



Профилактируя менингококковую инфекцию, мы можем избежать многих серьёзных проблем.

Стр. 7

Каждые 6 минут в европейском регионе от последствий гепатита С умирает один человек.

Стр. 11

У председателя профкома, избранного не для галочки, а для работы, организация всегда будет многочисленной.

Стр. 12

Акценты

Любимый цветок академика Фёдорова

«Ромашка» лечит, учит, объединяет



В канун Международного дня офтальмологии, который отмечают ежегодно 8 августа в честь дня рождения всемирно известного российского врача и учёного Святослава Фёдорова, в Калуге состоялось событие, которое «шеф» (как до сих пор, любя, называют академика его ученики и коллеги) наверняка воспринял бы с восторгом.

В Калужский филиал МНТК «Микрохирургия глаза» им. С.Н.Фёдорова приехали «вспомнить молодость» шесть ведущих отечественных офтальмохирургов, каждый из которых начинал свою профессиональную биографию в межотраслевом научно-техническом комплексе с работы на знаменитой фёдоровской «Ромашке» – хирургическом конвейере, который Святослав Николаевич образно называл «автоматической линией прозрения». Операции были поделены на этапы, их выполняли разные хирурги. Начинающие врачи выполняли простые манипуляции, а сложные доставались опытным хирургам. Так нарабатывалась практика. Но самое главное – конвейерный принцип позволял оперировать значительно большее число пациентов

за час, день, месяц. Цель была именно в том, чтобы повысить производительность труда в системе МНТК.

Со временем, когда доступность офтальмохирургической помощи в стране вышла на хороший уровень, потребности в конвейерном подходе не стало, «Ромашку» в филиалах МНТК «Микрохирургия глаза» остановили, а кое-где и демонтировали. Но только не в Калуге, где «автоматическая линия прозрения» не останавливалась ни на один день, поскольку теперь она используется для последипломной подготовки офтальмохирургов. Именно этот уникальный опыт показал коллегам директор Калужского филиала МНТК, доктор медицинских наук, профессор, заслуженный врач РФ Александр Терещенко.

– Подготовка ординаторов и молодых специалистов хирургов без допуска их к операционному столу невозможна, и «Ромашка» здесь просто незаменима. На конвейере работают две бригады начинающих хирургов, они выполняют катарактальные и глаукомные операции. Доктора регулярно меняют друг друга на разных отрезках операции, таким образом, постепенно отрабатывают досконально все этапы вмешательства. Благодаря этому молодые коллеги взрослеют очень

быстро. С начала нынешнего года каждый из этих десяти человек принял участие в проведении полутора тысяч операций! Не всякий хирург со стажем может похвастаться таким объёмом работы, – говорит А.Терещенко.

Именитые гости, которые заведуют кафедрами в медицинских вузах или возглавляют крупные офтальмологические клиники, не просто посмотрели ещё раз, как крутится «линия прозрения», но и получили возможность испытать забытые ощущения работы на «Ромашке». Лидеры отечественной офтальмохирургии, которым по плечу в одиночку выполнить любую сложнейшую операцию, с удовольствием согласились сесть на один из этапов в команде с молодыми специалистами.

Тема последипломного образования в офтальмологии будет в центре внимания участников научно-практической конференции, которая вскоре состоится в Калуге. Свой опыт представят филиалы МНТК «Микрохирургия глаза», НМХЦ им. Н.И.Пирогова, Уфимский НИИ глазных болезней и другие учреждения, ведущие подготовку врачей.

(Окончание на стр. 2.)

Наши пополнения

Конкурс в медвузы – почти 12 человек на место

По результатам вступительной кампании в этом году 310 тыс. человек выразили желание стать врачами, сообщил министр здравоохранения РФ Михаил Мурашко в рамках рабочей поездки на Чукотку. Конкурс в медвузы в этом году составил 11,8 человек на место и вырос на 14% по сравнению с прошлым. Традиционно наибольший конкурс был на специальность «лечебное дело», «стоматология», «педиатрия». Фармация также всегда пользовалась вниманием – 20 тыс. человек изъявили желание получить эту специальность.

На 2023-2024 учебный год для вузов Минздрава России было выделено более 28 тыс. мест в рамках контрольных цифр приёма за счёт бюджетных средств, из них 1153 места выделено для медицинских вузов новых регионов.

Приём документов по программам бакалавриата и специалитета вели 48 медицинских и фармацевтических вузов по всей стране, в том числе Донецкий и Луганский медицинские университеты впервые после вхождения этих регионов в состав РФ.

– Среди вузов наиболее востребованы, как всегда, Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М.Сеченова, Российский национальный исследовательский медицинский университет им.

Н.И.Пирогова, а также вузы Северо-Запада. Большой конкурс был отмечен в петербургские вузы – в Национальный медицинский исследовательский центр им. В.А.Алмазова, где у нас сегодня есть образовательное учреждение, в Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И.Мечникова. Мы видим, что в медицинскую специальность люди идут, невзирая на высокий конкурс, – отметил министр.

По его словам, на сегодняшний день государство много сделало для социальной стабильности медицинского работника. Этому способствует и растущий уровень заработной платы, и дополнительные меры поддержки, которые создаются в виде строящегося жилья, социальных выплат, компенсации аренды жилья и других выплат – люди видят стабильность и идут в медицину.

М.Мурашко ранее заявлял, что в этот сложный период часть врачей ушла на пенсию, поэтому необходимо увеличивать темп подготовки молодых специалистов. По прогнозам Минздрава, в 2024 г. в подведомственных ему вузах будет обучаться 396 тыс. человек, а число выпускников увеличится до 50,5 тыс. (в 2019 г. – 41,8 тыс., в 2021-м – 43,4 тыс.). При этом за последние 6 лет число врачей по традиционно дефицитным специальностям уже выросло.

Игорь НАУМОВ.

ИЗ ПЕРВЫХ УСТ

Сергей МИРОНОВ

Президент НМИЦ травматологии и ортопедии им. Н.Н.Приорова, академик РАН:

Брать дублёров, которые мыслят абсолютно так же, как ты, может быть, неплохо с точки зрения административной вертикали, но плохо с точки зрения влияния на коллектив.

Стр. 4



Новости

Операция на головном мозге с использованием 3D-очков

Первую в Уральском федеральном округе нейроонкологическую операцию с использованием экзомикроскопа провёл главный врач Челябинского областного центра онкологии и ядерной медицины Дмитрий Ростовцев. Помощь потребовалась пациенту с одиночным метастазом рака лёгкого в левую лобную долю головного мозга.

Экзомикроскоп с вращающейся на 360 градусов камерой позволяет врачам увидеть ткани и кровеносные сосуды в формате 3D и 4K с увеличением в 26 раз.

— Это в определённом смысле альтернатива операционным микроскопам, которые мы используем сейчас. Они более габаритны, нейрохирургу и ассистенту необходимо смотреть в окуляры. Здесь достаточно надеть 3D-очки и проводить манипуляции, глядя на экран. Определённо за этим будущее, — добавил главный врач.

Также новое оборудование позволяет хирургу на протяжении всей операции работать в удобной позе.

Первая операция с использованием экзомикроскопа прошла успешно. После восстановления пациента врачи определяют дальнейшую тактику лечения.

