

Медицинская

19 апреля 2023 г.
среда
№ 15 (8084)

Газета®



ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ВРАЧЕБНОЕ ИЗДАНИЕ

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

www.mgzt.ru

Если бы ОМС не было, бюджетная система российского здравоохранения, скорее всего, дотянула бы до наших дней, но какой она была бы, страшно представить.

Стр. 7

Не только работа психологов, но и их подготовка превратилась в нашей стране в нерегулируемый, никем не контролируемый бизнес.

Стр. 11

Беседа с наставниками о перспективах развития медицины.

Стр. 12

Главная тема

Здоровье в наших руках

Цифровой проект Тюменской области признан лучшим по итогам профессионального конкурса



Страховое сообщество совместно с территориальными фондами обязательного медицинского страхования определили лучшие цифровые проекты в сфере защиты прав пациентов в системе ОМС. Финал конкурса «Лучший страховой представитель системы ОМС» прошёл среди 11 регионов Сибири, Урала и Поволжья, собрав на площадке в Екатеринбурге победителей региональных этапов конкурсного отбора.

Профессиональные соревнования страховщиков под эгидой ТФОМС Свердловской области проходят уже третий год, выявляя не только лучших специалистов в сфере защиты прав пациентов, но и масштабируя успешные практики и технологии, которые применяются в своей работе с застрахованными. На конкурсе представили как уже реализованные проекты, так и те, которые только находятся в разработке.

– Если раньше сложно было себе представить институт страховых представителей, то сегодня очевидно, насколько важна и социально направлена его работа, – комментирует итоги конкурса вице-президент Всероссийского союза страховщи-

ков Дмитрий Кузнецов. – По итогам финала жюри выявило трёх призёров. Побителем конкурса стал проект «Здоровье в наших руках», который презентовали страховые представители Тюменской области. Он нацелен на выявление хронических заболеваний у мужчин трудоспособного возраста – самой проблемной целевой аудитории для страховщиков из-за нежелания посещать медучреждения и проходить обследования. Проект объединил в себе несколько опций и кейсов, которые делают визиты к врачу удобными и минимально затратными по времени. Например, в поликлиниках региона можно без очереди посетить специалиста, используя так называемые мультиталоны, при этом результаты пройденных обследований пациенту направляют через портал госуслуг спустя всего несколько часов. В рамках проекта работают и бонусные программы, такие как мотивация к прохождению диспансеризации и обследований.

Второе место жюри присудили проекту «Онко.нет» страховых представителей Кемеровской области. Онлайн сервис помогает оптимизировать процессы маршрутизации онкологических пациентов в регионе, ускорять

сроки обследований и оказания медпомощи, а значит способствует достижению целей Национального проекта «Здравоохранение». Третье место по итогам конкурса занял проект Республики Башкортостан «Современная интерактивная модель» для сопровождения пациентов с гипертонической болезнью.

Уточним, что опыт внедрения онлайн сервисов и чат-ботов, которые могут рассылать более 10 тыс. сообщений в день, в то время как оператор за тот же период сможет проинформировать в среднем лишь 200 человек, оказался в нашей стране успешным.

В эти дни системе ОМС исполняется 30 лет. «МГ» с первых дней внедрения отечественной модели медицинского страхования рассказывает о её достижениях и проблемах. Мы не прошли мимо знаменательной даты и подготовили спецвыпуск на эту тему.

Алексей ПИМШИН.

Об истории создания ОМС, дне сегодняшнем, неизбежных вызовах и планах на будущее читайте в специальном выпуске «МГ» на стр. 7-10.

Юбилей

Уважаемые коллеги!

В этом году мы отмечаем 30-летие системы обязательного медицинского страхования в России. Она начала формироваться в 1993 г., когда в стране приступили к реализации Закона о медицинском страховании. Тогда же были созданы Федеральные и территориальные фонды ОМС.

30 лет – это значительный исторический срок, за который система ОМС прошла большой путь. Несмотря на все проблемы становления, она доказала свою состоятельность. Сегодня это неотъемлемая часть российского здравоохранения, его экономический стержень, без которого уже невозможно представить отрасль.

За этот период обязательное медицинское страхование из дополнительного источника финансирования стало основным. Из года в год возрастает объём целевых финансовых ресурсов, направляемых на реализацию базовой программы ОМС. Это даёт новые возможности для обеспечения граждан доступной и качественной медицинской помощью.

Федеральным фондом совместно с Министерством здравоохранения РФ ведётся регулярный мониторинг реализации территориальных программ ОМС, при необходимости направляются предложения по их дополнительному финансированию обеспечению. Решениями Правительства РФ дополнительно выделяются средства на эти цели.

Приоритетным направлением нашей работы остаётся амбулаторное звено, в последние годы система ОМС переориентируется в сторону превентивной медицины. Значительное внимание уделяется профилактическим

мероприятиям и диспансеризации, диагностике заболеваний на ранних стадиях. Для повышения доступности медицинской помощи населению необходимо продолжить модернизацию системы ОМС. Поэтому перед нами стоит задача её максимальной цифровизации в сочетании с внедрением единой финансовой политики учёта и распределения средств. Успешно реализуются проекты по оптимизации процессов информационного взаимодействия внутри системы ОМС. Это позволяет оперативно решать вопросы, связанные с оказанием медицинской помощи гражданам России. Высокий уровень компетентности и преданность делу – это составляющие многолетней стабильной работы трудовых коллективов Федерального и территориальных фондов ОМС.

Поздравляю вас с 30-летием системы ОМС, и хочу отметить огромный вклад всех коллег в реализацию государственной политики в сфере здравоохранения, в решение главных задач, которые ставят перед нами Президент России и Правительство Российской Федерации, – укрепление здоровья наших граждан и повышение продолжительности их жизни, а также обеспечение финансовой стабильности медицинских учреждений.

Впереди всех нас ждёт ответственная и большая работа по дальнейшему развитию системы ОМС. Уверен, что все вместе мы успешно справимся с текущими вызовами и решим стратегические задачи.

Илья БАЛАНИН,
председатель Федерального фонда обязательного медицинского страхования.

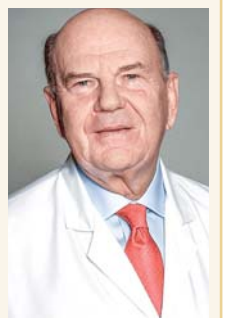
ИТОГИ И ПРОГНОЗЫ

Владимир ПОРХАНОВ

Главный врач Научно-исследовательского института – Краевая клиническая больница № 1 им. С.В.Очаповского, академик РАН:

Моё глубокое убеждение: неправильно разделять врачей на тех, кто занимается плановой помощью, и тех, кому доверено оказывать экстренную.

Стр. 4-5



Поздравляем!

Уважаемые коллеги!

От имени Профсоюза работников здравоохранения РФ поздравляю Федеральный фонд обязательного медицинского страхования и его руководителя Илью Баланина с юбилеем – 30-летием системы ОМС в России!

Это знаменательное событие свидетельствует о том, что наша страна продолжает улучшать качество здравоохранения и обеспечивать доступность квалифицированной медицинской помощи для всех граждан.

Хочу отметить, что профсоюз всегда выступал за тесное сотрудничество с Федеральным фондом ОМС в рамках социального партнёрства. Соглашение о взаимодействии в этой сфере, подписанное нами 1 июня 2022 г.,

стало ещё одним подтверждением нашей готовности работать вместе для улучшения ситуации в здравоохранении.

Мы понимаем важность системы обязательного медицинского страхования и постоянно участвуем в её развитии и совершенствовании. Среди главных инструментов модернизации – совместные рабочие встречи и другие мероприятия, которые помогают нам разрабатывать предложения по вопросам, представляющим взаимный интерес.

Желаю Федеральному фонду ОМС и всем нам успешной работы в этом направлении и надеюсь, что наше сотрудничество будет только укрепляться с годами!

Анатолий ДОМНИКОВ,
председатель Профсоюза работников здравоохранения РФ.

Опыт

Победа над экзостозом

Хирурги Челябинской областной клинической больницы избавили пациента от огромной опухоли, состоящей из костно-хрящевой ткани. Это доброкачественное образование размером с большой кулак выросло у пациента под коленом, и для его удаления потребовалась совместная многочасовая операция травматологов и сосудистых хирургов.

Нарост на кости у 26-летнего копейчанина постепенно увеличивался и, всё сильнее пережимая артерии и сосуды, достиг диаметра 6 см. Нога стала отекать и сильно болеть. Дошло до того, что молодой человек не мог пройти даже сотни метров. Пациента обследовали в нескольких больницах, но на вмешательство решились только в Челябинской ОКБ.

«Сложность заключалась в крайне неудачной локализации опухоли, задевающей важные артерии», – говорит заведующий травматолого-ортопедическим отделением № 2 больницы Кирилл Абрамов. – Для выполнения такой операции необходимо, чтобы помимо отделения травматологии было и отделение сосудистой хирургии для совместного вза-

имодействия. И конечно же, дорогостоящее оборудование, наличие высокопрофессиональных кадров. Это всё в областной больнице есть».

Операцию разделили на несколько этапов. Сначала сосудистые хирурги заменили участок артерии, вовлечённый в патологический процесс. После этого к работе подключились травматологи. Они аккуратно, под контролем рентгеноустановки, удалили с поверхности кости ненужное образование, предварительно разбив его на несколько фрагментов. «Для этого была задействована подкожная вена со второй ноги и имплантирована вместо подколенной артерии в зоне, где было костно-хрящевое образование», – объясняет врач отделения сердечно-сосудистой хирургии больницы Георгий Трейгер. – Благодаря этому пациент сейчас может спокойно передвигаться, поскольку сосуды полноценно кровоснабжают конечность».

Пациент уже готовится к выписке и мечтает возобновить тренировки по мотогонкам, заниматься которыми в последнее время ему не удавалось, так как новообразование мешало сгибать ногу.

Наталья МАЛУХИНА,
Челябинск.

Слово о газете

Каждый находит что-то для себя

Трудно даже сосчитать, сколько лет я выписываю «Медицинскую газету». Мне кажется, газета со мной с тех пор, как я стала работать врачом, то есть, многие десятки лет.

Появился интернет, айфон, электронные книги, которыми часто пользуюсь и люблю, но они не заменяют мне поистине врачебное издание – «Медицинскую газету».

Короткие новости, интересные акценты на главном в медицине, проблемные статьи, «Конспект врача», воспоминания и рассказы медиков, беседы со светилами медицины – как это важно! Чрезвычайно нужны рубрики, посвящённые новым приказам Министерства здравоохранения РФ, сообщения о новых начинаниях и проектах, о конференциях, съездах.

И выдающиеся учёные и практики, врачи из самых отдалённых регионов всегда находят для себя на страницах газеты нужную информацию. А это очень важно.



Вера ПРИЛЕПСКАЯ,
руководитель научно-поликлинического отделения НМИЦ акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И.Кулакова Минздрава России, доктор медицинских наук, профессор, заслуженный деятель науки РФ.

Традиции

Тотальный диктант сдавали и люди в белых халатах

В центре диагностики и телемедицины Департамента здравоохранения Москвы впервые состоялась образовательная акция «Тотальный диктант». Диктант прочитал Николай Чиндяйкин, режиссер, актер, педагог, народный артист РФ. Об этом сообщил директор центра, главный специалист по лучевой и инструментальной диагностике Москвы Юрий Васильев.

«Большая честь принимать в нашем центре известного актёра, режиссёра и театрального педагога Н.Чиндяйкина. Сегодня в нашей уникальной по своему наполнению организации, где соединяются наука, медицина, образование, современные технологии, прошла акция, посвящённая грамотности. Многогранный русский язык – безусловная часть мирового культурного наследия. Важно сохранить и обеспечить развитие русского языка в России и мире», – отметил Юрий Васильев.

Как сообщают организаторы, в этом году это юбилейная 20-я акция. Уникальный текст для диктанта подготовил писатель и журналист Василий Авченко из Владивостока. Материал посвящён русскому путешественнику, исследователю Дальнего Востока Владимиру Арсеньеву. Как признались студенты медицинских вузов, участники диктанта, в этом году текст показался им даже сложнее, чем в прошлом. Но, наверное, так и должно быть.



Н. Чиндяйкин

Для этого и проводится ежегодная просветительская акция в форме добровольного диктанта для всех желающих. Кстати, по итогам 2022 г. 600 городов по всему миру провели акцию и 780 500 человек написали диктант. В этом году, после подведения итогов, скорее всего число отличников не уменьшится.

Почему врач должен хорошо знать русский язык? Ответ очевиден, это показатель уровня культуры. А люди в белых халатах должны вызывать уважение и доверие. И это заблуждение, что признаком настоящего врача являются каракули и неразборчивый почерк.

Легко вспомнить врачей, которые стали известными писателями. «Медицина – моя законная жена, а литература – любовница. Когда надоедает одна, я ночую у другой. Это хотя и беспорядочно, но зато не так скучно, да и к тому же от моего вероломства обе решительно ничего не теряют. Не будь у меня медицины, то я свой досуг и свои мысли едва ли отдавал литературе», – объяснял Антон Чехов издателю Алексею Суворину.

Эпитеты «великий» и «могучий», конечно же, как нельзя лучше характеризуют наш язык.

Алексей ПИМШИН.



Во время диктанта

Итоги

«Человек и лекарство»: линия основателей неизменна

В Москве прошёл очередной Российский национальный конгресс «Человек и лекарство». Впервые он был проведён в 1992 г. и по праву может считаться старейшим регулярным медицинским форумом страны. Состоявшийся конгресс стал тридцатым по счёту.

В последние годы приобрёл популярность и стал традиционным гибридный, очно-заочный, формат организации подобных мероприятий. Вот и посетители нынешнего конгресса первые два рабочих дня могли участвовать в нём аудиторно, а третий и четвёртый дни – в режиме он-лайн.

Определяющая линия конгресса – совершенствование российского здравоохранения – была прочерчена авторами идеи этого глобального междисциплинарного

форума академиками А.Чучалиным, П.Сергеевым, М.Машковским ещё на заре его истории. Выбранная линия остаётся неизменной и поныне. Соответственно ей основными темами форума сегодня стали повышение доступности и качества медицинской помощи, развитие первичной медико-санитарной помощи, профилактика хронических неинфекционных заболеваний и формирование здорового образа жизни, снижение смертности от управляемых причин.

Программа конгресса включала десятки симпозиумов, конференций, семинаров, дискуссий, конкурсы молодых учёных и студенческих работ, школы и лекции для практикующих врачей, совещания профильных комиссий.

В ходе нескольких конгрессов последних лет организаторами форума была внедрена и полу-

чила высокую оценку участников такая форма работы, как саммиты специалистов. На них собираются лучшие эксперты по разным нозологическим направлениям и проводят активное обсуждение представленных докладов и презентаций. В этом году состоялся кардиологический, пульмонологический, гастроэнтерологический, неврологический, эндокринологический, междисциплинарный саммиты, а также саммиты, посвящённые первичной медико-санитарной помощи, медицинскому образованию и профилактике неинфекционных заболеваний.

В рамках конгресса прошли IV съезд молодых терапевтов и Всероссийская студенческая олимпиада по терапии.

Тимофей КОЗЛОВ.

Тенденции

Федеральные медицинские центры — новым регионам

Национальные медицинские исследовательские центры смогут улучшить качество медицинской помощи в лечебных учреждениях новых регионов. Минздрав России заключил соглашения о взаимодействии с правительствами Луганской и Донецкой народных республик, а также Запорожской и Херсонской областей.

В соответствии с документами, НИИЦ будут осуществлять организационно-методическое руководство медицинскими организациями новых субъектов России. — Специалисты НИИЦ Минздрава России будут принимать комплекс мер по интеграции систем здравоохранения в этих регионах. Среди них: управление и контроль качества оказания медицинской помощи в новых регионах, внедрение современных методов

лечения и реабилитации, федеральные консилиумы для определения тактики лечения пациентов — включая, при необходимости, перевод в федеральные учреждения, проведение образовательных мероприятий для медработников и др. Говоря проще, ведущие федеральные центры Минздрава берут шефство над медучреждениями в новых регионах согласно профилю, — объяснил помощник министра здравоохранения РФ Алексей Кузнецов.

Так, группа специалистов НИИЦ фтизиопульмонологии и инфекционных заболеваний провела мониторинг оказания помощи пациентам с инфекционными заболеваниями в ДНР и ЛНР. В ходе поездки специалисты посетили 11 лечебных организаций. Дана оценка качества организации и оказания медицинской помощи на всех её этапах, схемам обсле-

дования и лечения пациентов с инфекционными заболеваниями. Были проведены консультации пациентам, страдающим инфекционными заболеваниями, в том числе от профессиональной патологии — работникам горнодобывающих предприятий.

Специалисты дали ряд методических рекомендаций по организации инфекционной и фтизиатрической службы для успешной интеграции с российской системой здравоохранения.

Также состоялась встреча специалистов с ректором Луганского государственного медицинского университета им. Святителя Луки Александром Торбой. Обсуждалась возможность сотрудничества с НИИЦ фтизиопульмонологии и инфекционных заболеваний в области образовательных программ.

Виктор КОТЕЛЬНИЧЕСКИЙ.

Однако

Более миллиона привитых от клещевого энцефалита

В России по состоянию на 14-ю неделю 2023 г. зарегистрировано более 2400 обращений в медицинские организации в связи с укусами клещей, что превышает средние многолетние показатели.

Случаи заболевания боррелиозом и клещевым вирусным энцефалитом не выявлены, сообщает Роспотребнадзор. По

данным ведомства, от клещевого вирусного энцефалита привито 1,1 млн человек. Всего в текущем сезоне планируется вакцинировать более 3 млн.

Отмечается, что заболеваемость гриппом и ОРВИ по сравнению с предыдущей неделей снизилась почти на 3%, зарегистрировано 652 тыс. случаев. В структуре циркулирующих респираторных вирусов доля вирусов гриппа составила

37,7%. Из числа других респираторных вирусов негриппозной этиологии лидирующими остаются риновирусы и РС-вирусы. Заболеваемость COVID-19 снизилась по сравнению с прошлой неделей на 16,2% зарегистрировано 57,6 тыс. случаев. Преобладающими остаются геноварианты штамма «Омикрон».

Анатолий ПЕТРЕНКО.

Ситуация

Частные клиники обирают пациентов

Частные клиники устанавливают очень высокие цены на жизненно важные услуги, например, на перевозку на машине скорой помощи, пользуясь тем, что их клиенты находятся в критической ситуации и не могут отказаться, заявляет член Комитета по труду и социальным вопросам Госдумы РФ Екатерина Стенькина.

«Необходимо установить потолок цен на жизненно важные услуги частных клиник. На наш взгляд, это безобразное поведение частных компаний, которые спекулируют на жизни людей, понимая, что она

решается в течение нескольких минут», — заявила депутат Госдумы.

Она привела в качестве примера регулирование цен на жизненно важные лекарства и призвала распространить этот порядок на жизненно важные услуги частных клиник.

Как ранее сообщила пресс-служба Главного следственного управления Следственного комитета РФ по Московской области, в подмосковном Видном работника частной медицинской организации, который отказался без оплаты везти ребёнка с его матерью в больницу, поместили под домашний арест. По

данному факту было возбуждено уголовное дело по ч. 1 ст. 238 УК РФ (оказание услуг, не отвечающих требованиям безопасности) и ч. 3 ст. 30, ч. 3 ст. 159 УК РФ (покушение на мошенничество в крупном размере).

По сообщениям СМИ, из частной скорой в Московской области высадили мать с задыхающимся 13-летним ребёнком после того, как фельдшер озвучил сумму за перевозку в 100 тыс. руб. Родители были готовы отдать 30 тыс., но фельдшер такая сумма не устроила.

Юрий ДАНИЛОВ.

Криминал

Обвиняются во взяточничестве

Следственными органами Следственного комитета РФ по Брянской области расследуется уголовное дело, возбуждённое по признакам преступления, предусмотренного ст. 290 УК РФ (получение должностным лицом через посредника взятки в виде денег в крупном размере). По подозрению в совершении этого преступления задержана бывшая заместитель директора Департамента здравоохранения Брянской области Лариса Борщевская.

«По версии следствия, в период с сентября 2021 г. по декабрь 2022 г. подозреваемая, находясь на территории Брянска, получала через посредника в интересах фармацевтической компании взятки в виде денег в общей сумме более 1,5 млн руб. за обеспечение заключения договоров поставок лекарственных препаратов без проведения конкурсов», — сообщили в Следственном комитете.

В настоящее время следователем предъявлено обвинение взятополучателю в совершении преступления, предусмотренного ч. 6 ст. 290 УК РФ, посреднику — в совершении преступления, предусмотренного ч. 4 ст. 291.1 УК РФ.

Ранее временно исполняющие обязанности заместителей губернатора Брянской области Елена Егорова и Татьяна Кулешова были задержаны по подозрению в получении взяток в особо крупном размере. Басманный суд Москвы получил ходатайства следствия о заключении их под стражу.

