНВОРД										Кошмар	Опросный лист								
Дуло-ксетин	Индийские бусы																		
			Приток Дуная	Долгопят	Стойка на судне	Метал. слиток	Декор. камень	"Старуха..." Мопсан				Турнепс	Рос. адмирал		Мягкий гол. убор			Хим. элемент	
Бондарев, роман	Краснокочан. капуста				Амер. и венг. химик			Большой театр	Палочка учителя	Обод на бочке	Область, животное				Актриса ... Эвер			Нидерл. живописец	
		Водопад	Земледелец, Спарта			Способ плавления	Нем. ботаник и генетик			Ишак			Ножовка						
Бензиновый	Инжир		"Не все ... масленница"		Фессалийский герой			Угол (стар.)			Родственница	Бутамират							
				Закрывает глаз	"... на Волге", Аренский	Кровеносный	Швейц. артисты цирка	Абхаз. флейта					Жрецы у маришцев						
Стир. резинка	Диск на оси					Вот тебе и весь ...				Осадок									
Высокий тон звука				Шаман				Природный битум											
Автор Валерий Шаршуков	Стягивает хомут					Сорняк													

С Т О Р С О Ч Р О Н И К С

Е Т В Ы П Ь П Б С А В У Я А И

Г Л Е Б А Е Д Е Г У Р Р И С А Р Г М

И О К Т А Н Р Т Р У Т К Р А Н О Б О К

Д У Р А Б О К А Л Л Б О Ч А Г Д О Р И Н А

Р О Р И К А Т Ч Е Х Л А Т Ы А Т О Н

И С П О Л И Н М А Й Е Р Л Е М

Н О О С Т Ы К К О Л Я Д А

Т Е С А К Ш А Р А В П О Р

Ответы на сканворд, опубликованный в № 15 от 19.04.2023.

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 № 0901. Тираж 14 009 экз. Распространяется по подписке в Российской Федерации и зарубежных странах.