Сергей ФЁДОРОВ.

С юбилеем!

Глубокоуважаемый
Сергей Павлович!

Коллектив Национального медицинского исследовательского центра травматологии и ортопедии им. Н.Н.Приорова Минздрава России (ЦИТО) от всей души поздравляет вас с юбилеем!

Российская, да и советская травматология и ортопедия неразрывно связана с вашим именем. В медицинском сообществе нашей страны и за рубежом вас знают как выдающего организатора, травматолога-ортопеда, учёного, врача, много сделавшего для практического здравоохранения.

Где бы вы ни работали, благодаря вашим личным усилиям удалось добиться впечатляющих результатов в развитии отечественного здравоохранения, а ЦИТО стал маяком отечественной травматологии-ортопедии, где на самом высоком уровне проводится организационно-методическая, научно-исследовательская, лечебно-консультативная работа, где разрабатываются самые передовые медицинские технологии диагностики, лечения и реабилитации пациентов с повреждениями и заболеваниями костно-мышечной системы, где выполняются и внедряются в клиническую практику уникальные оперативные вмешательства, не уступающие самым высоким мировым стандартам.

Ваша многолетняя трудовая деятельность по развитию травматологии-ортопедии, богатый жизненный опыт, чувство ответственности, профессионализм, высочайшая способность сплотить вокруг себя единомышленников, приносить пользу обществу вызывает самое глубокое уважение. Многочисленные награды и звания являются результатом особой преданности и верности выбранному делу — служению отечественной травматологии и ортопедии. Самая главная оценка вашего благородного и преданного труда — безграничная преданность коллектива ЦИТО, всей травматолого-ортопедической общественности России, ваших учеников и пациентов, которым вы оказываете всестороннее внимание и помощь.

Коллектив ЦИТО счастлив работать с вами и желает вам успехов в вашей сложной и многогранной деятельности на благо отечественного здравоохранения, реализации всех замыслов и начинаний, крепкого здоровья и благополучия вам и вашим близким.

Проверь себя

Врач покорила
семитысячник

Восхождения закаляют характер, учат терпению

Врач и учёный Национального медицинского исследовательского центра онкологии (Ростов-на-Дону) кандидат медицинских наук Татьяна Аушева взяла новую горную высоту — совершила восхождение к пикам Ленина.

Пик Ленина — самый посещаемый семитысячник, находится в Киргизии и входит в горную систему Памира. Из-за большой высоты, тяжёлых погодных условий и сложного рельефа восхождение на вершину относится к высотному альпинизму, который сопряжён с рисками для жизни. Для покорения пика Ленина требуется не только высокая физическая подготовка, но и значительный опыт альпиниста — восхождения на вершины выше 5 тыс. метров.

У Т.Аушевой за плечами большой альпинистский стаж. В прежние годы она покорила горы Фишт, Надежда, пик Советский воин, пик Юхина, вершину Тсерко Ри в Гималаях, гору Тубкаль в Африке и обе вершины Эльбруса. Однако, приехав в лагерь альпинистов на высоту 3600 м, она не удивилась, что число женщин не превышало 5% всех альпинистов.

— После предыдущих восхождений я готовилась к семитысячнику почти 2 года. Была увеличена физическая нагрузка: ежедневная силовая гимнастика, езда на велосипеде по городу, а раз в неделю большие велозаезды по 90 км. Плюс регулярные занятия на скалодроме 3 раза в неделю. Нужно было тренировать не только физическую силу и выносливость, но и терпение, адаптацию к перегрузкам, — говорит Татьяна.

Один из секретов успешного восхождения на вершину — продолжительная акклиматизация, которая может занимать 2-3 недели. Из-за дефицита кислорода на высоте может развиваться сильная усталость, головная боль, сердечные приступы, желудочно-кишечные



расстройства, обезвоживание. Поэтому для акклиматизации Татьяна и её напарник постепенно увеличивали высоту и нагрузки. Несколько дней было проведено в лагере на высоте 3600 м, потом 4400, 5400, 6100, возвращение на нижнюю точку и, наконец, восхождение.

Т.Аушева шла в «двойке», её напарник — альпинист из Киргизии. Переменная погода создавала сложности: мороз, ветер, солнце, дождь. Под ногами то ледник с ледопадом, то жидкая каша и невыносимая жара.

— После такого подъёма пяти тысячная высота кажется детской песочницей. На высоте 6700 м, когда пик Ленина был совсем рядом, стало понятно, что нужно выбирать между риском для жизни и возможностью вернуться домой. Я врач, который всегда борется

за чью-то жизнь, а мой напарник — очень опытный альпинист, который видел на этой вершине не только победы, но и трагедии. Мы приняли решение завершить восхождение, — говорит Т.Аушева.

На высоте она развернула флаг Национального медицинского исследовательского центра онкологии. Это уже стало традицией каждого восхождения ростовского онколога. Татьяна считает, что профессия воспитывает в ней дух альпинизма, а восхождения закаляют характер врача: учат терпению, преодолению, способности принимать взвешенные решения и оценивать каждый шаг. Она не собирается останавливаться на достигнутом и мечтает покорить высоту в 8000 м.

Сергей ПАВЛОВСКИЙ.

Акценты

(Окончание. Начало на стр. 1.)

— К качеству подготовки ортальмохирургов в ординатуре есть вопросы. Если мы хотим научить их технологичной современной хирургии, то одних роботов-симуляторов для этой цели недостаточно. Тренажёрная микрохирургическая система WETLAB и хирургический конвейер «Ромашка», по моему мнению, — два этапа процесса обучения, они не могут быть взаимозаменяемыми. На тренажёре будущий врач получает первые навыки хирургии на кадаверном биоматериале, а конвейер даёт возможность работать с пациентами под контролем наставника. Конвейерная хирургия — это экстрим, концентрация у врачей сумасшедшая, никто никому не спешит. Не менее важная задача — научить профессионала работать в команде, чтобы было полное доверие. Это великолепная школа. Разумеется, прежде чем ординатор садится на какой-то из этапов конвейера для самостоятельной работы, он много ассистирует опытным хирургам филиала. Зато, как только он получает возможность самостоятельной работы, его результаты быстро

Любимый цветок
академика Фёдорова

прогрессируют, — подчёркивает А.Терещенко.

Именитые гости тоже поделились своими впечатлениями. Заместитель генерального директора НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. С.Н.Фёдорова член-корреспондент РАН Борис Малюгин признался: «Ощущения необыкновенные! Очень важный момент — это наличие дирижёра. Есть «оркестр» хирургов, и должен быть человек, который видит всё, что творится, одновременно, регулирует, подсказывает, направляет, чтобы всё было гармонично и красиво. Эту роль сегодня прекрасно исполнял профессор Терещенко».

Доктор медицинских наук, профессор Михаил Коновалов: «Ещё при жизни шефа говорили, что, когда с пациентом работает много хирургов, непонятно, кто в ответе

за качество. Между тем, качество в хирургии — это смысл жизни, как утверждал сам Святослав Фёдоров. И если он сегодня нас видел, я думаю, остался доволен. У меня вообще часто такие мысли появляются. Сидишь, оперируешь, вроде как всё хорошо, и думаешь: если шеф сейчас видит, ему понравится. Когда хирурги оперируют не по отдельности, а вместе, то происходит диалог: ты понимаешь, что за тобой последует очередной этап, и значит, должен сделать свою часть операции хорошо, чтобы дальше тоже всё было нормально».