Другое подобное дело расследуется в Ненецком автономном округе (НАО). Следователи в Архангельской области предъявили обвинение заместителю губернатора НАО Андрею Блощинскому по делу о крупных взятках. По данным ведомства, А.Блощинский через посредника потребовал от представите-

ля коммерческой организации передать ему взятку в размере 10% от суммы госконтрактов, реализуемых в рамках нацпроекта «Здравоохранение». За это он обещал беспрепятственную приёмку оборудования и помощь в последующем заключении контрактов.

Как сообщает пресс-служба регионального Управления СКР, чиновник обвиняется в ч. 6 ст. 290 УК РФ (получение должностным лицом взятки в особо крупном размере), также предъявлено обвинение его подчинённому сотруднику, выступившему посредником в получении взятки. В итоге обвиняемый через посредника получил взятку в сумме 3 млн руб., говорится в сообщении. Отмечается, что он не признал свою вину. В данный момент чиновник находится в СИЗО.

Владимир ЧЕРНОВ.

Преодоление

Оградить подростков от вейпов

Государственная Дума РФ приняла закон о продаже вейпов несовершеннолетним.

В пояснительной записке авторы инициативы указали, что эти изделия «агрессивно продвигаются» как более безопасные, вкусные и бездымные альтернативы сигаретам, но исследования при этом показывают, что риск для здоровья при курении вейпов сопоставим с курением сигарет. Закон запрещает продажу вейпов, в том числе без содержания никотина, и расходников к ним несовершеннолетним, а также любые виды их продаж, кроме продажи с закрытой выкладкой в крупных магазинах, вводится запрет скидок и различных акций, привлекательных для подростков. Вводится контроль продаж, распространения и рекламирования этих изделий через интернет. В первую очередь запрещается продажа вейпов и жидкостей для них, содержащих вкусовые добавки и ароматизаторы.

— Безусловно, это снизит привлекательность данных изделий для подростков, а также для всех потребителей вейпов исключит

возможность развития дополнительной вкусовой зависимости, которая способствует развитию более сильной никотиновой зависимости, — отметила главный научный сотрудник Центрального научно-исследовательского института организации и информатизации здравоохранения Минздрава России Галина Сахарова.

По статистике, среди молодёжи до 25 лет, потребляющей табачные или никотинсодержащие изделия, около 80% курят вейпы. Среди потребителей старшего возраста их потребление не превышает 5%.

— Ранее благодаря усилиям Минздрава России в 2020 г. в основной антитабачный закон были внесены поправки, уравнивающие табачные и никотинсодержащие изделия, то есть был введён запрет на употребление вейпов в общественных местах, запрет их продажи лицам до 18 лет, запрет на рекламу этих изделий. Это уже привело к небольшой положительной динамике в сторону снижения потребления вейпов и других электронных сигарет, — сказала эксперт.

Игорь НАУМОВ.

Деньги

Фармпроизводители получают субсидии

От 50 до 100 млн руб. направит правительство на финансирование инновационных проектов фармпроизводителей. Субсидии можно будет получить на разработку и последующую регистрацию отечественных препаратов, аналоги которых сейчас находятся под действием зарубежных патентов.

«Такое решение поможет оперативно наладить собственное производство после окончания действия зарубежного патента. Это особенно важно в условиях внешнего давления, которое мы сегодня все наблюдаем», — отметил председатель Правительства РФ Михаил Мишустин.

Речь идёт о наиболее востребованных пациентами медикаментах. Участвовать в программе смогут только достаточно опытные в этом направлении организации.

За счёт субсидии разработчик может покрыть до 100% затрат на проведение НИОКР.

Соответствующее постановление правительства вступило в силу 18 апреля. Максимальный размер субсидии на создание биопрепарата — 100 млн руб., иного лекарства — 50 млн. За счёт этих средств можно компенсировать, в частности, выплаты работникам и иным лицам, которые участвуют в проекте; затраты на покупку оборудования; накладные расходы, которые связаны с НИОКР; оплату работ или услуг сторонних организаций. Максимальный срок реализации проекта по разработке биопрепарата — 4 года, иных лекарств — 2. По поручению правительства межведомственная комиссия будет определять и изменять перечень замещаемых лекарств.

Дмитрий ДЕНИСОВ.

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 будет 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.

Стоимость бумажной и электронной версий составляет 12 500 руб.

По всем вопросам подписки обращаться по телефону: **8 (495) 6088544**

В эти дни принято подводить итоги, строить планы на будущее. В большинстве регионов завершили коллегии региональных министерств. В конце апреля пройдёт расширенное совещание Минздрава России по итогам прошлого года и плана на будущее.

Время теперь непростое. Новые вызовы встали перед российской медициной. Санкции западных государств, импортозамещение, продолжающаяся цифровая трансформация отрасли – над всеми этими проблемами предстоит работать отечественной медицине в ближайшей перспективе. Но драйверами движения вперёд выступали и будут выступать клиники, которые по уровню применяемых методов ушли далеко за горизонт обыденной практики.

Одним из таких лечебных учреждений в России, безусловно, является Научно-исследовательский институт – Краевая клиническая больница № 1 им. С.В.Очаповского Минздрава Краснодарского края. По итогам прошлого года в краевой выполнено 67 057 операций, из них экстренных – 10 107. При этом широко использовались малоинвазивные методы, активно применялась роботассистированная хирургия. По количеству трансплантаций органов и тканей НИИ – ККБ № 1 также на одном из первых мест в стране. Если взять все профили оказания медицинской помощи, то в этом плане клиника выглядит не провинциальной, а одной из наиболее успешных. Экспертное сообщество подтверждает не только количественные, но и качественные её достижения.

Генеральный директор Национального медико-хирургического центра им. Н.И.Пирогова академик РАН Олег Карпов накануне Нового года, когда речь зашла о развитии хирургии в стране, особо выделил НИИ – ККБ № 1 им. С.В.Очаповского. «Краснодарская клиника работает на уровне лучших центров России, постоянно развивается и внедряя всё самое новое, как пример, её впечатляющие успехи в роботассистированной хирургии и трансплантации органов и тканей».

«Медицинская газета» уже ознакомила своих читателей с развитием этих направлений в Краснодаре. Но, как и положено в одном из самых крупных многопрофильных лечебных учреждений, направлений, которые считаются приоритетными, десятки. Среди них – оказание экстренной медицинской помощи, в том числе и больным со злокачественными опухолями.

Специализированные онкологические центры неохотно госпитализируют больных, нуждающихся в помощи немедленно, особенно паллиативной. Чаще это объясняется отсутствием экстренных служб в онкологических центрах.

Вот и получается, с одной стороны, идёт битва за профильных больных. Новый порядок оказания онкологической помощи диктует строгую маршрутизацию пациентов. Однако в экстренной ситуации «скорая» вряд ли повезёт больного в специализированный центр, скорее – в ближайшую многопрофильную клинику. Даже если пациент вписан в реестр онкологических больных. Тому множество причин. Часть из них лежит на поверхности: в определённое время в специализированном центре остаётся один дежурный врач на десятки этажей. При этом он занимается преимущественно плановой хирургией. Между тем в онкологии экстренность сопутствует плановости. Каждый специалист понимает, что это обычное дело, а не исключение. Злокачественные образования могут спровоцировать кишечную непроходимость, обусловленную опухолью, или урологические проблемы, а в гинекологии способны вызвать опасные осложнения, ряд перечислений можно продолжать и продолжать. Такие больные, как правило, попадают

в обычные городские больницы. А онкологический диагноз у части из них выявляется после того, как выполнена резекция и материал из операционной был отправлен на патоморфологический анализ. Нельзя сбрасывать со счетов и ситуации, когда злокачественную опухоль априори уже нельзя вылечить. Если паллиативному больному на помощь приходит хирургия, после лечения он живёт с прежним качеством жизни не один год.

В НИИ – ККБ № 1 им. С.В.Очаповского ставку на многопрофильность сделали не вчера. Ещё и поэтому выполнение клинических рекомендаций при злокачественных опухолях не вызывало никогда каких-то вопросов. В больнице представлена триада:



Лечебно-диагностический корпус

непредвиденные обстоятельства. Невозможно предугадать и просчитать абсолютно все моменты. Да и реакция организма больного на конкретное лечение может выглядеть непредсказуемо. Но чёткая организация помогает делать всё слаженно. Каждый знает номера телефонов, администратор изменяет график работы, координатор сообщает о переменах в оперблок. Не забываем и об учениях и даже ежемесячных проверках громкой связи в лечебных учреждениях. Всё это рабочие моменты. Но не раз бывало так, что на улице, перед входом в краевую больницу кому-то становилось плохо... Не вызывать же в такой ситуации скорую помощь? Наши врачи выбежали на улицу. Буквально «оживляли»

Итоги и прогнозы

Стратегия многопрофильности

Краснодарская краевая больница считается по праву флагманской в хирургии



В.Порханов и С.Богданов знакомят заместителя главы администрации Краснодарского края Анну Минькову с новым подразделением

хирургия, лучевая терапия и химиотерапия. Главный врач НИИ – ККБ № 1 академик РАН Владимир Порханов является заведующим кафедры онкологии с курсом торакальной хирургии факультета повышения квалификации врачей Кубанского государственного медицинского университета. У него проходят усовершенствование и онкологи.

Экстренно – не значит «как получится»

Экстренная медицинская помощь – это всегда что-то сложное и ответственное. В бывшем Советском Союзе создавали больницы скорой медицинской помощи. В последующем так сложилось, что у каждого региона появилась собственная логистика оказания экстренной помощи. В регионах с низкой плотностью населения активно использовалась «большая санавиация». Бригады забирали больных, проживающих за сотни километров от областного центра, и привозили их в специализированные центры. Тем самым на деле обеспечивали пусть и не правило золотого часа, но своевременное оказание скорой помощи. Сегодня используются как новые подходы, так и всё то хорошее, что было накоплено в прошлом. С прежним размахом функционирует санавиация. Правда, оказалось, что для экстренной и консультативной помощи при хороших дорогах более разумно использовать специально оборудованные реанимобили. В Краснодарском крае именно так – неправильно бывает лететь куда-то в район, когда доехать до него по земле можно всего за

несколько часов.

– В России действует собственная модель оказания экстренной помощи, – поясняет В.Порханов. – Можно легко назвать 6 центров, которые построены специально для того, чтобы спасти жизни в экстренной ситуации. К примеру, Московский научно-исследовательский институт скорой медицинской помощи им. Н.В.Склифосовского, аккумулирующий новые передовые технологии и продвигающий их в лечебные учреждения. Несмотря на это, не будем забывать, что за рубежом в любой крупной многопрофильной клинике организована служба экстренной помощи. Наша больница – краевая, она отвечает за один из самых крупных регионов, в том числе и при возникновении ЧС. При этом мы имеем около 400 тыс. приписанного населения непосредственно областного центра. В этом нет какого-то обременения. Увеличивающиеся пробки и остальные проблемы мегаполиса приводят к тому, что машина скорой помощи может привезти в НИИ – ККБ № 1 пациента с аппендицитом, холециститом, полой ногой и любой тяжёлой травмой. Такой пострадавший поступает к нам как в обычную больницу. Не думаю, что в смещении потоков кроются опасности.

Моё глубокое убеждение: неправильно разделять врачей на тех, кто занимается плановой помощью, и тех, кому доверено оказывать экстренную. Прерогатива Минздрава – организовать логистику так, чтобы средства тратились эффективно. Главные врачи должны контролировать квалифи-

кацию медицинских работников. И это непрерывный и взаимодополняемый процесс. С одной стороны, врач не должен сидеть и ждать, когда «скорая» привезёт ему тяжёлого больного. Он обязан быть практиком, замыкать на себя поток пациентов. Привезли экстренного пациента – идёт к нему. Наступило затишье – занимается плановыми больными. Нельзя сказать, что это лёгкая модель работы для врача. Но такова наша профессия. От этого выигрывают пациенты, получает преимущества больница, специалисты становятся взаимозаменяемыми. Другой вопрос – каждый медицинский работник должен знать, что ему делать, когда поступает большое количество по-

человека, шли работать дальше – в приёмное отделение. Но для этого должен быть алгоритм действий. Договориться, кто берёт дежурный чехол, в какую реанимацию поднимаем больного. Кроме того, я неоднократно выступал, в том числе и на площадках Народного фронта, как важно обучить медицинских работников действовать и при большом количестве пострадавших. Мы должны быть готовы к работе в условиях ЧС, знать тактику контроля повреждений (Damage Control).

Главный врач НИИ – ККБ № 1 говорит как практик, добившийся воплощения планов в реальность. Этот научно-исследовательский институт является ведущим учреж-



Специалисты осваивают и проверяют оборудование в открывающемся комплексе

стваривших. Не должно быть при сортировке неопределённости, а тем более неразберихи.

Как раньше обстояли дела? Были выделены определённые ставки для санавиации. Врачи сидели и ждали, когда поступит команда: вылетайте или выезжайте в отдалённый населённый пункт. Для специалиста с большой буквы не слишком привлекательная работа. Её часто выбирали пенсионеры. Качество оказания консультативной помощи на выездном страдало. В определённый момент всё поменялось, решили – этим займутся ведущие специалисты. Для этого они будут дежурить по определённому графику. В любой момент из больницы или из дома специалистов вызывают и отправляют в командировку. В клинические отделения на их место приходит другой врач. Понятно, что и в плановой помощи могут возникать

дефицит по оказанию экстренной медицинской помощи на Кубани. Непрерывно улучшается его материально-техническая база, внедряются новые формы организации медицинской помощи, большинство служб больницы перестроено в соответствии с лучшими мировыми тенденциями. Это позволяет эффективно использовать оборудование, осуществлять более рациональное руководство, повышать профессиональное мастерство, проводить сложные исследования, улучшая качественные показатели работы.

Круглосуточная онкологическая помощь

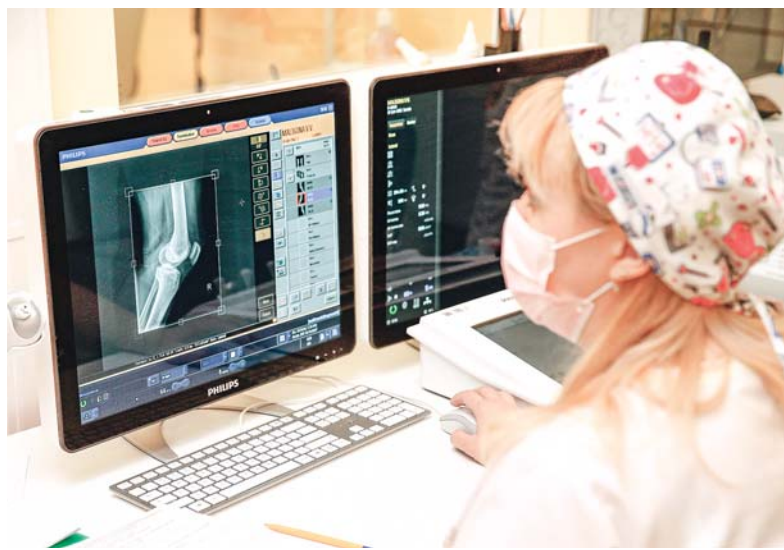
Конечно, у каждого онкологического больного свой путь диагностики и лечения заболевания. Кто-то поступает на плановые вмешательства, другие узнают

о диагнозе после экстренной операции. В такой ситуации всё начинается с диагностической лапароскопии. Уточняется диагноз, подбирается тактика. На врачебных консилиумах в НИИ – ККБ № 1 рассматривается полный комплекс мероприятий: лучевая и эндоскопическая диагностика, проведение процедур, высокотехнологические вмешательства, химиотерапия, лучевое лечение. В этом и преимуществами многопрофильной клиники – в одном месте обеспечивается всё, что необходимо конкретному больному. При этом обследование и последующее лечение осуществляются за короткий промежуток времени. Не надо куда-то переводить больного, приглашать консультанта. Оборудование, расходные материалы, нужные специалисты находятся на месте.

В.Порханов больше любит рассказывать о планах на будущее, а

ния не справляется со своими обязанностями, то на его место приходит другой, более толковый и оперативно решающий возникающие проблемы. Таким образом, всё происходящее в больнице остаётся под его контролем.

Всё вроде бы элементарно и в общем-то известно. Но на практике многое упирается в последовательность. Не надо думать, что всё можно решить в ручном режиме. Коллегиально, на специальной комиссии в НИИ – ККБ № 1 изучаются недостатки. Как повелось в нашей стране, клинические рекомендации зачастую не выполняются по каким-то крайне «приземлённым» причинам. Секрет Полишинеля – что должен существовать баланс между следованием нормативной базе и проверкой действий подчинённых и управлением. К примеру, сколько времени требовалось, чтобы врачи собрались на первые учения, от-



Будущее встречает как вызовами, так и возможностями

В эти дни завершается одна из стадий второго этапа реконструкции краевой больницы.

В новом лечебно-диагностическом корпусе НИИ – ККБ № 1 идут последние приготовления к открытию. В непростое в экономическом плане время удалось реализовать масштабный проект. На каждом этаже трёхэтажного корпуса установлено высокотехнологическое оборудование, монтируется медицинская мебель, завершается капитальная уборка. Здание построено таким образом, чтобы передовым являлось не только оборудование и применяемые технологии, но и логистика. Два потока пациентов будут в него входить и не пересекаться. Первый – для амбулаторных пациентов, второй – для стационарных. Такое разделение уменьшит риск заноса внутрибольничных инфекций.

Мы заходим на второй этаж из главного корпуса. Проходим мимо двух кабинетов колоноскопии и операционной для вмешательств на толстой кишке. Чуть дальше находятся 5 кабинетов для проведения фиброгастрокопии. В отличие от развитых стран практика показывает, что у нас, кстати, больше обследуются верхние отделы желудочно-кишечного тракта.

В ближайшие дни подразделение примет первых пациентов, – рассказывает В.Порханов. – Ещё одна операционная позволит заниматься урологическими проблемами. Мы успели до санкций приобрести передовую аппаратуру. Всё это помогает быстро и на высокотехнологичном уровне приходить на помощь больным.

Владимир Алексеевич показывает, где будет находиться лапароскопическая стойка, операционную



– Что это даёт на практике? – спрашиваю у Владимира Алексеевича.

– Когда краевую больницу только объединяли с центром грудной хирургии, летальность при сочетанной травме достигала 70%, а теперь – 9-11. Думаю, получен хороший результат не только для страны, но и среди ведущих клиник мира. А всё зависит от своевременности оказания помощи, применяемых методик, точного выполнения операций и процедур.

консоль, как легко хирург может изменить характер вмешательства, наркозный аппарат и много других передовых устройств, следящих за состоянием больного и безопасностью действий специалистов. В предоперационной зоне будут обрабатываться необходимые материалы. Экономия пространства нужна, но она должна быть разумной. Главный принцип – всё выполняется точно и за рациональный промежуток времени. Ожидается, что количество эн-

доскопических исследований в новом корпусе достигнет 200 в день. Если при диагностическом исследовании выявят некротические полипы, они будут удалены сразу с помощью электрокоагулятора. Все операционные – самодостаточные. Вишенка на торте в них – когда пациенту эндоскопия проводится под наркозом, он просыпается в специальном помещении. В международной практике такие называются recovery (восстановление). В данном случае для этого отведена достаточно просторная комната. В неё могут поместиться 5-6 каталок. Видеонаблюдение контролирует, как будут просыпаться пациенты. Придя в себя, они могут самостоятельно покинуть клинику или обратиться к администратору с каким-то вопросом. В каждом кабинете имеется отдельный «грязный» выход в общий коридор, которым пользуется не только персонал. Именно по нему будут вывозиться больные после исследований и мини-операций. По так называемому дальнему коридору из всех кабинетов в специальных тележках в грязную зону будет провозиться использованный инструментарий и материалы. Затем всё это перекладывается в машину для стерилизации. Она, как и положено, открывается с другой стороны. А по альтернативному маршруту вновь отвозятся чистые инструменты.

На третьем этаже находятся две гибридные операционные. Наполнение их абсолютно одинаковое, за исключением столов. Один из них рассчитан на нейрохирургическую патологию и обладает необходимой системой для жёсткой фиксации головы. Конструкция его, на первый взгляд, стандартная, но, присмотревшись, понимаешь, что всё не так просто. «Головной конец» здесь, а ноги с другой стороны. Понимаешь почему: чтобы могла подъехать ангиографическая установка. Композитные материалы стола разрешают сделать ангиографию без контрастных веществ. На своём месте – операционный микроскоп, передвинутый компьютерный томограф, который поможет интероперационно уточнить сложные моменты. Эргономично и удобно. Ничего не мешает хирургам.

Во второй операционной оборудовании во многом схожее, но имеется аппарат для абляции при выполнении мини-инвазивных вмешательств на сердце. На навигационной панели размещено оборудование для телемедицины. Оно обеспечивает режим аудио- и видеозаписи, передовая изображения в онлайн-режиме в любую точку света.

Первый этаж отдан под лучевую диагностику. Всего в корпусе 2 компьютерных томографа (64 и 128 тыс. срезов), 3 магнитно-резонансных томографа (1,5-3-Тесла), 3 рентгеновских аппарата как для обычных снимков, так и для рентгенокопии.