Вице-президент Российского общества катарактальных и рефракционных хирургов, профессор кафедры офтальмологии Института повышения квалификации ФМБА России, доктор медицинских наук Михаил Пожарицкий: «Хочу сказать

честно: если бы мы не работали у Святослава Фёдорова, из нас бы ничего не получилось. Потому что это лучшая школа. В том числе, работа на конвейере. Я много оперирую за границей и могу с уверенностью сказать: качество значительно выше здесь».

Доктор медицинских наук Надежда Пашинова: «Конвейер как фильтр, он выделяет тех людей, которые могут выдержать напряжение хирургии, и отсеивает тех, кто не может. Также работа на конвейере воспитывает ответственность каждого врача за всю хирургическую команду и в итоге за отрасль. Когда у одного хирурга получается плохо, то плохо всей офтальмологии».

Доктор медицинских наук, профессор Кирилл Першин: «Поддержу: конвейер воспитывает чувство

ответственности и за свой этап, и за общее дело. Если есть конвейерная хирургия и грамотный хирург на главном этапе, то, работая в команде и выполняя 20-25 операций в день, любой молодой доктор через несколько месяцев станет хорошим специалистом».

Руководитель центра офтальмологии ФМБА России, президент Российского общества катарактальных и рефракционных хирургов, доктор медицинских наук, профессор Владимир Трубилин: «Мне повезло, я работал в лучшие годы МНТК, когда и филиалы строились, и все технологии развивались, включая конвейерную операционную. Опыт колоссальный. В те времена, когда достойная хирургия в стране была дефицитом, конвейер позволял справляться с большим потоком. Недаром его сравнивали с Макдональдсом: когда открылся первый ресторан в Москве, помните, какая очередь туда была? Так вот, запись в МНТК на хирургию катаракты была ещё больше. Поэтому конвейерная хирургия имела смысл. Вариант использовать «Ромашку» в формате школы — тоже очень здорово».

Елена БУШ,
обозреватель «МГ».

Ориентиры

Перспективы сотрудничества с африканскими странами

Министр здравоохранения РФ Михаил Мурашко выступил с докладом на форуме «Россия – Африка» и рассказал зарубежным гостям о перспективах двустороннего сотрудничества.

Российское медицинское образование пользуется популярностью во всём мире. У нас есть возможность получить его не только на русском, но и на английском и французском языках.

– Образование – драйвер всех остальных изменений и доступности качественной и своевременной медицинской помощи. В России созданы все условия как для подготовки специалистов для внутреннего рынка, так и для предоставления возможностей другим странам. Сегодня у нас учатся более 70 тыс. иностранных студентов из более чем 140 стран мира. Они получают помощь по совершенно разным специальностям. Кроме того, у нас 30 медицинских вузов могут проводить обучение на английском языке, 4 вуза – на французском, – рассказал министр здравоохранения РФ.

Российская подготовка медицинских специалистов – одна из самых лучших в мире. Это касается и классического образования, и подготовки научных кадров, и повышения квалификации специалистов.

– Образование не заканчивается получением диплома врача, оно касается и подготовки научных кадров в формате аспирантуры, и послевузовской подготовки. Сегодня на неё идёт очень большой запрос из многих стран. Это касается не только Африки. Причём условия, которые сегодня предоставляет Россия, – одни из самых лучших в мире. У нас есть инновационная медицина и возможность получить практическую подготовку, в том числе отработать навыки в учебно-симуляционных центрах.

Именно это направление является ключевым, – сообщил М.Мурашко.

Ещё одно перспективное направление для сотрудничества – это поставки медицинской продукции.

– В частности, производство инсулина, которое закрывает большие объёмы помощи в ряде стран, – более 50%. Также перспективным направлением является поставка вакцин. Это уже зарекомендовавшая себя вакцина против жёлтой лихорадки, вакцина против Эболы, произведённая Национальным исследовательским центром эпидемиологии и микробиологии им. Н.Ф.Гамалеи Минздрава России, который ранее разработал вакцину «Спутник». Сама эта вакцина поставлялась в более чем 70 стран, причём по откликам министерств здравоохранения она показала себя как наиболее эффективная вакцина, защищающая от летальных исходов и распространения инфекции, – рассказал глава Минздрава России.

М.Мурашко также анонсировал появление нового варианта вакцины «Спутник» – он защищает от новых штаммов COVID-19 и подходит для ревакцинации.

Большие успехи достигнуты и в борьбе с туберкулёзом, этим опытом наша страна также готова поделиться с африканскими партнёрами.

– У нас есть две вакцины, которые позволяют бороться с распространением туберкулёза. Это инвазивная вакцина НИЦ эпидемиологии и микробиологии им. Н.Ф.Гамалеи Минздрава России и неинвазивная, которая сейчас проходит клинические испытания в Научно-исследовательском институте гриппа им. А.А.Смородинцева, – рассказал М.Мурашко.

В России производится и разрабатывается большое число лекарственных препаратов, в том числе направленных на преодоле-

ние устойчивости к антибиотикам.

– Устойчивость бактерий к антибиотикам – один из глобальных вызовов. И сегодня завершаются клинические исследования препарата фтортиазинон, разработанного НИЦЭМ им. Н.Ф.Гамалеи именно для борьбы с устойчивостью микроорганизмов при лечении гнойно-септических инфекций и многих других, – сообщил министр.

Одно из направлений – экспорт российских медицинских услуг. Россия обладает уникальными компетенциями в области онкологии, ортопедии, офтальмологии и др.

– Самое востребованное сегодня направление – борьба с онкозаболеваниями. У нас есть центры, которые обладают уникальными компетенциями в области как хирургических методов лечения, так и лечебных и диагностических процедур с использованием радиофармпрепаратов и дистанционной лучевой терапии, – отметил глава Минздрава России.

У страны есть уникальные компетенции и опыт в сфере медицины катастроф. Он активно используется как у нас, так и за рубежом.

– На базе Федерального центра медицины катастроф Минздрава России сформированы несколько крупных мобильных госпиталей, которые разворачиваются буквально за несколько часов, выдвигаются как на автомобильном транспорте, так и с возможностью доставки самолётами. Они привлекались при землетрясениях в Сирии, Турции, оказывали помощь пострадавшим при прорыве Каховской ГЭС, в зоне специальной военной операции. Мобильная медицина позволяет спасти жизни и избежать массы неприятных осложнений и ситуаций, – подчеркнул министр.

Павел БАЛАГИН.

Преодоление

Помогли тысячам жителей Запорожской области

Очередная выездная бригада специалистов Федерального центра медицины катастроф Минздрава России завершила работу в Запорожской области. Специалисты были прикомандированы в медицинские учреждения региона на месяц для оказания практической помощи местным коллегам.

– Специалистами за месяц оказана помощь 9,4 тыс. пациентам, из них почти 1,8 тыс. детей. Медработники – это и врачи, и средний медицинский персонал – оказывают преимущественно экстренную и неотложную медицинскую помощь. Так, за время командирования бригадой проведено более 500 оперативных вмешательств, – рассказал по-

мощник министра здравоохранения РФ Алексей Кузнецов.

Для ротации специалистов сформирована очередная выездная медицинская бригада Федерального центра медицины катастроф. Она начала работать в Запорожской области на прошлой неделе. Отбор специалистов происходит согласно заявкам регионального Минздрава по наиболее востребованным специальностям.

Силами выездных медицинских бригад Федерального центра медицины катастроф в текущем году медицинская помощь оказана более чем 135 тыс. пациентам, проведено более 27 тыс. оперативных вмешательств.

Анатолий ПЕТРЕНКО.

Перемены

В новых регионах выдано более миллиона полисов ОМС

С 1 марта текущего года более миллиона жителей Луганской и Донецкой народных республик, Запорожской и Херсонской областей уже оформили и получили цифровые полисы обязательного медицинского страхования.

«На текущий момент жителям новых регионов уже выдано более одного миллиона цифровых полисов ОМС. Это свидетельствует о том, что всё больше людей получают доступ к бесплатной и качественной медицинской помощи. Сотрудники ФОМС и территориальных фондов оказывают и продолжают оказывать всю необходимую методологическую и практическую помощь в организации системы ОМС в новых регионах», – отметил председатель Федерального фонда ОМС Илья Баланин.

Жителям новых регионов, имеющим российское гражданство,

для получения полисов требуется документ, удостоверяющий личность, и СНИЛС, а детям до 14 лет – свидетельство о рождении, документ, удостоверяющий личность законного представителя, и СНИЛС (при наличии).

Подать заявление на оформление полиса ОМС можно в ТФОМС, МФЦ, медицинских организациях, дополнительных и мобильных офисах, а также на портале Госуслуг www.gosuslugi.ru при наличии подтверждённой учётной записи.

С начала июля по просьбам жителей Луганской и Донецкой народных республик, Запорожской и Херсонской областей территориальные фонды ОМС новых регионов открыли около 50 дополнительных пунктов оформления и выдачи полисов ОМС. Всего в новых регионах работают порядка 125 пунктов.

Юрий ДАНИЛОВ.

Ну и ну!

Информация о платных медуслугах оказалась фейком

Информация о том, что некоторые виды медицинской помощи станут платными, не соответствует действительности и является не более чем невалифицированной оценкой содержания нормативного акта, заявил помощник министра здравоохранения РФ Алексей Кузнецов.

Ранее ряд СМИ сообщил, что некоторые медицинские услуги станут платными с 1 сентября, в частности, неотложная помощь при внезапных острых и обострении хронических заболеваний, если это не угрожает жизни.

– Все виды медицинской помощи – в том числе экстренная, неотложная, а также плановая, оказываемая в стационаре или амбулаторно, а также лекарственное обеспечение в стационарах будут и дальше оказываться бесплатно в рамках программы государственных гарантий. Никаких изменений в этой части не планируется. Более того, правила устанавливаются исчерпывающий перечень случаев, когда организации, оказывающие медицинскую помощь в рамках программы государственных гарантий или территориальной программы госгарантий, вправе оказывать пациентам платные услуги. По большей части речь

идёт о случаях, когда та или иная процедура проводится не по назначению врача или жизненным показаниям, а по собственному желанию и инициативе пациента, – заявил А.Кузнецов.

По его словам, вся необходимая медицинская помощь оказывается бесплатно гражданам РФ по полису ОМС.

– Для обеспечения конституционных прав граждан России на бесплатное оказание медицинской помощи Правительство РФ ежегодно утверждает Программу государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи на очередной год и на плановый период. Программа предусматривает в том числе оказание специализированной, включая высокотехнологичную медицинскую помощь. Необходимо отметить, что на протяжении нескольких лет программа государственных гарантий постоянно расширяется, в неё включаются новые, современные методы диагностики и лечения. С 2023 г. Правительство РФ дополнительно расширило Программу государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи, включив в неё новые виды высокотехнологичной медицинской помощи, – отметил помощник министра здравоохранения.

Он подчеркнул, что решение вопроса о применении опреде-

лённых диагностических и лечебных процедур в рамках стандарта медицинской помощи является полномочием лечащего врача. Соответственно, именно лечащий врач принимает решение о необходимости того или иного медицинского вмешательства, назначении диагностических процедур, анализов, лекарственных препаратов, выдаёт направления. В этом отношении никаких изменений не было, нет и не планируется.

– Медицинские организации при заключении договора на оказание платных медицинских услуг обязаны предоставить пациенту в доступной форме информацию о том, что он может получить соответствующую медицинскую помощь бесплатно в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий. Также медицинская организация обязана уведомить пациента о предельных сроках ожидания медицинской помощи при получении её бесплатно. Это требование закреплено постановлением Правительства РФ, действует с 2012 г. и является обязательным, – добавил А.Кузнецов.

Дмитрий ДЕНИСОВ.

Перспективы

В режиме эксперимента

Частные медицинские организации получили право консультировать пациентов онлайн в рамках экспериментального правового режима. Соответствующее постановление правительства вступило в силу с 1 августа сроком на 3 года.

Первичный осмотр обязательно должен быть очным, однако дальнейшее наблюдение и консультации могут проводиться удалённо. При этом пауза между офлайн- и онлайн-встречей не должна превышать 30 дней. Пациент имеет право обратиться в любое подразделение одного и того же медицинского учреждения, даже в другом городе и регионе.

В рамках программы помощь не оказывают несовершеннолетним, а также пациентам с инфекционными заболеваниями. Среди требований к специалистам – стаж работы по специальности не менее 7 лет.

На онлайн-приёме врач может назначать и корректировать лечение, а также выписывать рецепты на лекарственные препараты.

К преимуществам эксперимента относят экономию времени на ожидание консультации, право выбора лечащего врача и доступность.

Принимать участие в эксперименте будут 15 частных клиник, которые оснащены необходимой IT-инфраструктурой. Среди них – «Сберздоровье», «РЖД-Медицина», АО «Группа компаний «Медси», ООО «Доктор рядом», ООО «М-ЛАЙН», ООО «РенКлиника», АО «Европейский медицинский центр».

С 2018 г. в России вступили в силу поправки в законы, регулирующие применение информационных технологий в сфере охраны здоровья. Они ввели понятие «телемедицинские технологии» и зафиксировали, что врач может провести консультацию по телефону или через интернет. Назначать лечение и ставить диагноз он может только на очном приёме, но скорректировать курс лечения и выписать электронный рецепт на лекарства может после онлайн-приёма.

Владимир ЧЕРНОВ.

Президенту НМИЦ травматологии и ортопедии им. Н.Н.Приорова (ЦИТО) академику РАН Сергею Миронову исполнилось 75 лет. Накануне юбилея он дал интервью корреспонденту «МГ» Борису НИЖЕГОРОДЦЕВУ.

– Сергей Павлович, вы являетесь потомственным спортсменом (оба ваши родителя были мастерами спорта – отец по велоспорту и конькобежному спорту, мама – по конькобежному спорту). Почему вы решили стать медиком, а не профессиональным спортсменом?