Новые технологии, помноженные на квалификацию специалистов, повысят уровень экстренной и плановой помощи. Кстати, автор этих строк бывал в Москве во флагманских сокромощных центрах. По большому счёту, лечебно-диагностический корпус

НИИ – ККБ № 1 можно сравнить с одним из них. К чести краснодарцев, он обладает не только определёнными особенностями, но и преимуществами, которые трудно не заметить. Скажем, в распределении рабочего пространства.

Юбилей комбустиологов

В этом году исполняется 50 лет ожоговой службе Краснодарского края. Профильное отделение в НИИ – ККБ № 1 – единственное на весь край. В нём оказывается помощь как взрослым, так и детям. Из 45 коек 25 – детские, плюс реанимационные. В крае создана уникальная система раннего хирургического лечения ожоговых больных.

– Смысл её – чтобы тяжёлых больных доставляли в краевую больницу, – поясняет руководитель ожогового центра, главный специалист-комбустиолог Министерства здравоохранения Краснодарского края, доктор медицинских наук Сергей Богданов. – Их в первые 1-2 дня переводят к нам, где мы их сразу оперируем. Чтобы рана не воспалилась, не нагнаивалась, уже в первую неделю мёртвая ткань удаляется, и в зависимости от того, какая глубина раны, осуществляется её закрытие биологическими покрытиями. Если рана глубокая, то приступаем к пересадке кожи. К транспортировке ожоговых больных привлекается санавиация. Через несколько часов после травмы поступает сообщение о характере поражения, состоянии тяжёлых больных, нужна ли эвакуация санавиацией или лучше отправить реанимобилем. Каждый ожоговый больной находится под наблюдением.

А помощь оказывается не только своевременно, но и применением инновационных методик.

– На Кубани создана научная школа по лечению пострадавших с травмами кожного покрова различного генеза: это ожоги, травмы, дефекты кожных покровов, – рассказывает С.Богданов. – Нами разрабатываются новые способы лечения по выполнению кожных пластик. Начиная с профессора Красовитова, который разработал известный на весь мир вид кожной пластики после травматической отслойки кожи (1935 г.), в XXI веке кубанские учёные-врачи каждый год совершенствуют методы лечения, разрабатывая современные инновационные технологии с созданием хирургических способов в комплексе с регенеративной медициной. Главным результатом работы являются сохранённые жизни пострадавших, включая детей.

Кубанская научная школа пластической хирургии признана не только в России, но и во всём мире. За последние 5 лет выдано 20 патентов РФ на изобретения, издано 12 монографий, которые переведены на английский и китайский языки, получены самые престижные премии России: Премия Правительства РФ в области науки и техники, премия «Признание», лучшие изобретения России. «Медицинская газета» обязательно ещё расскажет о работе этого уникального специализированного центра.

По каждому разделу экстренной помощи в краевой есть что показать, чем поразить ведущих специалистов клиник различных регионов, да и Москвы. Каждый год в Краснодаре внедряются новые методики. Развитие НИИ – ККБ № 1 не останавливается, с какими бы вызовами ни сталкивалась отрасль. В этом её характерная особенность, внутренний стержень, без которого не бывает побед...

Алексей ПАПЫРИН,
главный редактор «МГ».

Москва –
Краснодар.

Фото пресс-службы
НИИ – ККБ № 1.



Решение одних проблем порождает новые. Об этом подумалось на прошедшем недавно конгрессе педиатров России после выступления ряда руководителей детских стационаров. Так, главный врач Морозовской детской городской клинической больницы Москвы Валерий Горев сделал акцент на вопросах практического здравоохранения, возникающих вследствие применения современных технологий, в частности выхаживания недоношенных детей.

Сегодня снижение показателя младенческой смертности происходит преимущественно за счёт снижения неонатальных потерь. Всё больше выживает детей с низкой и экстремально низкой массой тела. Однако повышение выживаемости совсем не означает, что большая их часть будут здоровы. Качество их жизни оставляет желать лучшего. Это вызов для педиатрической службы. По мнению В.Горева, назревает проблема нагрузки на педиатрические стационары, потому что такие дети требуют длительного пребывания на койке. Общий койко-день может достигать нескольких месяцев, из них до 200 дней – пребывание в отделении реанимации и интенсивной терапии. Такие пациенты начинают потихоньку «цементировать» ОРИТ, значит, необходима переоценка потребности коечного фонда. У них зачастую несколько заболеваний, и возникает немало трудностей в ведении, так как имеются особенности сопровождения, лекарственной терапии и т.д. Требуется междисциплинарный подход. Поэтому, считает В.Горев, стоит вопрос организации центров компетенции, где такие дети должны лечиться.

Реализация программы расширенного неонатального скрининга приведёт к увеличению выявляемости скринируемых заболеваний на досимптомном этапе. Педиатры получают новых

Перспективы

Новые пациенты — новые вызовы

Каждое время требует своих решений



пациентов. Здесь тоже возникает немало сложностей, в том числе с маршрутизацией (особенно, если помимо основного заболевания ребёнок заболевает другим), с обеспечением преемственности между амбулаторным и стационарным этапами помощи. Что должен делать участковый педиатр? Как вести такого пациента?

Термин коморбидность всё чаще фигурирует в педиатрических кругах, ранее он звучал в основном из уст взрослых докторов. С коморбидными пациентами всё непросто, подтвердил главный врач детской городской клинической больницы № 9 им. Г.Н.Сперанского Москвы Анатолий Корсунский, особенно, если ещё присоединяется инфекционная

патология. Например, у ребёнка с ДЦП, переносящего ветрянку, подозревают аппендицит. В какой последовательности работать с его многочисленными диагнозами? Определить судьбу такого больного может консилиум, способный быстро собраться. Строительство отдельных инфекционных больниц не даёт возможности решать вопросы состояния здоровья таких групп пациентов, как хронические больные, дети-инвалиды. По мнению А.Корсунского, место инфекционных коек – в составе многопрофильных стационаров. Ведь чтобы вести коморбидных больных, нужна широкая площадка, где есть центры компетенции, а это крупные больницы или кооперация нескольких больниц.

Словом, всё отчётливее просматривается упор на многопрофильность. Что это? Развитие по спирали или попытка выйти из прокрустовой ложи, в котором оказались и пациенты и лечебные учреждения. Ведь, с одной стороны, стоит задача соблюсти ведение пациента с точки зрения его реальных потребностей, с другой – сохранить монопрофильность при оказании медицинской помощи, потому что все отделения создаются исходя из этого. И медико-экономические стандарты лечения (МЭСы и КСГ) ориентированы на доминирующее заболевание, которое явилось причиной госпитализации, без учёта каких-то других сопутствующих потребностей, возникающих у пациента.

Как напомнила президент Союза педиатров России, заведующая кафедрой факультетской педиатрии Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И.Пирогова, академик РАН Лейла Намазова-Баранова, 100 лет назад больницы были общие, где больному оказывали разную помощь. С развитием медицины в середине 60-х годов наступила эра специализации и стало казаться правильным выделять специализированные отделения, а потом и центры. Тогда в Советском Союзе появились центр кардиохирургии, онкологический центр и другие – по всем направлениям медицины. В педиатрии вместо возрастного деления возникло деление по болезням.

А в последние 10-15 лет обозначилась обратная тенденция: во всех специализированных центрах

стали организовывать непрофильные отделения. Например, в НИИЦ акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И.Кулакова открыли Институт онкологии, а в НИИЦ онкологии им. Н.Н.Блохина работают над открытием у себя коек гинекологического профиля, так как таких пациентов становится всё больше. Эта многопрофильность проявляется во всех специализированных центрах.

– Так, может быть, следует признать неправильным деление по специализированному признаку? – задаётся вопросом Л.Намазова-Баранова.

Нужно ли, чтобы в больнице отделения назывались: кардиологии, гастроэнтерологии и т.д. Не лучше ли сделать разграничение опять по возрастам? Ведь сегодня, например, в отделении гастроэнтерологии может лежать 17-летний ребёнок, которому нужен один стол, и 5-месячный ребёнок, которому требуется совершенно другое. А следуя порядку оказания медицинской помощи, совершенно невозможно организовать в одном отделении всё, что нужно и для 17-летнего, и для 5-месячного пациента.

– Мы, наверное, выросли из тех документов, по которым работали до сих пор, – размышляет Л.Намазова-Баранова. – Может быть, следует кардинально пересмотреть подходы. Каждое время требует своих решений.

А вы, уважаемые читатели, как считаете?

Валентина ЕВЛАНОВА,
корр. «МГ».

«Круглый стол»

Вопросы медицинской реабилитации военнослужащих, вернувшихся из зоны СВО, обсудили участники «круглого стола» на заседании Комитета по предпринимательству в сфере здравоохранения и медицинского приборостроения при торгово-промышленной палате Омской области.

К участию в заседании были приглашены представители федеральных органов по надзору в сфере здравоохранения и социального развития, региональных органов власти, бюджетных учреждений, курирующих медицинскую реабилитацию, Общероссийского народного фронта, а также предприятий, связанных со сферой здравоохранения и медицинского приборостроения, учёные вузов.

Говоря об актуальности поднятой темы, заместитель председателя комитета Вадим Мироненко заметил, что необходимо оценить остроту проблемы для региона, наличие сил и средств для решения данной проблемы, а также понять, что делается в этом направлении в настоящий момент. Это позволит выработать оптимальные стратегию и тактику комплексной реабилитации участников СВО, опираясь на ресурсы медицинских учреждений.

Руководитель областного Центра медицинской реабилитации, главный специалист по медицинской реабилитации Минздрава области Сергей Кожевников рассказал о готовности лечебно-профилактических учреждений Прииртышья к проведению медицинской реабилитации военнослужащих, получивших во время боевых действий в зоне СВО травмы опорно-двигательного аппарата и нервной системы.

Во время обсуждения темы многие специалисты подчёркивали, что при организации реабилитации

Участникам СВО потребуется реабилитация

Для этого необходим комплексный подход

пациентов с современной боевой травмой необходимо использовать комплексный подход, какой используется при реабилитации инвалидов.

Как сообщил заведующий кафедрой медицинской реабилитации дополнительного профессионального образования Омского государственного медицинского университета профессор Вадим Ахмедов, в настоящее время на кафедре медицинской реабилитации вуза совместно с кафедрой теории и методики адаптивной физкультуры Сибирского университета физической культуры ведётся разработка программы подготовки по новой специальности – эрготерапевт, а также планируется подготовка двух циклов НМО для врачей лечебных специальностей по технологиям проведения реабилитационных мероприятий участникам СВО.

Кроме того, на заседании зашла речь и о том, что участникам СВО с посттравматическими ампутациями конечности потребуются современные имплантаты различных модификаций из инновационных материалов. Директор Омского регионального центра импортозамещения, Центра инженерных разработок «Машиностроительные технологии», старший научный сотрудник Омского технического университета Виталий Штеле выразил заинтересованность в сотрудниче-



стве с учреждениями здравоохранения, специализирующимися на оказании хирургической помощи при травматологии и ортопедии для решения задач импортозамещения, в том числе при изготовлении имплантатов, применяемых в хирургии крупных суставов. Готовы оказывать специализированное лечение и реабилитацию военнослужащих с проблемами опорно-двигательной системы и специалисты медицинского центра «Сколиоз-диагностика».

– Потенциально бюджетная система здравоохранения области

уже сегодня готова проводить стационарную и амбулаторную медицинскую реабилитацию для нескольких сотен ребят, а с членами их семей это будет несколько тысяч уже в текущем году, – отметил модератор мероприятия генеральный директор центра экспертизы в области здравоохранения Дмитрий Потопальский. – Очень хорошо, что у нас в регионе есть опытные и подготовленные организаторы здравоохранения, понимающие, как организовывать и проводить комплексную специализированную

реабилитацию на всех её этапах...

– Всем участникам боевых действий предстоит пройти и период социально-психологической реабилитации. На долю участников боевых действий, особенно ветеранов, выпадает слишком много нечеловеческих переживаний, – считает В.Ахмедов. – События военных действий воздействуют не только своей интенсивностью, но и повторяемостью, травмы могут следовать одна за другой, так что у человека может не быть времени, чтобы «прийти в себя». В таких исключительных, по современным меркам, условиях, бойцам для выживания требуются навыки и способы поведения, которые нельзя считать нормальными и общепринятыми.

По данным пресс-службы Омского ГМУ, основными проблемами демобилизованных солдат, по оценкам специалистов, являются страх (57%), демонстративность поведения (50%), агрессивность (58%) и подозрительность (75%). К их поведенческим особенностям относятся конфликтность в семье, с родственниками, коллегами, неуживчивость психики. Таким людям требуется медицинская реабилитация многоаспектного действия, направленная на восстановление функционального состояния организма до оптимального уровня. В.Ахмедов рассказал, что предполагается делать в рамках системы реабилитации и на что направлен каждый её компонент.

Участники «круглого стола» наметили определённые действия, связанные с решением проблем. Обмен мнениями показал, что обозначенная тема актуальна и созвучна текущей ситуации.

Татьяна БЕРЕЗОВСКАЯ,
соб. корр. «МГ».

Омск.

Руководитель Института лидерства и управления здравоохранением Сеченовского университета, президент АО «МАКС-М», доктор медицинских наук, профессор Руслан ХАЛЬФИН – один из немногих истинных экспертов системы обязательного медицинского страхования. Он не со стороны наблюдал, как шло становление и развитие ОМС в нашей стране, а был и остаётся внутри этого процесса. Что особенно ценно – профессор Хальфин не идеализирует отечественную систему страховой медицины, он оценивает её абсолютно объективно, тем самым способствуя её совершенствованию.

– Руслан Альбертович, в одном из недавних своих интервью вы подчеркнули: «ОМС сегодня – основная ресурсная база отечественного здравоохранения, гарантия стабильного финансирования медицинской помощи». Между тем за 30 лет эпохи ОМС выросло уже не одно поколение врачей и пациентов, которые не застали «доОМСовскую» медицину, когда деньги распределялись в лечебные учреждения напрямую из бюджета. В двух словах, в чём принципиальная разница?

– Вы употребили выражение, которое как раз и характеризует модель системы «деньги распределяются в лечебные учреждения из бюджета». Сейчас они распределяются из системы ОМС. Главное слово здесь – «распределяются». Этот принцип сохраняется, хотя, честно говоря, мы шли к цели «в страховой модели деньги зарабатываются». К сожалению, то, что мы имеем сейчас – тоже в чистом виде распределитель, в этом плане отечественной системе ОМС есть куда развиваться.

В то же время есть принципиальная разница в том, какие именно механизмы используются в различных моделях организации системы оказания медицинской помощи – бюджетной, страховой или частной – для достижения оптимальных показателей общественного здоровья. В числе таких механизмов разные способы оплаты медицинской помощи, мотивирующие лечебные учреждения на результат; обеспеченность больниц и поликлиник финансовыми и трудовыми ресурсами; конкурентные формы организации работы лечебных учреждений; возможность выбора пациентом врача и лечебного учреждения; использование эффективных технологий лечения и диагностики; лекарственная доступность для населения.

– Формирование российской системы ОМС в значительной степени опиралось на зарубежный опыт, адаптированный к местным реалиям. По-вашему, получившийся микс вполне отвечает представлениям об оптимальной концепции здравоохранения?

– Назвать нашу систему оптимальной можно лишь до определённой степени, если сравнивать её с другими странами. Например, по таким параметрам, как доступность, эффективность и интегрированность медицинской помощи передовой считается система здравоохранения Сингапура. С другой стороны, наиболее дорогая американская модель по показателю эффективности уступает российской, хотя в нашей подушевые затраты на оказание медицинской помощи значительно ниже.

– Приведу ещё одно ваше высказывание: «В своё время, когда разрабатывались нормативные документы ОМС, сделали не обязательное медицинское страхование в чистом виде, а так называемую страховую медицину. По идее, обязательное поголовное и рисковое медстрахование вообще не одно и то же, они имеют разную природу и разные цели. Выходит, произошла подмена понятий?»

– Повторю то, что говорил прежде: да, мы создали понятийный и сущностный неологизм – «страховую медицину», но отказ от

рискового страхования в чистом виде помог избежать некоторых опасностей и неудач при реализации Закона об ОМС.

Поясню. В медицинском страховании риск наступления страхового события – заболевание, которое потребует компенсировать все расходы на его лечение. Кто будет их компенсировать? В сегодняшней российской модели это обязанность государства в лице территориальных фондов ОМС, которые несут финансовые риски по каждому случаю болезни каждого человека, покрывая расходы на их лечение из

своих финансовых средств, которые сформированы за счёт взносов на ОМС. Ни для пациента, ни для системы ОМС фактически никаких рисков в чистом виде нет.

В мировой практике такие риски несут страховые компании или больничные кассы, которые кровно заинтересованы в уменьшении выплат по страховым событиям, но не за счёт снижения объёмов финансирования оказанной медпомощи, а за счёт сокращения количества самих страховых событий, то есть профилактики заболеваний.

Экспертный уровень

Тридцать лет – полёт нормальный. Или не очень?

Система ОМС достигла больших результатов, важно сохранить их

Однозначно, для реализации классической рискованной модели система ОМС должна быть, во-первых, финансово обеспеченной: нынешние расходы на здравоохранение, составляющие 3,6% ВВП, необходимо увеличить минимум вдвое. Во-вторых, следует объективно просчитать страховые риски для определения размера страховых взносов, в том числе при условии финансирования медицинской помощи самим пациентом.

Наша система ОМС пока ещё на пути к тому, чтобы достичь достаточного финансового обеспечения и провести объективный анализ затрат лечебных учреждений при оказании медицинской помощи.

– Следующая цитата: «Если отдаём деньги в одну систему, а управление и ответственность в другую, то непременно возникнут проблемы». ФОМС аккумулирует финансовые ресурсы и разрабатывает документы, Минздрав их согласовывает, правительство утверждает. А исполняют руководители лечебных учреждений, которые с трудом разбираются в постоянно меняющихся правилах. Эта проблема – вертикализация управления и неумение работать по горизонтали – не решаема в принципе?»

– Наверное, самый сложный вопрос в настоящее время. Минздрав России констатирует, что в 2022 г. было заменено министров здравоохранения регионов в два раза меньше по сравнению с предыдущим годом – всего 25%. Между тем за каждой заменой регионального министра неизбежно следует замена руководителей медицинских организаций. А ведь профессиональным управленцем не становятся по назначению, им становятся по результатам более-менее долгой и кропотливой работы на данном посту.

Хорошо ли, плохо ли, но факт – прежняя система постепенного профессионального роста мини-

стров и главврачей ушла в прошлое, сегодня ставится задача в короткие сроки, пока ещё они не наделали ошибок, научить вновь назначенных администраторов азам организации здравоохранения, экономике, медицинскому страхованию, менеджменту и другим основам управления отраслью.

– Периодически в медицинском сообществе озвучивается идея закрыть страховые компании, да и вообще отказаться от ОМС, благодаря чему, якобы, в отрасли сразу появится море денег. Вероятно, глубинная

такой форме организации работы отрасли, когда все понимают, что и как они делают, и что за это получают. С внедрением ОМС изменилась форма существования лечебных учреждений. До этого они были просто на содержании у государства, перед ними не ставились никакие особо сложные задачи, им гарантированно выделялись деньги из бюджета, и было не важно, есть там пациенты или их нет. Это сегодня главврач отвечает за выполнение показателей лечебной работы и за финансовые траты, а тогда единственное, что ему обязательно надо было сделать, – до конца года истратить все деньги, чтобы их не осталось совсем: дебиторской и кредиторской задолженности быть не должно.

И вот началась разработка отечественной системы обязательного медицинского страхования. С этой целью очень грамотно был запущен на три года эксперимент – новый хозяйственный механизм. Нашему объединению повезло, мы попали в эту очень интересную и творческую работу.

Для начала нужно было, во-первых, всё проанализировать, а затем стандартизировать все процессы в отрасли. Появились клиничко-статистические группы, затем медико-экономические стандарты. Появились новые формы хозяйствования: одноканальное финансирование, уход от сметного финансирования, оптимизация коучного фонда стационаров за счёт интенсификации лечения и увеличения оборота койки, перевода части пациентов на амбулаторное лечение. И самое главное – когда мы сохранили все прежние лимиты финансирования. Это то, чего, к сожалению, не происходит сегодня.

Итак, благодаря сохранению лимитов финансирования после сокращения коучного фонда у больниц появилась возможность покупать лекарства, кормить пациентов, вовремя платить зарплату сотрудникам. И главное – ввели элементы хозяйственного расчёта: мы начали считать работу и деньги. Вот этим система ОМС отличается от бюджетной системы финансирования и превосходит её. Это живая система, в ней планировалось не просто получать деньги, а зарабатывать их.

Таким образом, если бы ОМС не было, бюджетная система российского здравоохранения, скорее всего, дотянула бы до наших дней,

но какой она была бы, страшно представить. То же минимальное количество денег, тот же распределительный принцип: нарезают куски бюджета поровну и сильным, и слабым. Никаких стимулов развиваться, никакой мотивации.