– В детстве и юношестве я достаточно активно занимался спортом. Являюсь кандидатом в мастера спорта по классической борьбе и мастером спорта по гандболу. В спорте открывались определённые перспективы. Однако в выборе профессии сыграла основную роль мама. Сама, будучи в прошлом спортсменкой, трёхкратной чемпионкой страны по конькобежному спорту, она стала заниматься спортивной медициной – в то время абсолютно неизвестным направлением. После длительного перерыва в 1952 г. Советский Союз вернулся в Международное олимпийское движение, и при углублённом медицинском обследовании спортсменов сборных команд выявился целый ряд заболеваний, которые не встречаются в обыденной жизни. Это послужило поводом организации клиники спортивной, балетной и цирковой травмы на базе ЦИТО. Поэтому спортивная травматология и ортопедия является одним из основных направлений, чем мама занималась всю жизнь. Пример старшего брата (Николай старше меня на 8 лет, стал анестезиологом и в настоящее время является научным руководителем Вольнской больницы) также сыграл свою роль. А спорт в моей жизни остался – на протяжении многих лет для поддержания формы раз в неделю играл в футбол, увлекался бильярдом. Я по характеру лидер – в чём угодно: в футболе, бильярде, в административной работе. Всё это хорошо, пока ты делаешь не за счёт других. Я руководитель, но стараюсь оставаться человеком.

– Почему вы поступили на санитарно-гигиенический факультет 1-го ММИ? Правда ли, что вы работали в ЦИТО санитаром во время учёбы?

– Тогда был конкурс около 40 человек на место, поступить было сложно, особенно активно занимаясь спортом. Мама была абсолютно принципиальным человеком и рассчитывала на её протекцию не приходилось. Так что год я учился в Московском институте инженеров транспорта на вечернем отделении, продолжая заниматься спортом. На следующий год всё-таки поступил в Первый Мед на санитарный факультет, где конкурс был меньше. Во время учёбы проработал около 3 лет в ЦИТО в качестве санитаря и медбрата.

– Говорят, что распределиться в 1973 г. в ЦИТО, вы хотели работать в отделении спортивной и балетной травмы, возглавляемом вашей мамой – Зоей Сергеевной Мироновой, но тогдашний директор (М.Волков) не разрешил, направив вас в отделение детской травматологии.

– Да, так и было. Моим учителем стал заведующий отделением детской травмы профессор Георгий Моисеевич Тер-Егизаров. Под его руководством в 1979 г. я защитил кандидатскую диссертацию «Оперативное лечение посттравматических контрактур и анкилозов локтевого сустава у детей», а в 1984 г. – докторскую «Посттравматические деформации и контрактуры крупных суставов у детей и подростков и их лечение». В 1983 г. стал за-

ведовать клиникой спортивной и балетной травмы, которой ранее руководила мама. Она осталась там работать до конца жизни в качестве консультанта. Те 10 лет, что я отработал в клинике детской травмы, очень многое мне дали. Из детского травматолога-ортопеда можно сделать специалиста по взрослой травме, а вот наоборот едва ли получится.

Из первых уст

Сергей МИРОНОВ:

Только работая в команде, можно добиться хороших результатов



– Какие из ваших достижений для вас наиболее ценны?

– Каждый год я делал около 300 операций. Мы разрабатывали новые, малоинвазивные методики диагностики и лечения. Прежде всего речь идёт об артроscopic. В клинике спортивной и балетной травмы ЦИТО более 90% операций на крупных суставах выполняются только артроскопически. Появление данных малотравматичных оперативных вмешательств в нашей стране тесно связано с отделением спортивной, балетной и цирковой травмы нашего института, где в 1970-х годах мамой были проведены первые артроскопические операции на коленных суставах. В последующие годы сотрудниками ЦИТО и специалистами других клиник артроскопические операции были внедрены в ведущие ортопедо-травматологические центры страны. Этому также способствовало создание в 1996 г. травматологами-ортопедами России профессиональной общественной организации «Российское артроскопическое общество», которым я руководил до 2018 г., а также образование в 2014 г. профессиональной Общероссийской общественной организации «Ассоциация травматологов-ортопедов России», президентом которой я в данный момент являюсь. Эта общественная деятельность позволяет быть постоянно в курсе отечественной травматологии и ортопедии, а мне в любимой профессии!

– Как говорил директор ЦИТО (1961-1985) академик РАН Мстислав Волков, «портфель директора очень тяжёлый». Вы возглавляли центр более 20 лет (1998-2019). Портфель

был действительно тяжёлым? Как удавалось совмещать директорство, заведование отделением спортивной и балетной травмы и пост заместителя управляющего делами Президента РФ – начальника Главного медицинского управления (1995-2011)?

– Уж не знаю, кем надо быть, чтобы полностью уйти на адми-

ведующие клиники. Эта система была внедрена во всех регионах с созданием травмоцентров трёх уровней. Конечно такая работа могла быть проведена только командой единомышленников: Минздрав России – главный специалист – головное учреждение – регионы. Только работая в единой команде, можно добиться хороших результатов – это я по-

врождённых и приобретённых деформаций позвоночника у детей, где технологии оперативного вмешательства можно сравнить с космосом.

– Вы говорите о влиянии современных передовых технологий на качество оказания медицинской помощи, а как это происходит в травматологии-ортопедии?

нистративную работу, которая не сулит перспектив долговременности пребывания в должности, и ради неё отказываться от всего. С 1998 по 2011 г. я по совместительству руководил ЦИТО на общественных началах, а после ухода с поста начальника Главного медицинского управления стал штатным директором. С 2019 г. по сегодняшний день – почётный президент ЦИТО (ныне НМИЦ травматологии и ортопедии им. Н.Н.Приорова).

– Не пора ли законодательно закрепить норму об обязательном медицинском освидетельствовании всех кандидатов на руководящие посты?

– Я не готов категорически высказаться «за» или «против». Очень важен морально-нравственный аспект: кто и как распространяется конфиденциальной информацией о здоровье того или иного лица? Справедливо одно: при назначении человека на высокую должность мнение врача должно учитываться.

– Что помогло вам проводить такую огромную организационную работу не только будучи начальником Главного медицинского управления УД Президента РФ, но и длительное время занимая должность главного специалиста травматолога-ортопеда Минздрава России?

– Без лишней скромности скажу, это созданные сплочённые команды единомышленников, как в одном, так и в другом медицинских учреждениях. Работая более 25 лет главным специалистом травматологом-ортопедом Минздрава России, необходимо знать состояние травматолого-ортопедической службы не только в России в целом, но и в каждом регионе в частности, знать их возможности, проблемы, обеспеченность кадрами, койками, металлоизделиями. Наша страна огромная, а регионы разные, одни небольшие по площади, другие – огромные. И везде необходимо организовать качественную помощь, как в большом городе, так и в маленьком сельском населённом пункте. Вот здесь и пригодился анализ оказания травматолого-ортопедической помощи в стране, который позволил выявить те регионы, где была разработана система оказания помощи на самом высоком уровне. Так, например, в Ярославской области ещё в Советском Союзе профессором Вячеславом Васильевичем Ключевским была разработана передовая система оказания травматолого-ортопедической помощи с маршрутизацией пациентов в

нял ещё будучи спортсменом, занимаясь гандболом.

– Сколько у вас учеников? – Сложно ответить. Кого считая учеником? Под моим руководством выполнено 13 кандидатских и 8 докторских диссертаций. Принцип моего подбора кадров основывается в первую очередь на отношении к ЦИТО: важно, чтобы человек имел корни из нашего института, чтобы он был ему дорог, потому что он прошёл здесь определённые этапы становления как научный сотрудник и профессионал. Это один критерий, а второй – степень развития мышления. Брать дублёров, которые мыслят абсолютно так же, как ты, может быть, неплохо с точки зрения административной вертикали, но плохо с точки зрения влияния на коллектив.

– Каким вы видите будущее травматологии и ортопедии?

– Я работаю в ЦИТО более полувек. Да, новые возможности впечатляют, но возникает скорее восхищение, чем зависть.

Проблем в нашей специальности очень много, одна из тяжелейших – спинальная травма. Мы довольно много занимались ею, но всё-таки результаты не слишком обнадеживали, и сейчас идёт новый этап экспериментальных исследований. Если мы выпускаем метод в клинику, то это – апробированная вещь, это то, что наши коллеги могут взять и реально с этим работать.

Перспективна микрохирургия в травматологии и ортопедии. С помощью микроскопа сшиваются мельчайшие сосуды, нервы, перемещаются огромные тканевые лоскуты, и всё это делается одновременно. Важнейшая тема – эндопротезирование крупных суставов. Первопроходцем в стране, да и в мире, был профессор Константин Митрофанович Сиваш (ему в 2024 г. исполнилось бы 100 лет), который ещё в 1959 г. запатентовал эндопротез тазобедренного сустава. При хорошо отлаженной оперативной технике, при соответствующей технологии всех составляющих это уже достаточно стандартизованная операция, а вот наиболее сложные, ревизионные виды, когда в силу обстоятельств проводятся ревизионные оперативные вмешательства, такие операции очень и очень сложные, по объёму они просто в несколько раз тяжелее и сложнее, чем первичное эндопротезирование. Ещё одно огромное направление, сложное технологически, но крайне необходимое в медицинском и социальном плане – это лечение

– Наверное, не очень ошибусь, если скажу, что в травматологии и ортопедии используется столько имплантатов, сколько не применяется во всех других медицинских специальностях вместе взятых. Это колоссальное количество металлоизделий для интрамедуллярного, накостного, чрескостного остеосинтеза, различные виды эндопротезов для разных суставов и экзопротезов конечностей, металлоизделия для вертебрологии и микрохирургии, ортопедии и костной патологии, детской травматологии-ортопедии. При этом каждое изделие должно представлять целую линейку, направленную на использование наиболее оптимальной конструкции. Для того, чтобы применить и установить металлоконструкцию, для каждой из них необходимы индивидуальные вспомогательные инструменты.

А косто-пластические биоматериалы, клеточные технологии, которые всё активнее внедряются в клиническую практику травматолога-ортопеда, направлены на улучшение репаративных процессов костной ткани и улучшение результатов лечения.

– Хотите сказать, что каждый травматолог-ортопед должен обладать навыками инженера?

– Нет, инженером быть ему не надо, а обладать необходимыми навыками и умениями – однозначно. Травматолог-ортопед должен иметь хорошее представление о биомеханике и отлично владеть оперативной техникой. Без хорошо отлаженного оперативного процесса сложно добиться благоприятного результата. Поэтому на кафедре травматологии и ортопедии нашего центра, где 2 года обучаются клинические ординаторы, большое значение уделяется практической подготовке молодого травматолога-ортопеда, активно используются в педагогическом процессе муляжи, кадавер-классы, симуляционные технологии. Но и большое значение необходимо уделять вопросам наставничества в работе молодого специалиста.

– Для вас ЦИТО – дом или храм науки?

– Думаю, и то, и другое! Когда я впервые пришёл сюда, каждое отделение, каждая лаборатория, каждый кабинет были пропитаны духом науки, где о многих наших специалистах говорили – это школа ЦИТО. Мне удалось это не только сохранить, но и преумножить.

Хочется, чтобы все развивались и модернизировались – тогда всем захочется работать в ЦИТО.



Казалось бы, что, кроме воспоминаний, может сегодня объединять бывшие советские республики? На самом деле некоторые «скрепы» всё ещё сохраняются, особенно между государствами, которые в 1991 г. после официального роспуска СССР не ушли, громко хлопнув дверью, а образовали Содружество независимых государств (СНГ). Изначально их было одиннадцать. В настоящее время за минусом Украины и Молдовы, которые пока числятся формально, но фактически уже не участвуют, осталось девять.

Так что же по-прежнему объединяет государства, которые давно стали самостоятельными? Их объединяет ровно то, что и участников других межгосударственных союзов существующих в мире – забота о собственной безопасности и экономических интересах. Вопросы, связанные с медициной и здравоохранением, относятся и к первому, и ко второму.

Синхронное регулирование

В конце июня 2023 г. в Минске (Республика Беларусь) прошла первая экспертная сессия по разработке проекта модельного закона «О лекарственном обеспечении в государствах-членах СНГ». Организатором и исполнителем этой и других подобных инициатив выступает Экспертный совет по здравоохранению, созданный 10 лет назад при Межпарламентской ассамблее Содружества независимых государств (МПА СНГ). Бесшумным председателем совета со дня его образования является академик РАН Юрий Щербук.

Россию в совете представляют многие эксперты в области охраны здоровья, экономики здравоохранения, правового регулирования. За прошедшие годы ими были инициированы и реализованы различные инициативы. Так, например, в ноябре 2022 г. академик-секретарь Отделения медицинских наук РАН Владимир Стародубов предложил создать Международную экспертную академическую рабочую группу по развитию национальных доказательных баз в здравоохранении, биоэтике и биобезопасности государств-участников СНГ. Эту идею поддержали национальные академии наук стран Содружества, и она успешно реализована.

Прежде чем остановиться более подробно на значении и содержании законопроекта о лекарственном обеспечении, следует пояснить, почему вообще существует необходимость синхронизировать законодательную деятельность в сфере охраны здоровья некогда братских, а сегодня абсолютно независимых стран. С этим вопросом мы обратились к одному из экспертов совета – директору международной организации «Евразийское сотрудничество по клиническим рекомендациям и развитию национального здоровья» кандидату медицинских наук Сергею Савашинскому.

– Для чего вообще это нужно? Если совсем коротко, «чтоб не пропасть поодиночке». Если подробнее, то на межгосударственном уровне, сообща решать задачи инновационного развития всегда проще. А в нынешних макроэкономических и геополитических условиях такое сотрудничество стало просто необходимостью, – поясняет С. Савашинский.

Итак, всё по словосочию: вместе тесно, а врозь скудно. И сложно. К тому же небезопасно. Аналитики характеризуют современный период мирового развития как изменение баланса между экономическими центрами и возрастанием роли региональных экономических объединений типа БРИКС, ЕЭС, ОЭСР и других аббревиатур. В этой связи роль Содружества независимых государств будет только возрастать. В условиях глобальной неопределённости на ближайшую и среднесрочную перспективу, о которой говорят и пишут политики и экономисты, наличие у государств-участников СНГ общей истории, культурных и религиозных традиций, научно-технических объединений, а также единого языка межнационального общения объективно способствует их сближению с целью дальнейшего развития всего Содружества и каждой страны, входящей в его состав.