Подытоживая, скажу, что ОМС – это хорошо для здравоохранения. И сделано за прошедшие 30 лет очень и очень много. Просто в ежедневной суете многие не анализируют как следует и выводы делают в основном эмоциональные.

– Вы как-то сказали, что рациональное использование де-

нег возможно только в рамках системы ОМС. Всегда ли рациональность денежных трат сочетается с качеством медицинской помощи? Учитывая, что денег в медицине не хватало, не хватает и хватать никогда не будет, решаема ли задача качества в принципе?

– Решаема. При подготовке управленцев для здравоохранения мы даём такое задание – распределить определённый объём финансирования из ОМС так, чтобы на всё хватало и при этом помощь больным была высокого уровня. Для этого используется, в частности, фармакоанализ: продумайте закупки лекарств, посмотрите, что наверняка нужно клинике на предстоящий период времени, а что будет лишним. Какие препараты предпочесть – импортные или отечественные. Есть импортные лекарства с высокой эффективностью, но дорогие, а есть отечественные с сопоставимой эффективностью, но стоят дешевле. Бывает сейчас и наоборот – импортные дешевле российских. Анализируем и принимаем решение.

Чем кормим пациентов в стационарах? Та же история. Покупать овощи каждый день по рыночным ценам – дорого. Правильнее делать с осени запасы по более низким ценам, но для этого нужно построить овощехранилище.

Нам не хочется принижать медицину с её наукоёмкими технологиями до такого вот бытового уровня. И всё-таки лучше, когда ты ведёшь хозяйство сам, рачительно, тогда и корреляция с качеством оказания медицинской помощи будет прямой. Вот почему я убеждён: не надо отказываться от статуса лечебных учреждений как хозяйствующих субъектов и возвращаться к системе их прямого бюджетного содержания, это избалует главных врачей. Нужно дать им возможность быть настоящими распорядителями кредитов, самостоятельными руководителями, ответственными за эффективную работу своих учреждений. А вне системы ОМС это невозможно.

– Есть ли у российской системы ОМС перспективы развития или она уже достигла плато своих возможностей?

– Плато достичь можно, но сможете ли вы на нём удержаться – вот вопрос. Все программы модернизации здравоохранения и системы ОМС, которые были успешны, в итоге приводили к снижению уровня из-за того, что оказывалось сложно удержаться на достигнутых результатах. Так что у нас впереди сплошные перспективы.



причина недовольства кроется в том, что средств на здравоохранение в стране очень серьёзно не хватает. Может ли в этих обстоятельствах добровольное медстрахование стать важным подспорьем?

– Всемирная организация здравоохранения провела исследование, какие факторы влияют на эффективность работы медицинской отрасли. На первом месте – достаточность финансовых ресурсов, на втором – эффективные технологии лечения. Сочетание добровольного и обязательного медстрахования, по мнению экспертов ВОЗ, даёт сомнительный результат.

Хотя, на мой взгляд, дополнительные ресурсы в системе ОМС за счёт ДМС могут стимулировать развитие страховых принципов, обеспечить финансовую устойчивость системы ОМС и конкурентные преимущества как на страховом рынке, так и на рынке медицинских услуг, что приведёт к повышению их качества и доступности.

– Как вы думаете, что было бы, если бы в России 30 лет назад не внедрили систему ОМС? Каким стало бы отечественное здравоохранение, справилось ли бы оно с кризисом бюджетного недофинансирования?

– История отрасли показывает её способность существовать и в ситуации полного безденежья. В 1990-е годы, в тот самый период кризиса бюджетного недофинансирования, я возглавлял в Свердлов-

На протяжении всей нашей беседы с директором Национального медицинского исследовательского центра трансплантологии и искусственных органов им. В.И. Шумакова, заведующим кафедрой трансплантологии и искусственных органов Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова, председателем Российского трансплантологического общества, академиком РАН Сергеем ГОТЪЕ на его рабочем столе работали два монитора. Боковым зрением главный специалист трансплантолог Минздрава России контролировал ситуацию в операционных. В одной проводили пересадку печени 2-летнему ребёнку, в другой – трансплантацию почки взрослому пациенту.

– Сергей Владимирович, из каких затратных составляющих состоит процесс пересадки органов?

– Основной профиль нашего центра – это трансплантация жизненно важных органов и лечение состояний, связанных как с подготовкой к трансплантации, так и с обеспечением правильного течения посттрансплантационного периода, реабилитацией пациентов в отдалённые сроки после трансплантации. К желаемому для пациента исходу приводит эксплуатация целого парка следящей, дозирующей, операционной аппаратуры, расходных материалов, назначенные медикаменты – и это далеко не все составляющие «трансплантационного цикла». В центре процесса стоят высокопрофессиональные специалисты, врачи, которые не только прошли многолетнюю подготовку и имеют соответствующую квалификацию, но и работают в режиме «нон-стоп». Далеко не каждый из врачей готов пожертвовать отдыхом, сном, семейными ценностями ради неурочного подвиги. Время для пересадки органа может наступить в любой момент. Трансплантологи – особая каста медиков, и наши сотрудники получают достойные зарплаты.

Ещё одна статья расходов – командировки в регионы страны, куда направляются наши ведущие специалисты. Они проводят стартовые операции, например по трансплантации печени, вместе с местными хирургами-трансплантологами, уже прошедшими обучение у нас. Так происходит трансляция навыков в региональные клиники, «возмужавшие» до выполнения столь сложных задач. Это тоже затратный процесс, оплачиваемый из бюджета.

– Насколько обеспечивают эти звенья диагностического, клинического и организационного процесса органы обязательного медицинского страхования?

– На сегодняшний день я могу сказать, что возможности ОМС, предоставленные нам во всех составляющих процесса пересадки органов, очень широки и эффективны. Наш пациент абсолютно лишён необходимости доставать деньги из своего кармана. Это выдающееся достижение современной отечественной медицины. Конечно, пациент может обратиться в частную клинику, насладиться её интерьерами и иметь возможность оплатить медицинскую помощь, но только не трансплантационную. Трансплантация в частных клиниках у нас не разрешена. Мы говорим о представителях широких масс населения, которые страдают от тяжёлых заболеваний и нуждаются в высокотехнологичной помощи. Реальные затраты на неё без помощи фонда ОМС, безусловно, поставили бы этих людей и их семьи в катастрофическое экономическое положение. Но все этапы трансплантации органов абсолютно бесплатны.

– Какие трансплантологические вмешательства наиболее

дорогостоящие в настоящее время?

– В действующую «Программу госгарантий...» вошёл перечень так называемой ВМП-3, куда включены, в частности, трансплантации комплексов органов (сердца и печени, печени и почки и т.д.). Это очень дорогостоящие операции, требующие специального подхода и расходных материалов, много лекарственных растворов. Они не укладываются в обычные стандарты пересадки одного органа.

собственных моделей. Сейчас сотрудники нашей лаборатории биотехнических систем доводят до минимально возможных параметров имплантируемый детский осевой насос (ДОН) для детей младшего возраста. Дело в том, что искусственный левый желудочек нельзя уменьшать бесконечно – он теряет свои гидродинамические свойства. Макетные образцы данной модели, получившие два патента, успешно прошли стендовые испытания и испытания на баранах. Когда-то и

мы будем использовать их в клинике.

– В конце 1990-х годов мы подробно познакомили читателей с вашими первыми родственными трансплантациями печени детям – ещё в стенах Российского научного центра хирургии. Как развивается это направление?

– Когда-то речь шла о единичных трансплантациях печени детям, потом о серии операций, затем они были поставлены на поток. В настоящее время данным видом помощи

наблюдения в процессе ожидания. Затем происходит трансплантация печени, в которой участвуют меняющиеся бригады хирургов и анестезиологов. И далее носитель донорского органа бесплатно и пожизненно обеспечивается иммунодепрессантами, другими лекарственными средствами. Государство не отказывает никому. Бывают организационные недоработки, но это персональный фактор, зависящий от тех, кто пытается заниматься этим. Не всё идеально

В центре внимания

Сколько стоит пересадка органа

Трансплантационная помощь обеспечивается государством в полном объёме



– Ваш центр – отечественный лидер по имплантации искусственного левого желудочка, ещё одной весьма дорогостоящей операции...

– Прежде необходимо сказать о сложностях, связанных с трансплантацией сердца маленьким пациентам. Подроскам, весящим более 30 кг, мы можем пересадить сердце взрослого умершего человека – в нашей практике это происходит регулярно, но когда речь идёт о ребёнке поменьше – это проблема. И она существует во всём мире, так как посмертное детское донорство – явление редкое. Вероятность, что маленький пациент доживёт до такой пересадки, очень мала. Здесь опять приходит на помощь ОМС. Государство взяло на себя оплату искусственных левых желудочков для детей, которые имплантируют на время ожидания донорского сердца, а иногда и до выздоровления ребёнка без трансплантации. Это, в частности, американский аппарат HeartMate 3, обеспечивающий многолетнее бесперебойное функционирование. Вместе с его стоимостью операция по установке стоит около 9,8 млн руб. Отечественный аналог – искусственный левый желудочек для взрослых – стоит около 4,5 млн руб. Нами проведено около 40 операций по вживлению этих очень надёжных, высокотехнологичных машин, я бы сказал, маленьких «космических кораблей». Они, правда, имеют определённые ограничения, в частности, по расположению в теле пациента, что подвигло нас несколько лет назад к разработке

лаборатории был создан осевой насос крови – аппарат вспомогательного кровообращения носимый (АВК-Н) для взрослых, на который был получен патент на изобретение и проведена большая серия хронических экспериментов на телятах с длительным выживанием – от 60 до 100 дней. Впервые этот насос имплантирован в 2012 г. пациенту с застойной сердечной недостаточностью. Всего в разных клиниках страны их установлено более 50. Разумеется, мы думаем об импортозамещении, и наши аппараты значительно дешевле, чем импортные.

Высокозатратными способами сохранения жизни являются не только технические устройства. В отделе биомедицинских технологий и тканевой инженерии нашего центра постоянно разрабатываются 3D-матрицы из биотканей, синтетических и природных полимеров. Это основа для создания условий существования клеточного материала, его размножения и удаления продуктов его распада. Мы создаём и совершенствуем тканеспецифические мелкодисперсные матрицы из децеллюляризованных тканей печени, поджелудочной железы и суставного хряща, биополимерные трубчатые каркасы для создания тканеинженерных конструкций кровеносных сосудов малого диаметра, пищевода и трахеи, разрабатываем биоинженерные конструкции на основе клеточного мозга и мезенхимальных стромальных клеток для стимуляции регенерации повреждённых органов и тканей. Придёт время,

мы обеспечили всю страну. Сколько бы родителей её обращались к нам, они всегда её получают, уже лет двадцать никто не отправляется за границу. Эти вмешательства не только приносят здоровье детям с пороками развития, но и благополучие в их семьи. Одно дело иметь ребёнка без перспектив, другое – здорового, развивающегося ребёнка, радующего родителей. Единственная их забота – вовремя привезти его к наблюдающему педиатру, оценивающему параметры, взросление, ментальные возможности, функцию трансплантата. Это важное условие, и тогда, по сути, из маленького инвалида вырастет, например, красивая женщина, которая потом сама рождает здорового ребёнка. За 20 с лишним лет практики мы видим такие превращения. Это огромное счастье и для наших пациентов, и для нас. Вот ещё одна счастливая сторона профессии трансплантолога.

Необходимо сказать, что за эти годы постепенно менялись и технологии выполнения трансплантации как печени, так и других органов. В своё время вместе с профессором Эдуардом Галлямовым, который возглавляет кафедру общей хирургии Сеченовского университета, мы начинали проводить лапароскопическую операцию по изъятию сначала почки у живого донора, а через несколько лет – части печени. Сейчас наш центр – мировой лидер по опыту выполнения донорских операций лапароскопическим методом – более 200 в год. Замечу, что это вмешательство особенно ответственно, так как мы проводим его здоровому человеку и не имеем права причинить ему никакого вреда. После операции он должен оставаться абсолютно трудоспособным, кто бы он ни был – рабочий, служащий, военный, а женщина – сохранить способность к деторождению. И это – высший пилотаж в трансплантологии и хирургии.

– Мы говорили о затратах государства, связанных с непосредственной трансплантацией и послеоперационным периодом. А как быть с пациентами, ожидающими своей очереди на пересадку органа?

– Затраты на оказание им медицинской помощи финансово обеспечиваются из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования. Сюда относится, в том числе, тяжёлый контингент пациентов с циррозом печени, требующий пристального

управляемо, но принципиально вопрос решён.

Мы должны помнить, что так было не всегда. Когда было организовано государственное обеспечение высокотехнологичных операций, мы поняли, что можем госпитализировать тяжёлых больных, лечить их, имея реальную финансовую поддержку.

Самое главное, что нынешний министр здравоохранения России Михаил Мурашко настроен на увеличение объёма трансплантологической помощи в стране. Эту постоянную кропотливую работу, связанную не только с финансами, но и с обеспечением кадрами, лицензированием учреждений, лекарственными средствами, оборудованием, мы ведём много лет, добиваясь успехов от региона к региону. После впервые проведённых трансплантаций сердца в филиале НИИЦ трансплантологии в Волжском и Иркутске, наконец печени во Владивостоке хочется вспомнить строки старой песни: «И на Тихом океане свой закончили поход...». Но успокаиваться рано.

– За последние 15 лет число трансплантаций сердца в стране увеличилось в 16 раз, печени – в 5,6 раза, почек – в 2,2 раза. Для развития в регионах пересадка органов становится одним из приоритетных видов медицинской помощи...

– Действительно, общее число трансплантаций в нашей стране постоянно растёт, прежде всего за счёт повышения активности региональных клиник. За счёт медицинских учреждений Санкт-Петербурга, Оренбурга и Хабаровска недавно расширен список организаций, которые смогут осуществлять заготовку органов и тканей для дальнейшей трансплантации. Что же касается нашего центра, то в последние годы ежегодное количество выполняемых трансплантаций сердца находится на уровне 200 и более операций в год. Достигнутые показатели по объёму трансплантаций сердца, выполняемых в одной клинике, по данным Международного общества по трансплантации сердца и лёгких (ISHLT), – рекордные в мировой практике. В прошлом году в НИИЦ трансплантологии и искусственных органов им. В.И. Шумакова проведено 699 операций по пересадке донорских органов, а всего в России – 2551, на 235 больше, чем в 2021 г. Вряд ли можно было достичь этих результатов без всеобъемлющей государственной поддержки.

Страховая медицинская организация «Капитал-МС» 30 лет работает в системе обязательного медицинского страхования, её специалисты являются признанными членами экспертного сообщества этого сегмента страхового рынка России. Сегодня в компании застраховано более 22 млн граждан. Мы обратились к генеральному директору «Капитал-МС» Надежде ГРИШИНОЙ с вопросом о том, что сегодня представляет собой система ОМС и какова в ней роль страховых медицинских организаций.

– Система ОМС в этом году отмечает свой 30-летний юбилей, чего, на ваш взгляд, удалось достигнуть за это время, чем она стала для российского здравоохранения?

– Современная система ОМС создавалась в условиях социально-экономического кризиса, и во многом благодаря её введению здравоохранение получило необходимый на тот момент источник финансирования. За эти годы она пережила значительную трансформацию, став не только финансовой основой отечественного здравоохранения, особенно в связи с переходом на одноканальное финансирование, но и гарантом прав пациентов на качественную медицинскую помощь. Введение единых принципов ОМС и переход на единый формат полиса ОМС, создание Единой государственной информационной системы в здравоохранении, унифицированные эффективные способы оплаты медицинской помощи, формирование и совершенствование института независимой экспертизы качества медицинских услуг, информационное сопровождение пациентов на всех этапах получения медпомощи с возможностью круглосуточного бесплатного обращения в контакт-центры ОМС – всё это способствует росту именно качественных показателей одного из самых важных государственных направлений социального обеспечения нашего населения. По мере финансового наполнения системы стали улучшаться её качественные показатели, двигаясь в сторону пациентоориентированной модели организации медицинского обслуживания, приоритета медицинских мероприятий по профилактике и реабилитации. Система ОМС способна, и мы всё это видим, очень динамично развиваться и совершенствоваться, исходя из текущих актуальных задач.

– Какую роль страховые медицинские организации сегодня играют в системе ОМС?

– Современная система ОМС невозможна без участия в ней страховых медицинских организаций (СМО). На них законодательством возложены значимые социальные функции. Это, прежде всего, защита интересов наших пациентов при получении медпомощи, контроль качества её оказания и множество других важных обязанностей, в том числе и в рамках Национального проекта «Здравоохранение». Социальная ответственность СМО – стоять на страже интересов застрахованных на каждом этапе получения медицинской помощи. Сейчас в стране благодаря страховым медицинским организациям полноценно работают институт страховых представителей – бесплатных помощников пациентов и институт независимой экспертизы. Ведь сами пациенты не всегда знают свои права, а иногда даже если знают, то у них нет желания и сил их отстаивать. И это наша работа – помочь пациенту в процессе получения медпомощи, обеспечить ему качественное лечение, а также добиться справедливости, если помощь оказана некачественно. Только за 9 месяцев 2022 г. в «Капитал-МС» рассмотрено 2160 обоснованных жалоб от пациентов,

по каждой из которых проведена экспертиза качества медицинской помощи. И за каждым таким обращением – здоровье, а то и жизнь человека. Сегодня многие пациенты уже понимают значение СМО, о чём свидетельствуют данные исследования, проведённого Всероссийским союзом пациентов, – треть опрошенных считают, что при нарушении прав надо обращаться к представителям СМО. Мы помогаем в маршрутизации пациентов, добиваемся приёма у врачей узких

здравоохранения конкретного региона, и на основе соглашений с региональными минздравами, территориальными фондами ОМС выстраиваем бизнес-процессы индивидуального сопровождения пациентов с учётом конкретных условий и возможностей территории.

Один из первых наших масштабных проектов был реализован в Санкт-Петербурге. По нашей инициативе и при полной поддержке со стороны ТФОМС города было организовано сопровождение па-

при тесном взаимодействии с медицинскими организациями и ТФОМС, которая позволяет добиться 100-процентного охвата информирования пациентов с онкозаболеваниями. Всех пациентов с I и II стадией ЗНО после получения информации об оказанной медицинской помощи СМО берёт на учёт и оказывает индивидуальное информационное сопровождение: информирует о необходимости посещения врачей и объёме положенной медпомощи при диспансерном

повышение качества медицинской помощи, работаем в первую очередь для пациентов.

Надо отметить, что развитие системы ОМС на протяжении многих лет обеспечивалось и обеспечивается нормотворческими и методологическими функциями ФОМС, которые успешно реализуются на основе конструктивного взаимодействия со всеми участниками сферы ОМС. К разработке основополагающей нормативно-правовой базы, связанной с

Ориентиры

Компетенция, которую трудно переоценить

Совместные усилия всех участников системы ОМС – залог повышения качества медпомощи

специальностей, решаем и другие вопросы. А результаты экспертиз СМО признаются судами общей юрисдикции, и наши эксперты в судах выступают на стороне защиты пациента.

В 2022 г. «Капитал-МС» проведено более 2,7 млн экспертиз медицинской помощи в рамках текущей экспертной деятельности компании по оценке качества оказания медицинской помощи медицинскими организациями. Сегодня без аргументированной экспертизы СМО медицинская организация никогда не признает факт нарушения прав пациента. Выявление системных дефектов стимулирует медицинские организации их исправлять, соответственно, и качество помощи растёт. Ведь не будет контроля, не будет и качества. И мы выступаем исключительно за прозрачность экспертной деятельности в отношении медорганизаций. Мы отработали на основе требований, порядков и стандартов медицинской помощи унифицированные чек-листы для проверки качества медпомощи ещё задолго до их официального внедрения со стороны Минздрава России. И медицинские организации осведомлены, какие именно дефекты будут в зоне внимания экспертов, и имеют возможность корректировать свою работу, чтобы их не допустить.

СМО играют роль не только защитников интересов застрахованных в тех случаях, когда их права нарушены, но и сами являются активными участниками трансформации системы здравоохранения, являясь инициаторами многих значимых с социальной точки зрения проектов, направленных на улучшение доступности и повышения качества медицинской помощи.

– Можете привести примеры подобных проектов?

– Наша компания располагает достаточно большим опытом по реализации социальных проектов в стране, поэтому мы выстраиваем тесное взаимодействие с органами управления здравоохранением и находим поддержку. Зачастую для организации качественной медпомощи пациенту никакого велосипеда выдумывать не надо, а нужно просто объединить усилия. Очень много зависит от воли, усилий и высокого профессионализма руководителей здравоохранения. Так, нами впервые в системе ОМС реализован подход к отработке проектов индивидуального сопровождения застрахованных лиц на основе анализа заболеваемости и региональных проблем здравоохранения при организации оказания медицинской помощи. Мы выявляем «болевы́е точки» в сфере



пациентов, перенёсших острый коронарный синдром (ОКС), с целью активной вторичной профилактики острой коронарной патологии и инфаркта миокарда. Наши специалисты взяли на индивидуальное сопровождение пациентов, которые выписывались из стационаров. Был организован контроль их постановки на диспансерное наблюдение, а затем и контроль над ходом дальнейшего лечения: соблюдением лекарственного обеспечения, проведением необходимых клинико-лабораторных и диагностических исследований, своевременным консультированием кардиохирурга, соблюдением сроков плановой госпитализации и амбулаторной кардиологической помощи в соответствии с требованиями порядков и стандартов оказания медицинской помощи по этой патологии. Осуществлялось индивидуальное информирование пациентов о необходимости приёма лекарственной терапии, в случае необходимости – запись на приём кардиолога или кардиохирурга, исходя из объёма имеющегося поражения коронарных артерий. В последствии был создан «кардиорегистр» таких пациентов, то есть пациентов, которые находятся на активном сопровождении специалистов филиала компании по контролю за своевременным диспансерным наблюдением.

Ещё одним примером такого социально значимого проекта стало информационное сопровождение онкологических пациентов. Наш анализ показал, что из пациентов с I и II стадией злокачественных новообразований, своевременно получивших профильную помощь, 45-70% не проходят диспансерное наблюдение в полном объёме, что может привести к несвоевременному, позднему выявлению рецидива или метастазирования. Мы разработали инновационную модель

наблюдения, контролирует визиты, уточняет даты, время посещений.

Сегодня одним из важнейших направлений разработки и реализации таких проектов стали пилотные проекты, направленные на повышение эффективности углублённой диспансеризации после перенесённого коронавируса, которые наша компания реализует в нескольких регионах: Калининградской и Ростовской областях, Санкт-Петербурге. Программа углублённой диспансеризации (УД) помогает своевременно диагностировать осложнения после COVID-19. Не все пациенты понимают важность своевременного обследования и отказываются от возможности пройти УД. А основные причины отказа – необходимость неоднократного посещения медицинской организации, длинные очереди, боязнь реинфицирования. Поэтому, опять же в тесном сотрудничестве с органами власти и медицинскими организациями, мы создали эффективную систему прохождения УД. Пациенты получают возможность пройти обследование в рамках 1-го этапа в одном месте, за непродолжительное время, когда нет необходимости отпрашиваться с работы, так как УД проводится 6 дней в неделю, включая субботу. При хорошей организации логистики время, которое пациент затратит на прохождение 1-го этапа, составляет не более часа. Мы также осуществляем индивидуальное информационное сопровождение пациента на всех этапах. В рамках этих проектов создана возможность получения необходимой медпомощи маломобильным группам.

Предварительные результаты показывают, что нам удалось сформировать практически идеальную систему. Например, в Калининградской области, где этот проект стартовал в марте 2022 г., доля застрахованных, прошедших УД от числа проинформированных по телефону, возросла с 8% в 2021 г. до 54% в 2022 г. Уровень удовлетворённости оказанием медицинских услуг при проведении УД достиг 94%. Таким образом, по инициативе СМО была реализована модель, которую не стыдно предложить для тиражирования на федеральном уровне.

– Конечно, реализация таких масштабных проектов невозможна без конструктивного взаимодействия со всеми участниками системы ОМС. Как складывается работа с ФОМС?

– Безусловно, понимание и поддержка очень важны не только в реализации таких проектов, но и в развитии системы ОМС в целом. Ведь мы все решаем одну задачу –

реализацией общегосударственных задач, привлекаются СМО, объединённые Всероссийским союзом страховщиков (ВСС), с которым подписано соглашение о сотрудничестве и взаимодействии между Федеральным фондом ОМС и ВСС. На базе ФОМС сегодня организованы профессиональные рабочие группы с участием СМО по всем методологическим направлениям развития системы.

А что касается реализации наших социально значимых проектов – это не обязанность СМО в рамках законодательства, это наша инициатива, в основе которой лежит профессиональная оценка состояния регионального здравоохранения. И для реализации таких проектов, безусловно, поддержка со стороны органов власти крайне важна и необходима. Все наши действия поддерживаются Федеральным фондом ОМС, что формирует условия для успешной их реализации в регионах. Поэтому умение ФОМС увидеть и оценить проблемы, помочь в их решении в интересах пациентов – это та компетенция, которую просто трудно переоценить.

– Учитывая роль СМО, в чём вы видите успех дальнейшего развития системы ОМС?

– Во-первых, очень важна консолидация всех участников в системе ОМС по достижению главного результата – обеспечению доступной и качественной медицинской помощи пациенту. И, конечно, очень важно использовать для решения этой задачи все имеющиеся ресурсы, которые за долгие годы наработаны СМО. Если мы находим понимание на уровне Министерства здравоохранения, территориальных фондов, медицинских организаций, то в реализации проектов, направленных на повышение качества медпомощи, заранее заложен успех.

Во-вторых, конечно, необходимо продолжать формировать культуру обращения в страховые медицинские организации. Институт страховых представителей был создан недавно. Пациенты не привыкли пока к тому, что если у них имеется полис ОМС, то у них есть ещё и бесплатный помощник в лице страховой медицинской организации. А ведь рассмотрение обращений пациентов – это наша профильная задача. И когда жалоба пациента не переходит в судебное разбирательство, это означает, что СМО эффективно осуществляет взаимодействие со всеми участниками системы ОМС, что важно не только для пациентов, но и для врачей, так как страховщики – залосн, который предупреждает развитие конфликта.

– **Сергей Станиславович, как часто встречаются ситуации, когда частная клиника “вписывается” в систему ОМС?**

– Основываясь на многолетнем опыте работы на рынке частной медицины, хочу сказать, что примерно 40% коммерческих клиник являются участниками системы ОМС. Практически все крупные сетевые клиники имеют свои квоты. Небольшие медицинские центры, в том числе специализированные, также стремятся оказывать бесплатную помощь пациентам. И в последнее время их становится всё больше. Так, например, в прошлом году ко мне обратилась учредитель московской стоматологической клиники «Аполлония-Мед» за разъяснениями о порядке вхождения в систему ОМС.

– **И на какую бесплатную помощь могут рассчитывать пациенты в частных медицинских организациях?**

– Получив квоты на работу в системе ОМС, частная медицинская организация оказывает те же самые услуги со своей медицинской лицензией. Поэтому пациенты получают аналогичную качественную медицинскую помощь, только на бесплатной основе. Да, бывают разные ситуации. По полису ОМС получить медицинскую помощь не всегда просто, например, консультацию обычного врача или ЭКГ. В ряде ведущих клиник Москвы и регионов РФ в ОМС входит большой перечень услуг, в том числе и многие виды дорогостоящей высокотехнологичной медицинской помощи (ВМП), не включённые даже в базовую программу ОМС. Например, хорошо всем известная клиника АО «Медицина» академика Ройтберга, многолетний лидер по качеству в Российской Федерации и единственная в стране сертифицированная по стандартам Joint Commission International (JCI), много лет оказывает помощь по программе ОМС. Согласно тарифным соглашениям, по отдельным видам ВМП клиника работает по ОМС для Москвы, Московской области и ряда регионов (Ямало-Ненецкий автономный округ, Рязанская, Тверская области, Камчатка). При этом оказывает специализированную помощь по 10 направлениям. А конкретно: ПЭТ/КТ, лучевая терапия, ЭКО, лечение диабета, сердечно-сосудистая хирургия (стентирование), офтальмология (лечение глаукомы, осложнённой катаракты), урология, онкология (резекция молочной железы; радикальная резекция молочной железы с одномоментной маммопластикой; широкое иссечение опухоли кожи с реконструктивно-пластическим компонентом), нейрохирургия, абдоминальная хирургия.

Отсюда следует, что любому пациенту, в том числе из региона, при наличии полиса ОМС и медицинских показаний, предоставлена возможность получить специализированную медицинскую помощь на бесплатной основе. Включая даже дорогостоящие и затратные для пациента её виды.

О востребованности ОМС говорит и такой факт. Ведущая клиника Алтайского края по реабилитации «Территория здоровья» расположена в Барнауле. Организованный здесь на деньги частных инвесторов большой медицинский центр со стационаром на 220 коек и поликлиникой на 400 посещений в смену признан победителем Всероссийского конкурса «Лучший проект государственно-частного взаимодействия» в номинации «Лучшая частная медицинская организация, участвующая в реализации территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи». «Территория здоровья» предоставляет инновационные виды медицинской реабилитации не только жителям Алтайского края. Центр принима-

ет на лечение по ОМС пациентов из соседних регионов: Новосибирской, Иркутской, Кемеровской областей, Республики Алтай, Красноярского края. Обширен и перечень заболеваний, с которыми можно обратиться в «Территорию здоровья». Это и состояние после оперативного вмешательства на крупных суставах, протезирование крупных суставов, операции на позвоночнике, состояние после инсультов, инфарктов миокарда, черепно-мозговой травмы, травмы позвоночника.

В коммерческих клиниках, участвующих в реализации программы

не возникает, а в итоге выигрывает пациент.

– **Кто контролирует качество медицинской помощи в частных медицинских организациях?**

– Для этого создана целая многоступенчатая система. Ещё до открытия клиники органом, выдающим лицензию, проводится серьёзная проверка условий для оказания медицинской помощи, начиная с санэпидзаклучения (СЭЗ). Управления Роспотребнадзора осуществляют тщательные проверки помещений и выдают СЭЗ только при соблюдении всех необходимых условий. К провер-

платной основе. Уровень сервиса, как правило, здесь заметно выше. Привлечение коммерческих клиник на рынок ОМС в целом расширяет объём медицинских услуг региона. Между государственными и коммерческими клиниками возникает «здоровая» конкуренция за пациента. Это также выгодно с точки зрения поступления денежных средств в бюджет, поскольку имеется ряд регионов, где не всегда выполняются квоты ОМС.

– **То есть преимуществ больше, чем возникающих проблем?**

– Безусловно. Считаю, что участие частной медицины в системе

пласт новых пациентов, которые раньше бы не обратились к её специалистам?

– Понятно, что количество пациентов для частного медицинского центра немного увеличивается. Но следует понимать, что квоты на работу в системе ОМС, которые выделяются органами управления здравоохранением в регионе совместно с ТФОМС, совсем небольшие и могут варьировать от 300-500 до 2000-3000 пациентов в год на клинику. Только крупные медицинские корпорации, лидеры отечественного здравоохранения, имеют квоты более 10 тыс. паци-

ОМС: реальность и перспективы

В тесном контакте

С каждым годом всё больше частных клиник работают по территориальным программам госгарантий



Системе обязательного медицинского страхования в нашей стране исполнилось 30 лет. Являясь основным источником финансирования отечественного здравоохранения, она продолжает успешно развиваться. Более того, современные тарифы ОМС способствуют внедрению в практику высокотехнологичных медицинских методов, положительно влияющих на качество оказания медицинской помощи. Сегодня в орбиту ОМС включаются и частные клиники, что обеспечивает новое качество услуг и создаёт более комфортные условия для её оказания. Об этом тренде в нашем здравоохранении состоялась беседа корреспондента «МГ» с руководителем агентства медицинского консалтинга «Стратег» Сергеем ЧУБРИКОМ.

Сегодня в команде Сергея Станиславовича более 40 специалистов. За 12 лет реализовано 28 проектов, плюс многолетний опыт работы со страховыми компаниями в системе ОМС и добровольного медицинского страхования. Это даёт ему право высказать своё авторитетное мнение на страницах «МГ» о готовности частных медицинских организаций к плановой работе в системе ОМС.

госгарантий по системе ОМС, можно бесплатно получить практически любую врачебную консультацию.

– **Возникает вопрос, почему частникам сегодня выгодно работать в системе ОМС? Ведь многие государственные лечебные учреждения жалуются на низкие тарифы...**

– Безусловно выгодно. Во-первых, тарифы на многие услуги достаточно высокие и приближаются к коммерческим расценкам. Особенно это заметно в регионах. Так, например, услуги гемодиализа в ряде регионов оказываются «частниками»; тарифы ОМС на реабилитацию также достаточно высоки и позволяют клиникам, подобным «Территория здоровья», полностью обеспечивать свои потребности за счёт средств от ТФОМС. Во-вторых, поступления по ОМС – это гарантированный источник дохода. Понятно, что пациент с удовольствием придёт за бесплатной помощью в клинику, уровень сервиса в которой существенно выше. Да и руководителю легче планировать бюджет клиники.

Что касается тарифов, то по ряду направлений они стимулируют применение передовых медицинских технологий. А если технологии не внедрены, то за определённые рутинные услуги тарифы могут быть и занижены. Плюс не будем забывать, что всегда хочется большего.

– **Мешает или нет вхождение частных медицинских центров в систему ОМС работе государственных клиник?**

– Для урегулирования подобных вопросов при правительствах регионов существуют межведомственные комиссии по разработке территориальной программы ОМС. Они, во-первых, устанавливают тарифы на услуги; во-вторых, распределяют квоты между участниками системы ОМС. Поэтому работа на рынке ОМС ведётся на партнёрской основе, каждая медицинская организация оказывает только выделенный ей объём услуг. Соответственно, никакой помехи со стороны коммерческих клиник

привлекаются специалисты региональных департаментов и министерств здравоохранения, в которых созданы специальные отделы по проверке правильности и законности оказания платных медицинских услуг. Органы госнадзора проводят проверки в сфере коммерческих медицинских услуг. Это и трудовая инспекция, прокуратура, ОВД, Роскомнадзор, ФСТЭК, налоговая инспекция, ФСС и др. Их деятельность напрямую не связана с контролем именно качества медицинских услуг, но работа самой клиники оценивается пристально.

– **С точки зрения организации здравоохранения, какие положительные и отрицательные моменты формируются после вхождения частных клиник в систему ОМС?**

– Существует мнение, что контроль за качеством медицинской помощи в коммерческом медицинском центре обеспечить сложнее. Однако нужно понимать, что именно руководство центра больше всех заинтересовано в том, чтобы уровень оказания медицинской услуги был «на высоте», чтобы не было претензий и жалоб со стороны пациентов. Ведь за негативом может последовать и лишение квот. Кроме того, за 30 лет своего существования система ОМС стала настолько устойчивой, хорошо организованной и регламентированной, что любой участник попадает именно в определённые «рамки». В состав межведомственной комиссии входят представители департаментов здравоохранения, ТФОМС, страховых организаций, медицинских организаций, профсоюзы, руководители общественных организаций пациентов и т.д. Поэтому частной клинике остаётся только плодотворно работать. А с точки зрения управляемости со стороны органов здравоохранения, как правило, проблем не возникает.

Положительных моментов больше чем достаточно. Прежде всего выигрывает пациент, который имеет дополнительные возможности получения квалифицированной медицинской помощи на бес-

ОМС только «оздоравливает» ситуацию для медицинских организаций любой формы собственности, потому что решение в конечном итоге принимает пациент, куда ему обратиться. Государственные и муниципальные поликлиники и стационары стремятся повысить прежде всего уровень комфорта, создают дополнительные сервисы, которых раньше не было. В свою очередь, коммерческие клиники повышают квалификацию врачей, расширяют спектр своих услуг и приобретают дополнительное оборудование, чтобы конкурировать с государственным и муниципальным сектором здравоохранения.

– **А могут ли сочетаться услуги по ОМС и ДМС в частных клиниках? Как должны разделяться платные услуги, ОМС и ДМС?**

– Услуги по ОМС и ДМС сочетаются примерно в 20% случаев, это не является противоречием. Как правило, руководители подобных клиник шире «смотрят на мир», понимая, что интересен любой постоянный канал финансирования. Соотношение между платными услугами, ОМС и ДМС не регламентировано никакими приказами и относится сугубо к компетенции первого лица (руководителя или учредителя). Так, например, хорошо всем известная сеть «Семейные клиники» имеет все три потока пациентов. Изначально она открывалась как платная клиника, позже получила квоты на оказание медицинской помощи по ОМС, а 4 года назад заключила более 20 договоров со страховыми компаниями по ДМС. Количество пациентов по этим каналам формируется в зависимости от активности медицинской организации на рынке платных услуг, перечня медицинских услуг и интереса со стороны страховых компаний. Как правило, соотношение в итоге формируется следующее: 40% – платные услуги, 50-55% – ДМС и 5-10% – ОМС.

– **Получает ли частная клиника в качестве «бонуса» огромный**

ентов в год. Необходимо учитывать также и тот факт, что, обратившись в частную клинику с полисом ОМС, пациент обычно и стремится получить только бесплатный вид медицинской помощи. Редко происходит так называемая конверсия в «платную услугу», когда пациент приобретает что-то ещё. Так называемые штрафные санкции со стороны страховых компаний – это «плановая» ситуация для любой клиники, в том числе государственной. Экспертиза счёта-фактуры осуществляется ежемесячно, основывается на анализе соответствия оказанных услуг плановым объёмам и не является ударом по бюджету, в пределах 0,5-1%.

– **И последнее – существуют ли программы государственной поддержки, способствующие развитию частного сектора в медицине?**

– Сегодня в стране есть программы так называемого государственно-частного партнёрства, то есть созданного на определённый срок публичного сотрудничества (РФ, субъект РФ, муниципальное образование) и частного партнёра. Оформляется оно соглашением о государственно-частном партнёрстве или концессионным соглашением и направлено на привлечение средств частного инвестора на строительство или реконструкцию в обмен на возможность оказания услуг или эксплуатацию. Для такого вида сотрудничества в стране есть несколько регламентирующих правительственных документов.

Напомним о некоторых из них, которые касаются государственно-частного партнёрства и работы в системе госгарантий. Первое – это Федеральный закон № 115-ФЗ от 21.07.2005 «О концессионных соглашениях». На мой взгляд, необходимо также ознакомиться со «Стратегией развития здравоохранения РФ на долгосрочный период», согласно которой должна быть обеспечена окупаемость проектов и доступ инвесторов к долгосрочным заемным источникам финансирования. Далее – Федеральный закон № 224-ФЗ от 13.07.2015 «О государственно-частном партнёрстве, муниципально-частном партнёрстве в Российской Федерации и внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации».

Для оценки результатов работы в системе государственно-частного партнёрства Минздрав России ежегодно проводит конкурс «Лучший проект государственно-частного взаимодействия», где оцениваются как субъекты РФ, так и медицинские организации.

Материалы специального выпуска подготовили корреспонденты «МГ» Алексей ПАПЫРИН, Елена БУШ, Альберт ХИСАМОВ.

Лёд тронулся или только треснул?

А если серьёзно, то, по мнению В.Менделевича, можно действительно ожидать близкого финиша долгосрочной законодательной эпопеи. Тот факт, что о необходимости закона говорит уже не рядовой депутат, а вице-спикер, означает решимость государства навести порядок в этой сфере образования и бизнеса.

– Запрос населения и государства на профессиональную помощь, связанную с психическим здоровьем, на самом деле очень высокий. И он будет расти на фоне специальной военной операции в Украине, откуда возвращается большое число военнослужащих и мирных жителей с посттравматическим стрессовым психическим расстройством. Законопроект, работа над которым резко ускорилась, – только один из шагов, уже предпринятых в данном направлении, – продолжает профессор.

Второй шаг – проект приказа Минздрава России о максимально быстрой переподготовке врачей разных специальностей – терапевтов, педиатров, эндокринологов и т.д. – в психиатров и психотерапевтов. За полгода они должны быть переучены. Приказ будет подписан, в этом у эксперта нет сомнений, поэтому на кафедре уже составляют обучающую программу, чтобы с сентября начать выполнять госзадание.

За скобками остаются вопросы, насколько мотивированы будут эти специалисты становиться психиатрами и психотерапевтами и в какой мере из-за переориентации части медработников образуется кадровый дефицит в других областях здравоохранения. Но, как говорится, регулятору виднее, врачи каких профилей сейчас стране нужнее – просто терапевты или психотерапевты.

Маги и экстрасенсы, на выход!

Одна из главных задач нового закона, по словам В.Менделевича, – отсечь от работы в сфере психологического консультирования людей, которые не отвечают определённым квалификационным характеристикам. За последние годы дипломы психологов или сертификаты о переподготовке по психологии получили, в том числе, многие персоны, которые до этого занимались откровенной парапсихологией, – экстрасенсы, маги, ясновидящие.

– Я знаю это наверняка, потому что преподавал на курсах по переподготовке. Лица, которые имели высшее образование по самым разным специальностям и вдруг решили получить второе высшее по психологии, преследуют абсолютно меркантильную цель – занять место на очень высокодоходном рынке, – уверен эксперт.

Можно ли отсечь низкоквалифицированных практикующих психологов и просто самозванцев? Формально можно. В частности, один из способов – установить за правило, что вести психологическую практику может только человек с полноценным классическим университетским психологическим образованием, никакие профессиональные переподготовки не допускаются.

– Такое предложение высказывается, в том числе, моими коллегами по профессиональному сообществу. Но сам я так не считаю. Даже несмотря на то, что в нашей сфере действительно появилось много людей случайных, надо признать: из тех, кто получил диплом психолога на базе второго высшего образования, тоже иногда получаются нормальные специалисты. И наоборот. Вопрос, на мой взгляд, не в образовательном цензе, а в мировоззрении, квалификации и тех целях, которые ставят люди, получая такой сертификат, – уточняет В.Менделевич.