Здесь, кстати, следует отметить Резолюцию, принятую Генеральной Ассамблеей ООН 21 ноября 2022 г. – «Сотрудничество между Организацией Объединённых Наций и Содружеством Независимых Государств». Этот документ фактически определяет СНГ как субъекта международного права.

Итоги и прогнозы

Уже врозь, но по-прежнему вместе

Страны-участницы СНГ разрабатывают единый закон о лекарствах



Очередная Межгосударственная программа инновационного сотрудничества государств-участников СНГ, принятая на Совете глав правительств СНГ 6 ноября 2020 г., утверждена на период до 2030 г. Программа предусматривает проведение совместных научных исследований, создание совместных предприятий для обеспечения инновационной продукцией и технологиями самих стран-участниц СНГ и вывоза товара на внешние рынки. Среди более чем 20 магистральных направлений – здравоохранение, медицина и фармацевтика, биотехнологии и генетика.

К настоящему времени Межпарламентской ассамблеей СНГ принято уже более 600 модельных законов и отраслевых рекомендаций, которые имплементированы в региональные правовые системы стран-участниц Содружества. Среди них есть и нормативно-правовые акты, относящиеся к охране здоровья населения, медицинской науке и здравоохранению.

Так, в 2016 г. принят модельный закон «О страховой медицине». В 2021 г. – сразу пять: «Об обеспечении прав детей на охрану здоровья в государствах-участниках СНГ», «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при её оказании», «О клинических рекомендациях при оказании медицинской помощи в государствах-участниках СНГ», «О равном доступе к профилактике, диагностике и лечению ВИЧ-инфекции в странах СНГ», «О донорстве органов».

Таким образом, появлением в российском правовом поле целого ряда новых важных правовых норм мы обязаны не только отечественным парламентариям, но и Межпарламентской ассамблее. В настоящее время в процессе разработки находятся не менее значимые модельные законы «О лекарственном обеспечении граждан в государствах-участниках СНГ» и «О страховании профессиональной ответственности медицинских работников». Последний документ особо актуален, о необходимости узаконить обязательное страхование врачебной деятельности российские медики говорят уже не одно десятилетие.

Бездоказательная медицина

В каких ещё областях здравоохранения необходимы «син-

хронизирующие» законы или отраслевые рекомендации для всех стран-участниц СНГ? По словам С. Савашинского, стало очевидно, что в медицине не хватает доказательности: не только прикладные, но и многие фундаментальные исследования, которые затем ложатся в основу новых медицинских технологий, мало доказательны. Из-за этого провозглашённая доказательная медицина на самом деле оказывается слабодоказательной. В идеале необходимо проводить

эффективности вообще не упоминаются в законодательствах и иных нормативных актах, – констатирует представитель России в Экспертном совете по здравоохранению при МПА СНГ.

Каких результатов добиться, а чего избежать позволяет наличие таких регламентов? Оценка технологий здравоохранения даёт возможность правильно формировать финансовые затраты на оказание медицинской помощи, оценивать материально-технические и ка-

надо сосредоточиваться только на необходимости импортозамещения в здравоохранении, отмечает эксперт. Нужно думать и об экспорте технологий тоже, тем более что в нашей стране, как и в других странах СНГ, конкурентоспособных разработок немало. Их экспорт требует того, чтобы наши продукты полностью отвечали требованиям, которые предъявляет отработавшая общемировая система контроля качества и эффективности.

дровые потребности отрасли. Это важно? Безусловно.

– Почему данный разговор актуален, и только ли для нашей страны? Не секрет – с проведением клинических исследований у нас не всё благополучно отчасти в силу объективных внешних причин, а отчасти – субъективных внутренних. Недавно в одной из публикаций директор НИИЦ им. В. А. Алмазова академик РАН Евгений Шляхто высказался за то, что пора пересматривать правила клинических исследований в РФ, такова вынужденная необходимость. Каково же было наше удивление, когда во время конференции в Минске по модельному закону о лекарственном обеспечении практически все эксперты из разных стран СНГ высказали озабоченность тем же самым: часть важных звеньев в цепочке организации и проведения клинических исследований выпала, и пока нет ясности, как их восстановить, – говорит С. Савашинский.

В связи с этим Экспертный совет по здравоохранению при МПА СНГ предложил Международной экспертной академической рабочей группе по развитию доказательных баз в здравоохранении, биоэтике и биобезопасности государств – участников СНГ начать работу по вышеизложенным направлениям. Используя ресурсы национальных академий наук, группа уже начинает научно-исследовательские работы, результаты которых лягут в основу методических рекомендаций по оценке доказательности медицинских технологий. Это будут гармонизированные рекомендации для всех государств-участников СНГ.

К слову, потребность в гармонизации правовых баз медицинской науки и здравоохранения испытывают не только собственно учёные и клиницисты, но также специалисты в области оценки качества медицинской помощи, страховые компании, представители индустрии лекарств и медоборудования.

– Посмотрите, сколько импортных медицинских технологий приходит в Россию и развивается отечественных, а юридических механизмов для их внедрения нет. То же самое происходит в других странах Содружества, – уточняет С. Савашинский.

Конкретный пример – искусственный интеллект в медицине: сами технологии уже есть, а правовых оснований их применения нет. Как узаконить очередную инновацию? Теперь уже не «за красивые глаза», а по общему правилу: доклинические исследования, клинические исследования, системный анализ и клинические рекомендации, оценка технологий здравоохранения, затем оценка и управление качеством оказания медицинской помощи с применением этой технологии.

В то же время, говоря о трансфере медицинских технологий, не

Учесть интересы пациентов и бизнеса

Итак, модельный закон о лекарственном обеспечении: обсуждение концепции нормативного акта состоялось, все участники минской встречи высказались за его важность. Уже к середине октября 2023 г. будет представлен проект наполнения законопроекта.

Почему же возникла необходимость в таком нормативном акте? Дело в том, что в большинстве стран есть законы об обращении лекарственных средств, тогда как правовые нормы лекарственного обеспечения населения в целом и отдельных категорий пациентов отражены либо не во всех законодательствах стран-участниц СНГ, либо отражены не в полной мере. Более того, подобная ситуация и в странах Евросоюза: обращение лекарственных средств законодательно урегулировано, тогда как лекарственное обеспечение населения в полной мере не прописано на таком высоком уровне.

– Закон непростой и очень ёмкий. Перечислять его разделы сейчас не буду, поскольку через три месяца его проект появится в открытом доступе для ознакомления. До этого пройдут экспертные сессии в разных странах СНГ с участием представителей национальных академий наук, министерств здравоохранения, регуляторных органов, профессиональных и пациентских сообществ, фармацевтических и страховых компаний. На первой сессии обсуждали профилактику, диагностику, лечение и реабилитацию заболеваний, связанных с нарушением иммунитета, включая онкологические, а также сахарный диабет, – рассказывает С. Савашинский.