При этом он категорически против того, чтобы право выдавать дипломы и сертификаты об ускоренном психологическом онлайн-



Продолжаем разговор

К юбилею непринятого закона

На финишной прямой инициатива психологов вновь застопорилась

В «МГ» № 43 от 02.11.2022 «Стать психологом? Нет ничего проще» мы рассказывали об итогах «круглого стола», за которым представители профессионального сообщества говорили (в тысячный раз!) о необходимости принять в России федеральный закон о психологической помощи. Эксперты настаивали на том, что нужно пересмотреть требования к профессиональной подготовке психологов и отрегулировать управление рынком психологических услуг со стороны государства.

Спрос населения на психологическую помощь возрастает, что естественным образом способствует росту предложений услуг, в том числе от непрофессиональных «целителей человеческих душ». Всякого рода авантюристы-самозванцы должны быть лишены возможности вести легальную практику и подвергаться наказанию за неlegalность.

Казалось бы, чего проще? Тем более что аналогичные законопроекты, регулирующие профессиональную деятельность в других сферах, давно существуют и взяты их за основу ничто не мешает. Однако...

образовании было сохранено за разного рода частными фирмами. Заведующий кафедрой психиатрии и медицинской психологии Казанского ГМУ согласен с тем, что не только работа психологов, но и их подготовка превратилась в нашей стране в нерегулируемый, никем не контролируемый бизнес, когда можно за небольшие деньги и за несколько часов онлайн-лекций получить сертификат и начать практику.

Реестр как инструмент аудита

Определить же «дефекты мировоззрения» и уровень квалификации практикующих психологов, по мнению профессора, должен контроль их деятельности: какие методики они используют, насколько эффективно и насколько безопасно, не превышают ли свои полномочия, когда пациент нуждается в помощи психиатра, а психолог, понимая это, не направляет и тем более отговаривает человека от визита к психиатру.

Резонный вопрос – чьей именно функцией должен быть такой контроль? По словам парламентария А.Кузнецовой, инструментом и одновременно результатом контроля работы психологов призван стать единый реестр этих специалистов, которые будут иметь право оказывать услуги после подтверждения

своего профессионального статуса и квалификации. Положение о реестре войдёт в окончательную версию проекта закона «О психологической помощи».

Правда, в комментарии нашим коллегам вице-спикер заметила, что именно этот пункт оказался главным камнем преткновения в подготовке нормативного акта: не определено ведомство, которое будет ответственно за формирование реестра, – Минтруд или Минздрав России. Таким образом, продвижение законопроекта вновь затормозилось, причём по такой странной причине.

– Контроль и учёт – верное решение. Реестр позволяет не только зарегистрировать всех настоящих профессиональных психологов с указанием места их локации, но также регулярно проводить аудит деятельности каждого из них по списку. Правда, за рубежом оценкой качества работы психолога, как и врача, занимается не государство, а само профессиональное сообщество в лице ассоциации. У нас же это опять начинает замыкаться на Минздрав или того хуже – на Минтруд, – подчёркивает В.Менделевич.

По мнению эксперта, ведомства в принципе не могут оценить качество профессиональной деятельности психологов. Их задача в данной теме может сводиться

только к тому, чтобы обозначить внешние, бюрократические критерии оценки работы специалиста: наличие профильного образования и действующего сертификата, периодичность прохождения супервизии, соблюдение налоговой отчётности частно-практикующими психологами.

– Это исключительно формальные признаки, а нужны неформальные. Являясь членом аттестационной комиссии, я вижу, какие «специалисты» зачастую сюда приходят: это не психологи на самом деле, а просто обыватели, возмнившие себя психологами. Они не имеют не только навыков, но и глубоких знаний предмета, рассуждают на обывательском уровне. Тем не менее у них тоже есть клиентура, люди

ко неэффективны, но и опасны. В частности, холотропное дыхание Станислава Грофа, позиционируемое как метод трансперсональной психотерапии, может провоцировать психозы и потому в системе официальной психотерапевтической и психологической помощи не применяется. Популярный метод НЛП – доказанное мракобесие в чистом виде, между тем он до сих пор на слуху. Танатотерапия – модная тема последних лет, её последователи считают, что эта антинаучная методика на самом деле позволяет добиться изменения мировоззрения человека, которого на непродолжительное время упаковывают в гроб и погружают в могилу. То же самое можно сказать о песочной терапии: здесь

Ожидалось, что проект закона о психологической помощи будет внесён на рассмотрение Госдумы в осеннюю сессию 2022 г., но ожиданиям этим не суждено было сбыться. И вот новая вводная: газета «Известия» сообщила на днях со ссылкой на вице-спикера Госдумы России Анну Кузнецову, будто окончательную версию законопроекта планируют внести в нижнюю палату парламента до конца весенней сессии 2023 г., то есть, по меркам мировой истории, буквально со дня на день.

Иронию автора разделяет заведующий кафедрой психиатрии и медицинской психологии Казанского государственного медицинского университета, доктор медицинских наук, профессор Владимир МЕНДЕЛЕВИЧ.

– Разговор о том, что стране нужен закон о психологической помощи, ведётся с 1998 г. Именно тогда сообщество психотерапевтов впервые обратилось в Государственную Думу с таким предложением. Прошло каких-то 25 лет, можно отмечать юбилей непринятого закона, – говорит мой собеседник.

их выбирают, доверяют им свои проблемы и более того – платят деньги за антипрофессиональные рекомендации. Таких псевдопсихологов профессиональное сообщество должно из своих рядов исключать, а закон – лишать их права на психологическую практику, – убеждён В.Менделевич.

На самом ли деле существует угроза от деятельности неквалифицированных психологов, она не преувеличена? На этот вопрос мой собеседник отвечает так: «Если смотреть через призму статистики, то опасность от их деятельности можно считать преувеличенной. Но если брать судьбу конкретного человека, вред от общения с неквалифицированным психологом рискует оказаться не просто большим, а непоправимым». К тому же, добавляет эксперт, психолог не несёт никакой ответственности за то, что он вовремя не отправил к психиатру депрессивного человека с суицидальными мыслями, и тот совершил самоубийство. Врач за то же самое садится на скамью подсудимых. Это несправедливо.

– Не следует забывать также, что деятельность псевдопсихологов создаёт серьёзные репутационные риски для всего профессионального сообщества. Есть некоторые методики, практикуемые «самозванцами», которые не толь-

вообще никакой науки нет и пользы мало. Отсюда следующее требование к закону и его подзаконным актам: необходимо сформировать реестр не только специалистов, но и научно обоснованных методик, применяемых в психологии и психотерапии, – резюмирует профессор.

Правда, как раз в данном разделе споры, скорее всего, будут жаркими, потому что у каждой методики – рациональной и иррациональной – есть авторы – гуру и последователи – паства. И всё-таки без такой систематизации с опорой на научные доказательства эффективности и безопасности не удастся навести порядок в системе оказания психологической помощи, в этом случае долгожданный закон окажется чистой воды формальностью.

* * *

В это трудно поверить, но так и было. Как раз в то время, когда автор стучала по клавишам компьютера, набирая данный текст, раздался телефонный звонок и приятный женский голос произнёс: «Получите консультацию психолога по телефону. Первый звонок бесплатный. Если хотите узнать подробности, нажмите цифру один». Комментарий, мне кажется, излишен.

Елена БУШ,
обозреватель «МГ».

Проекты

Ассоциация «Совет ректоров медицинских и фармацевтических высших учебных заведений» на прошедшем в Сеченовском университете общем собрании поддержала изменения в статью 108 Федерального закона № 273-ФЗ от 29.12.2012 «Об образовании в Российской Федерации» и приняла решение направить в Комитет Госдумы РФ по науке и высшему образованию позицию о его практической реализуемости.

Дополнительные меры поддержки

В адрес ассоциации поступило обращение от комитета Госдумы с просьбой поддержать разработанный ими законопроект, вносящий изменения в Федеральный закон об образовании, сообщил участникам собрания ответственный секретарь ассоциации Игорь Есауленко. Поправки направлены на предоставление дополнительных

мер поддержки военнослужащим и мобилизованным, принимающим участие в специальной военной операции. Дети военнослужащих и мобилизованных, не поступившие на бюджетные места, принимаются на обучение на платной основе, сказано в документе. Законопроектом предлагается предоставить вузам право освободить от оплаты детей участ-

ников спецоперации, обучающихся по договору об оказании платных образовательных услуг, на период действия контракта о прохождении военной службы или окончания СВО. Проектом закона также предлагается распространить эту норму на супругов военнослужащих и мобилизованных, принимающих участие в специальной военной операции.

Совет ректоров поддержал проект закона единогласно.

Общее собрание ассоциации прошло в рамках стартовавшей в этот же день в вузе XIV Общероссийской конференции с международным участием «Неделя медицинского образования – 2023».

Сергей ФЁДОРОВ.

В Российском национальном исследовательском медицинском университете им. Н.И.Пирогова прошла стратегическая сессия Совета молодых учёных (СМУ) медицинских и фармацевтических организаций высшего образования и науки. Мероприятие посетили 75 членов СМУ из нескольких регионов страны. Цель сессии – выработать стратегию развития сообщества медицинских и фармацевтических организаций высшего образования и науки. Модератором встречи выступил первый проректор РНИМУ им. Н.И.Пирогова, директор Федерального центра поддержки добровольчества и наставничества в сфере охраны здоровья Минздрава России Георгий Надарейшвили.



С. Лукьянов

Разговор с наставниками был посвящён перспективам развития медицины и её персонализированной части, а также тому, как она должна развиваться в контексте работы с молодёжью. Напомним, что 2022-2031 гг. объявлены в России Десятилетием развития науки и технологий. Эксперты обсудили, какие имеются возможности для молодых учёных, как государство поддерживает их и насколько программа «Приоритет-2030» позволяет развивать молодёжную научную деятельность и т.д.

Председатель Координационного совета по делам молодёжи в научной и образовательной сфере Совета при Президенте РФ по науке и образованию Никита Марченков отметил, что сегодня молодёжи предоставляется уникальный шанс прийти в науку, которая начинает играть ведущую роль в жизни нашего государства и общества. По опросам, которые проводились в 2021 г., объявленном Годом науки и технологий, более 2/3 взрослых людей поддерживали бы желание своих детей связать жизнь с этой сферой.

«Такого высокого интереса к науке не было никогда – ни в российское, ни в советское время. Сегодня в стране доля молодых исследователей составляет более 44%. То есть отечественная наука является одной из самых молодых по составу в мире. И это, как мне кажется, достаточно важный показатель. Для сравнения: в 2000 г. данная доля составляла 26%. Как видим, произошёл качественный сдвиг в восприятии молодёжью научной сферы. Наука становится максимально престижным и востребованным направлением, уважаемым в обществе», – рассказал выступавший.

Он подчеркнул, что сегодня за выпускников вузов идёт борьба не только между научными организациями, но и научной и другими отраслями, когда лучшие уходят из науки в информационные технологии, банки. «Важно, чтобы такие ребята из высших учебных заведений шли в научную сферу, увеличивая её потенциал и улучшая имидж», – заключил Н.Марченков.

Ректор Приволжского исследовательского медицинского университета Николай Карякин подчеркнул, что необходимо обучать студентов базовым знаниям: как готовить заявки и подавать их для получения грантов, как проводить литературный поиск и писать статьи в серьёзные научные журналы, как заниматься патентной работой. Вопрос защиты интеллектуальной собственности стоит сегодня очень остро. Потому что если нет договора распределения прав, то по современному законодательству каждая из сторон имеет полное право на патент.

Наука, по мнению ректора, – это, образно говоря, сборная по футболу. Чтобы создать лучшую команду страны, необходимо сначала выстроить дворовый футбол. Потом следует сформировать лучшие команды в городах, округах,

имеют потенциал и талант, важно не упустить, а поддержать в подготовке диссертации.

«Высшее образование, несомненно, даёт личности огромный толчок. Но вот дальше, в творческую зону, он осуществляется отбором, причём со стороны не только руководителей и администрации, но и самого специалиста. Заниматься всю жизнь тем, для чего ты не предназначен, неправильно. Ты будешь всегда среди отстающих. Ведь наука – это не работа, а образ мышления и жизни. У учёного нет перерыва в деятельности, как и выходных. Он не может не творить и не пытаться узнать, как устроен мир. Это его

«Его не мог бы сделать один только врач, здесь нужны и математики, и инженеры, и программисты. Когда усилия объединили, то вышли на лидерские позиции. Во всём мире ведутся разработки в отдельных лабораториях, а у нас уже есть серийное производство. Прошло примерно 10 лет от начала взаимодействия до такого результата», – рассказал ректор РНИМУ.

Также в университете имеются совместные разработки со специалистами в области иммунологии и ревматологии. «Мы создаём препараты, способные уничтожать клетки, которые вызывают аутоиммунные заболевания. Они

по-другому. Конечно, потребовалась коллаборация внутри университетов», – отметил выступавший.

По его мнению, вопрос привлечения новых кадров в науку – ключевой, и Совет молодых учёных медицинских и фармацевтических организаций высшего образования и науки должен на него ответить. Задачи в этой сфере меняются быстро, растёт их масштаб. Выполнить их без чёткого разделения труда, без занятия собственных ниш невозможно. И молодые учёные – совершенно необходимый ресурс для всех научных проектов.

«Может быть, стоит рассмотреть в рамках Совета молодых учёных

В медицинских вузах страны

Молодёжь мыслит стратегически

Учёные объединяют усилия на принципах доверия и сотрудничества

регионах. Затем отобрать лучших и создать им условия для максимального роста.

«Мы внедрили у себя систему обучения молодых наставников, ассистентов и доцентов, которые хотят получить кандидатские или докторские диссертации и сформировать свои школы. Выделили внутренние гранты, которые эти коллективы могут выиграть. Ввели критерий, что такая поддержка должна быть межфакультетной. Мы увидели, что каждая кафедра – это закрытый кокон. Поэтому гранты можно выиграть, только если ты междисциплинарен и коллаборируешь с коллегами. И всё это за год-полтора дало определённые результаты. Также в числе критериев мы прописали, что необходимо выделять гранты студентам, ординаторам, аспирантам и сотрудникам, занятым наукой. При утверждении аспирантских диссертаций ввели

внутреннее состояние», – пояснил С.Лукьянов.

Также ректор привёл пример, когда в области той же биомедицины опыт врачебной деятельности имеет колоссальное значение.

«Если брать биомедицинскую науку и образование, то очень часто мы слышим, что нужно готовить врача-учёного. Наверное, такое возможно. Но есть единицы, которые соединяют в себе противоположные качества и при этом сохраняют здравый смысл и ум. Если врач изначально следует парадигме «Не навреди!», то учёному интересно другое: «А что будет, если попробовать вот так?» В одной личности это плохо уживается. Однако учёные всё-таки ведут свои разработки в лабораториях, и большая их часть не имеет никакого смысла с практической точки зрения. Потому что они не представляют, что будет в клинике», – пояснил С.Лукьянов.



Г.Надарейшвили (слева) и Н.Марченков в президиуме

на 10 лет обгоняют все имеющиеся в мире аналоги», – рассказал С.Лукьянов.

Наука, по его словам, – это конкурентная среда, но цель должна лежать в области сотрудничества и качественного взаимодействия. Важно выявить те точки, в которых команда учёных может быть эффективной, сделать всё без эмоций, прагматично. Для этого такие сессии и проводятся, заключил академик.

Ректор Тюменского государственного медицинского университета Иван Петров отметил, что многие университеты сегодня ищут своё место в области научных исследований. И Тюмень за последние несколько лет стала ярким образовательным центром России. Не в последнюю очередь это произошло благодаря тому, что тюменским университетам удаётся эффективно сотрудничать и привлекать партнёров.

«Сейчас внутри вуза мы прикладываем огромные усилия для формирования нового для нас вида деятельности – научных исследований, причём как минимум российского уровня, но с прицелом на мировую. К этой задаче приступили несколько лет назад, в 2017 г., когда появилась программа по созданию научно-образовательных центров мирового уровня», – рассказал И.Петров.

По его словам, ранее реализовывались проекты по интеграции, но когда она искусственная, то ничего хорошего из этого не получается.

«Например, была региональная инициатива для вузов: мы составили «дорожные карты», и все высшие учебные заведения действовали, исходя из неё. Несколько лабораторий на бумаге достаточно эффективно функционировали. Но всё закончилось, когда появились новые программы, нацеленные на конкретные результаты: ты работаешь не для научной статьи, а для разработки технологии. Такая научная деятельность выстраивается совсем

такую интегрирующую функцию. Представить СМУ как площадку для поиска, благодаря которой будет возможность получить консультацию и применить данную компетенцию. Например, можно рассматривать дистанционное консультирование по некоторым направлениям, которые следует развивать в разных научных коллективах», – предложил И.Петров.

В заключение участники встречи отметили, что сегодня наука в большинстве случаев делается совместными усилиями – это «командный забег». И конечно, данная деятельность всё больше становится междисциплинарной.

В рамках стратегической сессии прошли две лекции. На тему «Грантовая поддержка научных проектов» выступили главный специалист Управления программ и проектов Российского научного фонда Алина Аморова и проректор по научной работе РНИМУ им. Н.И.Пирогова, доктор биологических наук, профессор РАН Денис Ребриков. Спикером лекции «Интеллектуальная собственность в здравоохранении» стала заместитель начальника отдела разработки и реализации стратегий патентной защиты Центра трансфера медицинских технологий Научного центра экспертизы средств медицинского применения Минздрава России Ольга Андреева.

Во время стратегической сессии, которая проходила в течение двух дней, молодые врачи, фармацевты приняли участие в пяти образовательных треках: лабораториях «Научная среда», «Образовательная среда», «Создавай и управляй», «Клиника и наука» и «Научный старт». Также молодые учёные сформировали ключевые направления работы молодёжного научного сообщества и разработали проекты совместно с наставниками – экспертами федерального уровня в области науки и здравоохранения.

Александр МЕЩЕРСКИЙ.



Молодые специалисты внимательно слушали наставников

фильтр: приоритет отдавать тем темам, на которые уже выделяется финансирование. Потому что столкнулись с ситуацией, когда гранты «живут своей жизнью», а кандидатские и докторские – своей. Одни приходят и говорят: «Денег нет», вторые – «Нет людей, которые будут делать», – рассказал Н.Карякин.

Поэтому, по его словам, реализуемая в стране программа «Приоритет-2030» в первую очередь помогает развивать кадровый потенциал, а также связь науки с индустриальным сектором.

«На мой взгляд, современная научная сфера, если она не идёт рука об руку с индустриальным партнёром, – на 99,9% работа в стол. Поэтому мы стараемся поддерживать те гранты, которые позволяют найти такого партнёра с разной степенью готовности. Работа с ним принципиально важна», – заключил Н.Карякин.

Ректор РНИМУ им. Н.И.Пирогова академик РАН Сергей Лукьянов подчеркнул, что учёными не становятся – ими рождаются. Поэтому тех молодых людей, которые

Ректор отметил, что в РНИМУ им. Н.И.Пирогова видит площадку, на которой врачи и учёные работают в совместных командах на равных условиях. То место, где первые обозначают проблемы и границы, а вторые находят решения и их предлагают.

«Очень важно, чтобы они общались и не прерывали связь. Подчас много сил и времени уходит на запуск проектов, поскольку люди совершенно не понимают друг друга. Другая система ценностей, терминология, и каждой стороне кажется, что перед ними что-то совершенно непреодолимое. Если через такой барьер удаётся переступить, люди начинают слышать и понимать друг друга, рождаются дискуссии, готовятся документы, гранты: «ракета полетела». Это даёт уникальные результаты», – поделился мнением С.Лукьянов.

Как пример, у университета есть разработка – интерфейс «мозг – компьютер», который позволяет человеку, имеющего ограничения по здоровью из-за травмы или инсульта, или ребёнка с ДЦП переводить на использование экзоскелета.

Выводы

Утроба и мощи

До недавнего времени в распоряжении учёных отсутствовали метки-маркёры конкретных клеток и их потомства. При этом была уверенность в непроницаемости барьера между содержимым сосудов мозга и им самим – мозговой тканью, который называют гематоэнцефалическим (ГЭБ, или BBB – Brain Blood Barrier). Но не оставляли в покое прионы, представляющие собой протеины, не «перевариваемые» ферментами протеазами.

Прионы не расщепляются энзимами, потому что их цепи неправильно сложены, в результате чего они оказываются токсичными для нервных клеток. Проблема однако в том, что прионы поступают в желудочно-кишечный тракт (ЖКТ) с пищей, например с мясом «бешеных коров», которых кормили не тем, чем надо. «Бешенство» бурёнок связано со спонгиозной энцефалопатией, при которой мозг становится похожим на губку (нечто подобное случается и у людей).

Как белковая токсика в виде прионов попадает в мозг? Скорее всего, по центростремительным волокнам блуждающего нерва, который иннервирует кишечник, сердце и другие органы. То была смелая догадка, которая в последние годы стала получать всеомыые подтверждения. Одно из них пришло из Гарварда, где связали воедино три системы – ЖКТ с его микрофлорой, мышечную (точнее, скелетную мускулатуру) и иммунную (говоря проще, утробу и мощи). Последняя представлена разными классами клеток, из которых первыми были открыты мечниковские макрофаги, относящиеся к APC, или клеткам, представляющим антигены. Представляют они их Т-хелперам, помогающим «запустить» иммунный ответ, что может быть весьма чревато, например, аутоиммунными расстройствами и даже опасным анафилактическим шоком. Для удержания иммунных

эффекторов «в узде» имеются Т-регуляторные лимфоциты (Трег), которые, в частности, сдерживают развитие мозгового воспаления при злоупотреблении алкоголем. Это не так давно установили в Исследовательском институте калифорнийского Ла-Холья (ВБИ).

Лейкоциты «общаются» друг с другом посредством белковых интерлейкинов (IL), печально прославившихся в пандемию тем, что могут способствовать развитию тяжёлого шока. Он есть следствие нарушения клеточной кинетики размножения иммунных клеток с выделением агрессивных цитокинов (белков этих клеток). В Ла-Холье выяснили, что хроническое употребление этанола вызывает провоспалительную реакцию иммунных клеток, один из IL которых нарушает у мышечных самцов сигналы нейронов торможения в предлобной (префронтальной) коре. Последняя отвечает за наш ум и разумное поведение.

И.Павлов, ничего в 30-е годы не знавший о нейромедиаторах (трансмиссерах), тем не менее говорил о процессах возбуждения и торможения в ЦНС (и особенно об «охранительном торможении»). Сегодня известно, что нервные клетки возбуждаются глутаминовой аминокислотой и тормозятся гамма-аминомасляной (ГАМК), которую врачи используют для введения человека в терапевтическую кому.

Калифорнийцы показали, что спирт нарушает у самцов ГАМК-сигналы (сигнализацию), «связав» тем самым системы иммунную и нервную. Эту связь прекрасно

видят нейробиологи и эмбриологи, которые знают, что по ходу развития зародыша образуется нервная «трубка» (будущая ЦНС), из верхних сегментов начинают мигрировать клетки-основатели третьего зародышевого «листка». Он даёт кости и мозг, орган крововетворения, мышцы, кишечник с его железами и многое другое, включая и иммунную систему с её органами (селезёнкой и лимфоузлами с сосудами, кишечник с бляшками – скоплениями иммунных клеток и т.д.) В мозге недавно также открыты лимфатические сосуды («глимфатика»), а до того выяснилось, что микроглия играет роль макрофагов. Авторы обратили внимание на то, что алкоголь при его хроническом употреблении через IL нарушает работу ГАМК-нейронов в предлобной коре. Сделанный ими вывод говорит о том, что этанол оказывает своё пагубное воздействие через посредство провоспалительного IL.

В Гарварде доказали, что иммунные Т-лимфоциты в связке с кишечной микрофлорой способствуют лечению мышечных ран и дефектов – мышечной регенерации. Для этого регуляторные Т-лимфоциты взаимодействуют с APC-клетками, знающими клетки лимфатической системы с антигенами, в том числе и клетки кишечной флоры (микробиоты). Интересно, что знакомство начинается в толстой кишке, Т-резиденты которой активируются кишечными микроорганизмами. Регуляторные Т-лимфоциты в норме выполняют роль иммунных «мировотворцев», сдерживая раз-

витие воспаления. При нарушении функции Т-регуляторов сдерживаются заживление ран и мышечная регенерация и вместо этого развивается такое осложнение, как фиброз. Для доказательств благотворной роли активированных бактериальными антигенами Т-лимфоцитов в Гарварде провели секвенирование активности генов в отдельных Т-клетках.

Внимание авторов привлёк белковый рецептор эмбрионального развития, «руководимого» ретиноевой кислотой. Рецептор является «зримым» – с помощью флюоресцентного протеина – маркёром регуляторного Т-лимфоцита, обитающего именно в толстой кишке. Благодаря маркеру учёным удалось проследить миграцию колониальных Т-регуляторов в мышцы, где они гасят воспаление. Старые микроскописты учили студентов умению различать слова «смотреть» и «видеть». Первое отражает наблюдение, второе же – понимание того, что видишь в окуляр микроскопа. Сходную дилемму пришлось решать и авторам, потому что одно дело увидеть клетки со светящимися маркёрами, а другое – доказать их роль в процессе регенерации травмированной мышцы.

Для этого они получили ГМ-мышей с выключенным геном рецептора ROR, в результате чего заживление ран шло несравненно медленнее, да к тому же предсказуемо развивался фиброз (рубцы и шрамы, ограничивающие свободу движений). Пробы, взятые у таких мышей, показали наличие высокого уровня воспалительно-

го цитокина IL, что и объяснило выявленную патологию мышц. Подтвердилась и роль в норме покоящихся Т-регуляторных лимфоцитов толстой кишки, которые активируются пищевыми и бактериальными антигенами. Учёные показали также, что гното-мышцы, вызывающие острое воспаление и получавшие антибиотики, не справляются с мышечным излечением (в отличие от нормальных с их микробиотой). Они выяснили также, что колониальные Т-регуляторы хорошо справляются и с повреждениями печени, в связи с чем вызывают осторожнее применять антибиотики, особенно принимаемые per os. Это, главным образом, актуально после больших травм и операций. Авторы напоминают, что указанный ими IL «засвечен» при опухоленезе и аутоиммунных расстройствах, а также при хронических воспалениях.

Кстати, в том же Гарварде показали, что стафилококки (S.pneumoniae и S.agalactiae), вызывающие менингит, сначала воздействуют на нейро-иммунную «ось», чтобы облегчить себе проникновение в мозговую ткань. Она может страдать и в результате аутоиммунной атаки. Согласно результатам, полученным в Окинавском университете, она блокируется через посредство Т-регуляторов с помощью PEP, образующегося при расщеплении глюкозы в митохондриях. PEP – это соединение энол-пирувата с фосфором, далее пируват вступает в окислительный цикл, при нехватке кислорода он восстанавливается до молочной кислоты. К аутоиммунным расстройствам относятся ревматоидный артрит и рассеянный склероз, обездвиживающий своих жертв.

Игорь ЛАЛЯНЦ,
кандидат биологических наук.

По материалам Brain Behavior and Immunity, Immunity, Nature.

Исследования

Наркоманы из далёкого прошлого

Люди могли употреблять галлюциногенные наркотики ещё 3 тыс. лет назад, считают испанские учёные. Доказательства этого были обнаружены в пещере на острове Менорка в Средиземном море, которую активно использовали для ритуалов в доисторические времена.

Речь идёт об образцах волос, найденных в потайном помещении пещеры Эс Каррич на юго-западе острова, содержащей около 200 древних могил. Учёные считают, что захоронения

проводились в этой пещере на протяжении 600 лет, вплоть до 800 г. до н.э.

Авторы исследования, опубликованного в журнале Scientific Reports, протестировали найденные пряди, и результаты их анализа показали, что хозяйка волос употребляла наркотики, полученные из растений. Это самые ранние прямые свидетельства употребления наркотиков на территории Европы.

Остров Менорка расположен рядом с Майоркой и входит в группу Балеарских островов, принадлежащих Испании. В описании своего

исследования учение объясняют, что в последние 300 лет использование пещеры захоронение людей там проходило с соблюдением особого ритуала. У усопших отрезали прядь волос, окрашивали ее в красный цвет и помещали в цилиндрический контейнер, сделанный из дерева или рогов животных.

Большинство контейнеров с волосами находилось в основном погребальном помещении пещеры, рядом с телами умерших. Однако пять из них были обнаружены отдельно, в небольшом просторном помещении в глубине пещеры, оставшемся запечатанным вплоть до недавнего времени. Ученые предполагают, что эти несколько прядей могли принадлежать шаманам, проводившим погребальные и прочие ритуалы. Анализ этих волос показал, что их обладатели принимали три потенциально сильных психоактивных вещества: атропин, скополамин и эфедрин.

Исследователи также отмечают, что на крышках контейнеров с этими прядями были узоры в форме спиралей. По их мнению, это может указывать на то, что умерший человек находился в состоянии изменённого сознания под действием галлюциногенов.

Предыдущие свидетельства использования наркотиков в доисторические времена в Европе не были основаны на прямых доказательствах. Это были в основном художественные изображения растений, из которых можно извлечь психоактивные вещества.



Взгляд

Живые «лекарства» от пищевой аллергии

Домашние животные снижают риск пищевой аллергии у детей. К такому выводу пришла группа учёных из Медицинского университета Фукусимы.

Как отмечают авторы, ранее некоторые исследования показали, что контакт с собаками во время беременности матери и в период раннего младенчества помогает предотвратить пищевую аллергию у детей. Однако влияние других животных оставалось без внимания учёных. Целью данного исследования было изучить влияние контакта с различными видами домашних животных на риск развития пищевой аллергии в раннем детстве.

Были проанализированы данные более чем 66 215 детей в возрасте до 3 лет. В каждом случае исследователи обращали внимание на присутствие в доме животных и наличие у ребенка пищевой аллергии.

Выяснилось, что у детей, которые контактировали с домашними кошками и собаками, риск развития пищевой аллергии был снижен примерно на 15% по сравнению с детьми, у которых такого контакта не было. При этом у детей, которые в младенчестве взаимодействовали с собаками, был снижен риск аллергии на



яйца, молоко и орехи. Дети, в домах которых жили кошки, реже страдали от аллергии на яйца, пшеницу и соевые бобы.

Что касается домашних хомячков, установлено, что контакт с этими животными увеличивает риск развития пищевой аллергии на орехи.

В свою очередь, воздействие любых видов домашних животных не влияет на возникновение аллергии на рыбу, фрукты и ракообразных.

По мнению учёных, причина такой взаимосвязи – в «гигиенической гипотезе», впервые изложенной

в 1989 г. и впоследствии подтверждённой несколькими эпидемиологическими исследованиями. Согласно этой теории, воздействие определённых организмов в раннем детстве способствует развитию иммунной системы и защищает от аллергических заболеваний.

Как отмечают авторы, полученные данные актуальны в контексте профилактики пищевой аллергии у детей, однако во многих развитых странах, включая Японию, семью, обеспокоенные аллергией, продолжают избегать содержания домашних животных.

Материалы подготовил Семён ФЁДОРОВ.
По материалам BBC, PLOS One.

Команда из Университета Нового Южного Уэльса в Сиднее разработала гибкий роботизированный манипулятор, который может печатать 3D-биоматериалы непосредственно на органах внутри человеческого тела. Это устройство может помочь в разработке будущих усовершенствованных эндоскопических хирургических роботов.

Создание биоматериалов in vitro, с помощью настольных биопринтеров, перед введением их в организм имеет ряд недостатков. Исследователи указывают на недостаточную готовность поверхности к моменту имплантации, повреждение структуры в результате манипуляций и транспортировки, а также высокий риск загрязнения. Кроме того, хирургическое вмешательство, необходимое для введения напечатанных материалов, приводит к более длительному восстановительному периоду и более высоким затратам. Устройство для биопечати in situ позволило бы преодолеть все эти проблемы.

Именно поэтому команда доктора Тхань Нхо До разработала крошечный гибкий 3D-биопринтер, который можно вводить в тело, как эндоскоп, для печати биоматериалов непосредственно на поверхности внутренних органов и тканей, включая кишечник, желудок или сердце. Опытный образец, названный F3DB (от flexible 3D bioprinter), состоит из

Современные технологии

Универсальный инструмент для хирургии будущего

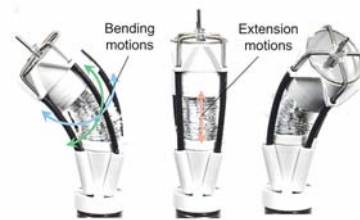
3D-печать внутри тела становится возможной благодаря новому типу гибкой роботизированной руки

печатающей головки с высокой степенью свободы, установленной на конце длинного гибкого змееподобного роботизированного манипулятора. Вся система управляется дистанционно с помощью архитектуры «ведущий-ведомый».

«Эта система обладает потенциалом для точной реконструкции трёхмерных ран внутри тела, таких как повреждения в стенке желудка или заболевания внутри толстой кишки», – резюмирует доктор До. Благодаря гибкому корпусу прототип способен печатать толстые биоматериалы различных размеров и форм даже в самых узких и труднодоступных местах тела. Движения роботизированной руки – которую можно сделать любой желаемой длины – контролируются с помощью гидравлической системы.

Печатающая головка сделана из гибких искусственных мышц и может двигаться в трёх направлениях. Она может быть запрограммирована на печать заранее

заданных форм или управляться вручную в более сложных случаях. Для облегчения процесса был интегрирован контроллер, основанный на машинном обучении. Кроме того, F3DB позволяет осуществлять многослойную печать: после завершения первого задания роботизированная рука перенаправляется в другие места, где она может последовательно выполнять другие задания печати. «Благодаря этой функции область печати может быть расширена и покрыта всю поверхность органа или внутренней ткани, что невозможно при использовании существующих устройств для биопечати in vivo», пишут исследователи в журнале Advanced Science. Подход также является минимально инвазивным: цель может быть достигнута через небольшие разрезы кожи или естественные отверстия. Самый маленький прототип, разработанный группой, имеет диаметр, аналогичный диаметру коммерческих терапевтических



эндоскопов (около 11-13 мм), что достаточно невелико для введения в желудочно-кишечный тракт; исследователи утверждают, что он может быть ещё меньше.

Таким образом, F3DB должен эффективно преодолеть несколько основных препятствий для существующих технологий 3D-биопечати: он устраняет необходимость инкубации живых материалов in vitro для созревания перед хирургической имплантацией; даёт возможность избежать несоответствия интерфейсов между напечатанными биоматериалами и целевыми поверхностями; и позволяет проводить минималь-

но инвазивную процедуру. Команда считает, что при дальнейшем развитии, в течение 5-7 лет, технология может быть использована медицинскими работниками. Исследователи протестировали своё устройство внутри искусственной толстой кишки, а также 3D-печать различных по форме материалов на поверхности свиной почки. Эксперименты показали, что клетки не были затронуты процессом и большинство из них остались живыми после печати. Они продолжали нормально расти: через неделю после печати их количество увеличилось в 4 раза. Команда также продемонстрировала способность F3DB проводить эндоскопические операции со свежей свиной тканью. Устройство показало перспективность для будущей разработки универсального хирургического инструмента, который позволит избежать необходимости использования нескольких инструментов, тем самым снизив риск инфекции и продолжительность процедуры.

Получив предварительный патент, исследователи теперь планируют провести испытания на живых животных, чтобы продемонстрировать его практическое применение. Они также планируют включить дополнительные функции, такие как камера и система сканирования в реальном времени, которые позволят реконструировать 3D-томографию движущихся тканей внутри тела.

Кстати

Без инвестиций сегодня завтра увеличатся затраты

Для противостояния новым кризисам здравоохранения предлагается увеличение валового внутреннего продукта. А именно ежегодное увеличение на 1,4% инвестиций в здравоохранение по сравнению с расходами в 2019 г. повысит устойчивость сектора перед лицом таких кризисов, как COVID-19.

Доклад «Готовность к следующему кризису? Инвестиции в систему здравоохранения», подготовленный Организацией экономического сотрудничества и развития (ОЭСР, в которую входит Португалия), анализирует уроки пандемии и содержит рекомендации по политике противостояния следующему кризису.

Объявленная Всемирной организацией здравоохранения в марте 2020 г. пандемия стала «крупнейшим кризисом здравоохранения» и показала «три основных уязвимых места» в системе: она не была должным образом подготовлена, ей не хватало персонала и инвестиций.

ОЭСР выступает за то, чтобы увеличение инвестиций, которое она рекомендует своим членам, было направлено на персонал (половина от общего объёма), профилактику и инфраструктуру.

«В январе 2023 г. в мире было зарегистрировано более 6,8 млн смертей от коронавируса. Анализ избыточной смертности предполагает, что к концу 2021 г. в мире от пандемии может умереть до 18 млн человек», – подчёркивается в докладе и добавляется, что «средняя продолжительность жизни снизилась во многих странах ОЭСР в 2020 и 2021 гг.», в дополнение к тому, что в обществе и обращении наблюдаются «широко распространённые нарушения», а ВВП упал «на 4,7% в 2020 г. в экономике», связанных с организацией.

Исследование напоминает, что «существовавшее ранее неравен-



ство и хронические заболевания ухудшили результаты пандемии», отмечая, что тот факт, что системы здравоохранения тратят «менее 3% от общих расходов на здравоохранение на профилактику», оставил «многих представителей населения уязвимыми».

Нехватка персонала, в свою очередь, «ограничила и продолжает ограничивать эффективные меры реагирования на пандемию». «Достаточный и хорошо обученный персонал необходим для «оперативности в кризисные моменты, а также для решения проблемы отставания в оказании помощи» и реагирования «на значительный рост потребностей в области психического здоровья».

Число врачей в Португалии на 1000 человек населения в 2019 г. (или в последнем году, за который имеются данные) было чуть выше порогового значения 3,54, что немного ниже среднего показателя по ОЭСР, тогда как число медсестёр было немного ниже среднего показателя по ОЭСР.

По данным организации, нехватка медицинских работников в стране – врачей, медсестёр или ассистентов – оказала средний уровень воздействия на способность Португалии справиться с пандемией.

Чтобы увеличить предложение специалистов во время пика пандемии, Португалия прибегла к продлению рабочего дня и увеличению их рабочей нагрузки, а также к переводу их в «населённые пункты или учреждения с большими потребностями», сокращению деятельности, не связанной с коронавирусом, и мобилизации большего числа работников, например, студентов и пенсионеров из этого сектора. Португалия была одной из стран, которые прибегли к цифровым консультациям, а также к услугам «частных провайдеров», чтобы «увеличить объём несрочной помощи», оказываемой Национальной службой здравоохранения.

Что касается информации и знаний, то пандемия привела к изменениям в Португалии в плане «новых технологий для улучшения доступности медицинских данных <...> и защиты безопасности», а также необходимых правовых реформ.

Авторы доклада настаивают на том, что «разумные целевые инвестиции» в устойчивость системы здравоохранения принесут пользу обществу, обеспечив «фундамент для следующего кризиса».

«Без этих инвестиций затраты и воздействие на людей будут более значительными».

Ситуация

Мутации, не связанные с внешним воздействием

Геномный анализ показал, что большая часть мутаций, с которыми связан рак лёгких у некурящих людей, не связана с внешними воздействиями. Исследование опубликовано в Nature Genetics.

Рак лёгкого – ведущая причина онкологической смертности. В 10-25% случаев эта опухоль развивается у некурящих людей, происходит это у них в более молодом возрасте, чем у курильщиков.

Известно, что на риск рака лёгкого влияют такие факторы, как пассивное курение, воздействие радона и асбеста, болезни лёгких. Однако учёные считают, что их влияние не может объяснить такую распространённость болезни у некурящих людей.

В новом исследовании, проведённом под руководством специалистов из Национальных институтов здоровья США, учёные провели секвенирование генома раковых и нормальных тканей 232 некурящих пациентов с несколькими типами рака лёгкого. Исследование было проведено до того, как люди начали лечиться.

Мужчины страдают раком лёгкого в 7-10 раз чаще, чем женщины, причём заболеваемость увеличивается пропорционально возрасту. У мужчин в 60-69 лет уровень заболеваемости в 60 раз выше, чем у 30-39-летних.

Авторы исследования сначала проверили раковый геном на наличие способных приводить к онкологическим заболеваниям известных мутаций, которые развиваются в результате окислительного стресса и действия канцерогенов. (Современные методы помогают уточнить, какая именно мутация стала причиной рака.) Они обнаружили, что известные онкогенные

мутации не объясняют некоторые случаи рака.

Выяснилось, что у некурящих людей мутации, вызывающие рак, обычно связаны с эндогенным повреждением генов, то есть с воздействием различных процессов, происходящих в организме. Даже у людей, на которых воздействовало пассивное курение, не было мутаций, связанных с прямым действием табачного дыма. Учёные отмечают, что в исследовании было сравнительно немного участников и не было известно, в каком объёме они подвергались пассивному курению.

«Нам требуется большая выборка с детальной информацией, чтобы изучить влияние пассивного курения на развитие рака лёгкого у некурящих», – сказала ведущий автор исследования Мария Тереза Ланди из отдела эпидемиологии и генетики рака Национальных институтов здоровья США.

Анализ генома также выявил три новых подтипа рака лёгкого у некурящих людей. Учёные дали им музыкальные названия в зависимости от количества мутаций: «пиано» (вариант с наименьшим количеством мутаций и очень медленным ростом); «меццо-форте» (мутации сочетаются с хромосомными изменениями и растут относительно быстро); «форте» (характеризуется удвоением генома и быстрым ростом). Они считают, что обнаружение новых подтипов рака приведёт к разработке индивидуальных подходов к их лечению и профилактике.

«Мы только начинаем понимать, как развиваются эти опухоли. Этот анализ показывает, что существуют различия в раковых опухолях лёгких у людей, которые никогда не курили», – сказала Ланди.

Материалы подготовила Юлия ИНИНА.

По материалам Nature Genetics, The Portugal News, New-Science.ru

С 1960-х годов с появлением ряда новых концепций истории науки как социально детерминированной системы происходил радикальный пересмотр методологических подходов в истории и философии науки. Одной из наиболее ярких и самой популярной из постпозитивистских концепций была разработанная американским историком и философом науки Томасом Куном модель изменения научного знания. В этой модели представлена концепция научных революций, прерывающих ход линейного поступательного процесса накопления знаний. Такие революции возникают, когда получаемые новые научные данные уже не поддаются удовлетворительному объяснению в рамках господствующего теоретического знания; они являют собой смену научных парадигм.

Русский взгляд

Отечественная литература по истории и философии науки в последней четверти XX века обогатилась концепцией структуры и динамики научного познания, разработанной академиком РАН Вячеславом Стёпиным (1934-2018). Его исследования подтвердили, что в процессе научных революций в естествознании радикально меняются само видение мира и способы (идеалы и нормы) его познания. В дополнение к описанному Т.Куном пути, связанному с кризисами, возникающими внутри научных дисциплин, у В.Стёпина фигурирует перестройка в результате междисциплинарных взаимодействий. В этом случае осуществляются переносы из одной науки в другую различных идеалов и норм, философских оснований. Такого рода «парадигмальные прививки» приводят к возникновению новых полей научных проблем, появлению новых средств их решения и, как следствие, к научной революции.

В начале XXI века, выбрав «методологическим инструментом» научного анализа исторического развития медицины концепцию Стёпина, академик РАН Андрей Сточик и профессор Сергей Затравкин «пересадили» её на почву медицины, что позволило им достаточно эффективно провести исторический анализ материалов баз данных и сохранившихся первоисточников, заново осмыслить и структурировать огромный материал, охватывающий главные события истории теоретической, практической и профилактической медицины. Дальнейшее творческое содружество трех соавторов завершилось выпуском в 2017 г. их совместной монографии (В.Стёпин, А.Сточик, С.Затравкин. История и философия медицины: научные революции XVII–XIX веков. 2017). Авторы убедительно показали, что исторический процесс в медицине, как и в других естественных науках, не был линейным эволюционным развитием, связанным с постепенным последовательным приростом знаний об организме человека, его заболеваниях, методах и средствах лечения и профилактики. Построение здания современной медицины не было простой надстройкой новых этажей. Время от времени строители здания оказывались вынужденными практически полностью разрушать его и начинать строить заново, но уже по новым архитектурным проектам и с использованием новых строительных материалов. Опираясь на анализ руководств и учебников по различным разделам медицины XVII–XIX века (основные носители устоявшихся знаний для массовой их трансляции), они обосновали вывод, что в течение 20-х годов XVII века – 70-х годов XIX европейской медицине произошли три научные революции. Каждая из них приводила к радикальному пересмотру представлений о фундаментальных основах жизнедеятельности организма человека, причинах и сущности болезней, подходов к диагностике, лечению и профилактике заболеваний. Важно, что пересматривались не отдельные взгляды, теории, а вся система медицинских знаний.

Посчитаем

Первые факты, которые оказались необъяснимыми с позиций традиционной системы представлений греко-арабской медицины

Былое

О научных революциях в медицине

Сколько их было?

и в итоге привели к её опровержению, появились в 20–30-е годы XVII века и обозначили начало первой научной революции в медицине. Огромную роль сыграл перенос принципиально новых представлений, сложившихся на рубеже XVI–XVII века в астрономии благодаря трудам Кеплера и Галилея. Новая методология экспериментально-математического естествознания базировалась на представлениях о том, что подлинным языком, на котором могут быть выражены законы и явления природы, является язык математики, и требовала получения и использования в научном познании только точных количественных показателей (форма, величина, масса, положение в пространстве, характеристики движения). Требовалась и обязательная экспериментальная проверка теоретических гипотез и сделанных на их основании выводов.

Решающую роль в переносе этих новых установок научного познания в медицину сыграли английский врач У.Гарвей, который математическими расчётами доказал, что кровь не потребляется без остатка органами тела, и представил экспериментальные доказательства выдвинутой им гипотезы о её круговом движении, и Р.Декарт, осуществивший пересмотр философских оснований медицинской науки, в которой господствовали «три князя медицины» – Гиппократ, Гален и Авиценна. Декарт заложил основы новой картины исследуемой реальности в медицине: вводилось представление о теле человека как механико-гидравлической машине, не имеющей принципиальных отличий от машин, созданных самим человеком.

Дальнейшее накопление фактического материала привело, однако, к ясному осознанию невозможности объяснить такие феномены жизнедеятельности, как питание, рост и развитие тела, природу мышечных сокращений, мочеобразование, исключительно на основе картезианских представлений. Возникшая в медицине в середине 190-х годов XVII века кризисная ситуация определила начало следующей научной революции, продолжавшейся вплоть до конца XVIII века и проходившей под влиянием работ Лейбница, Ньютона, Гюльмана, Бальвиви, Штала, Бургаве, Галлера. Новой картиной исследуемой реальности вводилось представление о теле человека как о паровой машине – механико-гидравлической, имеющей принципиальное отличие от машин, созданных самим человеком. Её функционирование детерминировано исключительно обменом веществ и энергии с окружающей средой. Под болезнью стали понимать не бесчинствующее в теле бытие, а одну из форм жизни самого организма, состоящую в последовательных взаимосвязанных

структурно-функциональных изменениях клеток, тканей, органов в результате разрушительных для тела физико-химических влияний окружающей среды.

Было установлено, что законы физики и химии не отменяются болезнью, а лишь проявляются иным образом, чем в условиях здоровья. Получили преимущественное развитие физиология и патология. Последовало множе-

фармакологическими свойствами, научно обоснованными дозировками и показаниями к применению – родилась химиотерапия. Так начиналась четвертая научная революция в медицине – на протяжении большей части XX столетия.

Медицинская полиция

Чрезвычайно важным следствием трёх научных революций

XVII – XIX веков было формирование профилактической медицины. До конца XVII века участие государства в борьбе с эпидемиями ограничивалось карантинными мерами – часто жестокими, но далеко не всегда эффективными. Необходимость государственной заботы о здоровье населения не осознавалась. Только во второй половине XVIII века пришло ясное осознание невозможности успешной борьбы с неблагоприятными для здоровья факторами окружающей среды без прямого участия государства и самого населения.

Что касается государства, то огромную роль в коренном пересмотре его отношения к проблеме охраны здоровья населения сыграла концепция «медицинской полиции». Среди её творцов особенно заметна роль выдающегося австрийского врача и организатора здравоохранения И.Франка, автора знаменитой «Системы всеобщей медицинской полиции», – его принято называть основоположником социальной гигиены. Начиная со второй половины XVIII века постепенно утверждается принципиально новое отношение государства к медико-санитарной сфере деятельности. Теперь в Австрии, Франции, Швеции, Пруссии, России, позднее – в Великобритании и других странах Европы вопросы сохранения здоровья населения, предупреждения заболеваний начинают рассматривать не как личное дело каждого человека, а как первейшую задачу государства, обязанного обеспечить санитарное благополучие страны. Начались разработка врачебно-санитарного законодательства, реформы медицинского образования. Интенсивно изучались болезнетворные факторы среды и меры эффективной борьбы с ними. Успешная научная разработка вопросов общественной гигиены стала фундаментом для дальнейшего формирования во второй половине XIX – начале XX века двух новых медицинских дисциплин: экспериментальная гигиена и эпидемиология, ориентированные на изучение не тела человека, а факторов среды обитания, составили профилактическую медицину как третий основной раздел медицинской науки.

Два этапа клинической медицины

С рассматриваемой концепцией легко согласиться. Необходима, однако, существенная оговорка: эта концепция вполне применима к теоретической медицине, где представлены естественнонаучные дисциплины, и к профилактической медицине, которая сама есть продукт научных революций. В то же время её применение не помогает удовлетворительно объяснить исторический ход событий в лечебной медицине, где наряду

с книжным знанием, которое формируют научные клинические дисциплины, властвует эмпирия – опыт, интуиция наблюдательного врача, оперативное мастерство (искусство) хирурга, клиническое мышление врача и т.д. Анализ материалов истории европейской клиники внутренних болезней приводит нас к представлению, что в XVII–XIX веке в результате трёх научных революций в медицине лечебная практика прошла не три, как полагают соавторы концепции, а два принципиально различных этапа. Первый этап – «классификационная медицина» XVII–XVIII века. Второй этап – становление классической научной клиники в XIX веке. «Классификационную медицину» XVIII столетия ввёл во врачебный обиход Т.Сиденгам ещё в XVII веке. Тогда же основатель первой в Европе терапевтической клиники Сильвиус (Франц де ле Боэ) создал первую школу ятрохимиков. Наиболее видные врачи XVIII века, как и Сиденгам, не ориентировались на свои теоретические взгляды в собственной лечебной практике. Даже в начале XIX века немецкий терапевт с всевропейской славой К.Гуфеланд иронически замечал, что если он будет на лекциях читать так, как он лечит, то у него не будет студентов. Если же он будет лечить в соответствии с тем, что говорит на лекциях, то у него не будет больных... Только после Биша и Корвизара, Лазэннека и Бруссе во Франции, а затем и в других странах Европы, ближе к концу первой половины XIX века, началось развитие принципиально иной, естественнонаучной клиники внутренних болезней.

Так оценивали эволюцию своей специальности терапевты-современники – и выдающиеся лидеры, и молодые русские профессора, знакомившиеся в XIX веке с европейской медициной при подготовке к профессоруре в зарубежных клиниках и лабораториях. Такая позиция представляется убедительной. Соответственно, основателями научной клиники внутренних болезней мы называем Корвизара и Лазэннека (XIX век), а не выдающихся терапевтов XVIII века Г.Бургаве и его ученика Г.Ван-Свитена. Если же окинуть взглядом ту же картину, но не с терапевтической, а с хирургической «колокольни», то разделительная линия передвинется за середину XIX века, ибо, по общему признанию, то было время великой революции в европейской хирургии.

Две стадии

Представляется также, что в истории становления современных научных дисциплин целесообразно различать стадию формирования нового научного направления в рамках прежней классификации научного знания и вторую стадию, когда происходит организационное оформление этого направления в качестве новой научно-учебной дисциплины (например, кардиология как учение о болезнях сердца и сосудов в рамках клиники внутренних болезней – в первой половине XX века, и как выделившаяся, организационно оформленная, самостоятельная научно-учебная дисциплина и врачебная профессия – во второй половине XX века). С таких позиций корректнее говорить, что эпидемиология и экспериментальная гигиена в 30–70-х годах XIX века не возникли как «две естественнонаучные дисциплины», а сформировались как самостоятельные научные направления, ставшие в дальнейшем (конец XIX – начало XX века) научно-учебными дисциплинами, составившими профилактическую медицину.

Владимир БОРОДУЛИН,
профессор,
НИИ общественного здоровья
им. Н.А.Семашко.

Москва.

Я вам так скажу, благодатное всё-таки время – перед выборами в разные представительные органы власти. Претенденты затевают так называемый чёс – поездки по коллективам избирателей, где щедро раздают авансы, сыплют многообещающие клятвы, боятся перед верующими, что тотально всё станет хорошо в случае их избрания, иначе – гадами будут. Ох-хо-хо... Кто пожил, тот знает – если бы последняя клятва исполнялась, Земля бы кишела пресмыкающимися, а преисподняя – каючимися.

Работаем мы в крупной городской больнице. Клиника тысячекоечная, многопрофильная, коллектив, следовательно, для баллотирующихся на хлебные выборные должности лакомый. Вот как-то раз, в одну из предвыборных кампаний, приезжает к нам в поисках поддержки кандидат в депутаты местного заксобрания. По разным отрывочным сведениям – почти олигарх областного разлива, на бензоколонках «поднялся». Не сам, не своим умом, конечно. Фортуна ещё в детстве по своей прихоти сдружилась с правильными пацанами, которые потом нужными людьми сделали. А тут и нужное время подоспело. И чего, спрашивается, все присутствующие в зале в медицину поёрлись? Пошли бы в нефтегазовый, были бы нынче в шоколаде. До сих пор в памяти карикатура из армейской газеты про красную звезду времён перестройки. На пенёке сидит пехотинец, перематывает портянки, рядом из танка высунулся танкист и кричит с задором: «Эй, пехота! А ты что приватизировать будешь?». Такие дела. Ну, как говорится, знал бы прикуп, жил бы в Сочи.

Собрались мы в актовом зале. Кто – вздремнуть часик на полных к тому основаниях посреди рабочего дня, кто – в гаджеты на тех же самых основаниях потыкать без начальных грозных взглядов и порицаний, кто – перлы кандидатские на карандаш взять, чтобы потом в кулуарах постобсуждаться. В общем, всё как у людей.

Ну, вышел олигарх на сцену, представили нам его, и начал он вступительное слово – перед вопросами, если таковые возникнут.

Программа его, прямо скажем, нас даже ошарашила своей простотой, лаконичностью, оригинальностью и новизной. Ничего,

Ироничной строкой

Встреча с избирателями



говорит он, дорогие мои возможные избиратели, не стану вам обещать из того, что мои конкуренты вам ещё наобещают, а потом благополучно на голубом глазу похерят. Международной повестки даже касаться не стану, не нашего ума дело. Касательно внутренних обстоятельств пообещать вам единственное, что в точности исполню, хоть сто раз проверяйте. Будь я проклят, если с депутатских доходов, говорит он с подтекстом (и мы понимаем, что не одна только зарплата в виду имеется, что сразу подкупает в плане доверия), хоть одну лишнюю недвижимость или яхту с вертолётом куплю. Только по числу детей, домочадцев и, не исключено, будущих новых любовниц. О последнем обстоятельстве, прошу, супруге моей законной – молчок! Мы ж все взрослые люди, типа. Видите, говорит, как я с вами откровенен, полагаюсь целиком на добропорядочность и интеллигентность аудитории. Клянусь, продолжает он, из какого дома сейчас в офис на работу едзу, из него же и по окончании депутатского срока, буде таковой случится, продолжу ездить. Ну, может быть, машину посвежей да покруче возьму. Тачки, они ж, сами знаете, как

любовницы – быстро приедаются. Нет, за городские тротуары, дороги муниципальные, сады-скверики не извольте тревожиться, всегда только «за». За их улучшение, протяжённость, освещённость, экологичность и качество покрытия. Ведь не зря лозунг моей избирательной кампании – где родился, там и пригодился! По крайней мере, до пенсии по основному гражданству. Такое моё, по сути, уникальное в своём роде предвыборное вам обещание, которое обязуюсь стопудово неукоснительно исполнить. Какие будут вопросы, друзья?

Поняли мы, с каким непростоим человеком дело имеем, прямота в разговоре народом всегда приветствуется, вопросы практически не возникло при такой кристальности программы. Наверняка у кого-нибудь и шевельнулась мыслишка спросить, сколько у него на текущий момент любовниц жильём обеспечено, должны же мы точку отсчёта знать, но поделикатничали, не хотелось комплимент об интеллигентности аудитории на «нет» сводить.

И тут встаёт наш один коллега, тот ещё приколист и анекдотчик, и затевает диалог. Мы даже не сразу въехали про что, слишком

издалека зашёл. Поблагодарил, конечно, от лица присутствующих за неслыханную, по нашим временам, честность. И спросил, как претендент, раз уж он король бензоколонок, относится к так называемым соглашениям о разделе продукции в нефтегазовой сфере. Это, кто не в курсе, когда западная фирма, как бы по нашей просьбе, качает природные богатства на нашей территории, а за труды берёт не деньгами, как положено в цивилизованных производственных отношениях, а добытой на гора из недр натурой. Нам, россиянам, тоже перепадает кое-что по квоте, которая считается коммерческой тайной, только верхам известной, но факт остаётся фактом.

Есть такой механизм, отвечает олигарх. Наслышан, как и вы. А дальше не знает, что сказать про своё персональное отношение к институции. Бойтесь не угадать политические тренды, имеющие брожение в нашем тысячекоечном коллективе, а потому задаёт наводящий вопрос, дескать, почему это избирателя волнует непрофильная тема – где мы, и где сахалинские газовые проекты с шустрыми японцами; где медицина, и где нефтянка. Вы, говорит, об чём-нибудь своём лучше спросите, гуманистическом.

Так я ж об этом и собираюсь, наш коллега отвечает. Тут какой колленкор? Вот я, к примеру, гинеколог, тоже в известном смысле с экзистенциальными глубинами, с недрами лучшей половины человечества, символически говоря, дело имею. Но за свой труд исключительно деньгами получаю. Никаких натуральных квот на блага, моими стараниями достигнутые, мне не причитаются. В связи с этим вопрос – не считает ли кандидат в депутаты, что перекосы в системе вознаграждения за труд отдельных категорий частных и юридических лиц следует устранять, например, через своеобразные приватные

между гражданами соглашения о разделе продукции...

– Ага, ещё проктологов в ком-пашку любителей таких соглашений пригласи! – съёрничал кто-то в зале.

На эту инсинуацию делегат от отделения проктологии тут же парировал, что работа за презренный металл чистоганом их вполне устраивает. В аудитории зародился и стал расплзаться шум смешков и шуток.

– Ведь сами подумайте, коллеги, – продолжал тем временем гинеколог. – Если плиточник прекрасно выложил мне кафелем ванную, это же не значит, что один день в неделю он имеет право принимать в ней спа-процедуры. Так почему же западная фирма, высосав из наших недр две бочки нефти, одну забирает себе в натуральном виде, нарушая все краеугольные принципы свободного капиталистического рынка и товарно-денежных отношений? Развели пещерный бартер, понимаешь. Не справедливее ли будет по-другому: получил за труды полновесными рублями, заплатил налоги – дуй на биржу, покупай на оставшееся, чего душа пожелает. Хочешь – нефть, хочешь – арбузы...

Ну, что сказать? Сумел-таки расшевелить сонное царство. Гул в зале заставил модератора мероприятия оторваться от созерцания экрана своего смартфона:

– Коллеги! Коллеги! Давайте не будем превращать встречу с уважаемым кандидатом в балаган. А вы, – обратился он к гинекологу, – можете обсудить тему в частном порядке. Так, какие будут ещё вопросы к нашему гостю, наказы, пожелания? Только давайте по существу, господа...


Неделю потом ещё в кулуарах обсуждалась «инициатива». Разные были мнения, но сами догадайтесь, каких было большинство.

Юрий КУБАНИН, психотерапевт.

Новосибирск.

СКАНВОРД																									
Туловище	Предлагает в мужья	Гриб	Обрубок бревна	Одежда духовенства	Узбек. литавры	Япон. халат																			
Гидра-зина сульфат	Естественный ...	Цапля	Лучший образец	Рос. химик	Море, Индонезия	Плод кустарника	Горы, Юж. Америка	Агат	Узбек. литавры	Япон. халат															
		"Дон" ... Верди	Город, Краснодарский край	Кустарниковая крыса	Изба	Город-музей, Испания	Рибосциклиб		Единица информации	Приток Енисея															
Жеглов	Содержится в бензине		Родственный осокли	Наступление	Фитиль, искра	Вентиль		Рядом (прост.)																	
		Большая рюмка			Клин, удержание	Глуб. место в реке	"Тартюф", перс.																		
Майло	Неясный шум	Ткань, Азия		Живет в Праге		Грубый промах	Нарьян-...	...баты (воин.)	Егип. бог Солнца																
			Нем. врач и физик		"Солярис"						П	В	И	Г	Н	А	Э	С	Н	И	М	О	К		
											К	А	Л	А	О	О	Р	Д	К	Е	П	Л	Е	Р	
											Е	И	Л	И	В	Е	Н	Ь	У	А	И	И	Б	И	С
											П	Л	О	Т	Ь	О	О	А	Г	А	Р	Я	Б	Е	Д
											Р	У	И	С	П	Р	И	З	А	Л	О	Г	Е	А	З
											А	Т	Л	А	Т	У	Р	М	У	К	А	М	С		
Автор Валерий Шаршуков			Монг. живописец		Глюк, опера						К	Е	Ф	И	Р	Ш	А	Л	А	Х	О	А	К	И	
											К	К	А	Б	А	Н	Т	А	Р	А	К	А	Н		

Ответы на сканворд, опубликованный в № 13 от 05.04.2023.

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.

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

Дежурный член редколлегии – Т.КОЗЛОВ.

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 № 0899. Тираж 14 009 экз. Распространяется по подписке в Российской Федерации и зарубежных странах.



Корреспондентская сеть «МГ»: Брянск (4832) 646673; Новосибирск 89856322525; Омск (906) 9928139; Санкт-Петербург 89062293845; Смоленск (4812) 677286; Ставрополь 89383585309; Реховот, Хайфа (Израиль) (10972) 89492675.

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