Что имеется в виду под «законодательным регулированием лекарственного обеспечения населения»: общий порядок организации бесплатной выдачи и продажи лекарств, обеспечение какими-то определёнными видами препаратов – технологически сложными в производстве, дорогостоящими, не зарегистрированными на территории данной страны?

– Всё, начиная с технологии создания препарата и налаживания его промышленного выпуска, заканчивая вручением упаковки лекарства в руки пациента. Разумеется, прописать в законе путь каждой таблетки от конвейера до больного применительно к каждому диагнозу невозможно, да это и не нужно. Эксперты готовят универсальный механизм лекобеспечения, который будет приемлем для каждой группы пациентов и каждой нозологической формы, – подытоживает С. Савашинский.

По предыдущему опыту, на разработку и принятие модельного закона в Межпарламентской ассамблее стран-участниц СНГ уходит полтора-два с половиной года.

Елена БУШ,
обозреватель «МГ».

Первый заместитель руководителя ФМБА России Татьяна Яковлева выступила на Международном конгрессе URBAN HEALTH в рамках Московского урбанистического форума, где подчеркнула: «Основным участником процесса сохранения здоровья должен стать сам человек, превращающийся из пассивного потребителя услуг в активного партнёра медиков».

Т.Яковлева обратила внимание на особую важность создания здоровьесберегающей среды в городах, где сегодня проживают 55% населения мира, а к 2050 г., с учётом развития урбанизации, будут проживать до 68%, а в ряде стран свыше 80%.

Жизнь в современном городе сопряжена с целым рядом рисков и угроз для здоровья человека и требует особого внимания к этому вопросу. К рискам для здоровья в городах относят экологические и санитарно-эпидемиологические проблемы: шум, загрязнения воздуха, воды и почвы, отсутствие чистой энергии, быстрое распространение инфекций, «тепловые острова» и «парниковый эффект» от скопления больших масс людей, стрессы и невротические реакции. Кроме этого, по мнению экспертов ВОЗ, проживание в мегаполисе связано с риском «эпидемий неинфекционных и инфекционных заболеваний», что требует стратегически выверенных, многосекторальных, межотраслевых и хорошо скоординированных действий, интеграции вопросов здоровья в городское и территориальное планирование.

Т.Яковлева подчеркнула, что ярким примером быстрого и системного развития здоровьесберегающих технологий на межотраслевом и высшем политическом уровне является столица нашей страны – Москва.

«Под руководством Сергея Собянина и Анастасии Раковой в столице удалось достичь значительных успехов в построении модели «здорового города». Здесь реализуются практически все наиболее эффективные современные программы, основанные на научном подходе, среднесрочном и долгосрочном прогнозировании и планировании с постоянным контролем качества и оперативным реагированием на новые риски и проблемы», – заявила Т.Яковлева, особо отметив важность проводимых профилактических мероприятий, в том числе антистрессовых.

Тенденции

Всё в наших силах



«Организованный досуг, профилактика и социальная помощь как в старших возрастных группах, так и у детей, молодёжи, работающего населения – шаг за шагом ведут к главной цели – сохранению и укреплению физического и психического здоровья», – сказала она. Также отметила, что московское здравоохранение за последние годы обогатилось современными медицинскими центрами, логистическими алгоритмами на всех уровнях оказания медпомощи, комфортными условиями её получения, высокопрофессиональными медицинскими работниками. А цифровизация, по которой Москва является несомненным лидером, позволила повысить доступность и качество диспансерного наблюдения и профилактических осмотров, медицинской помощи больным с онкологической и сосудистой патологией, медицинских образовательных программ.

«Федеральное медико-биологическое агентство многими своими блоками и структурами живёт и работает в Москве. Во все сложные времена эпидемий и болезней мы поддерживаем друг друга и всегда готовы делиться накопленным опытом. Агентство обладает уникальными компетенциями в вопросах поддержания и укрепления здоровья в городах и населённых пунктах вокруг стратегических объектов, сопряжённых с особо опасными факторами радиацион-

ной, химической и биологической природы; современными эффективными технологиями промышленной и мобильной медицины; инновационными биомедицинскими разработками», – подчеркнула Т.Яковлева.

В ходе выступления также обратила внимание на принципиальную смену парадигмы здравоохранения в современном мире, что выражается в переходе от медицины лечения больного к медицинскому сопровождению здорового человека с акцентом на профилактику, прогнозирование и раннее выявление возможного заболевания. При этом человек становится активным партнёром медиков, информированным и заинтересованным. Большое влияние на этот переход оказывает развитие цифровых технологий и искусственного интеллекта. Каждый получает доступ к электронной персональной карте здоровья, позволяющей контролировать состояние своего организма и получать выверенные рекомендации.

Использование интеллектуальных аналитических программ даёт возможность оценивать состояние человека и его динамику, предполагать причины изменений, сигнализировать об опасностях и рисках и вырабатывать индивидуальные рекомендации по образу жизни, коррекции факторов риска, профилактике и оптимальному лечению. А быстрый прогресс и

распространение электронных медицинских гаджетов позволяют осуществлять всё более полный, точный и удобный для человека мониторинг здоровья в режиме online. Важно отметить повышение чувствительности гаджетов, уменьшение их размеров и тенденцию к постоянному их ношению в виде накожных и подкожных сенсоров, линз на роговице и т.д.

«По сути, меняется архитектура первичного звена здравоохранения. Будет создана «цифровая сеть здоровья», центром которой станет сам человек, что позволит ему самостоятельно управлять своим здоровьем, неся персональную ответственность за него, и своевременно инициировать медицинскую, социальную и психологическую помощь», – подчеркнула спикер.

Напомним, что инициатором внесения тематики глобальной профилактики и борьбы с неинфекционными заболеваниями в мировую политическую повестку выступила Российская Федерация. Весной 2011 г., под эгидой ВОЗ, в Москве прошла Первая глобальная министерская конференция по неинфекционным заболеваниям и здоровому образу жизни. Московская декларация легла в основу Политической декларации ООН, принятой мировыми лидерами в сентябре 2011 г. на Генеральной Ассамблее ООН в Нью-Йорке. При активном участии России была создана архитектура системы

профилактики неинфекционных заболеваний, включающей 9 направлений, которые в 2015 г. составили основу одной из целей устойчивого развития ООН – обеспечение здорового образа жизни и содействие благополучию для всех в любом возрасте, в соответствии с которой к 2030 г. всем странам необходимо снизить преждевременную смертность от неинфекционных заболеваний на треть.

В России была разработана и утверждена нормативно-правовая база по формированию ЗОЖ: антиалкогольная концепция, один из самых всеобъемлющих анти-табачных законов в мире, стратегии здорового питания и развития массовой физкультуры и спорта. В результате менее чем за 10 лет, на 2019 г. потребление алкоголя в стране снизилось на 32%, распространённость потребления табака – на 42%. Потребление фруктов и ягод населением выросло на 3 кг на душу, а число граждан, систематически занимающихся спортом, повысилось до 53%. В целом, по данным социологического исследования Российской академии народного хозяйства и государственной службы при Президенте РФ, число россиян, ведущих здоровый образ жизни, за последние 10 лет увеличилось с 5 до 15,5%.

С 2012 г. была возрождена широкомасштабная программа диспансеризации всего населения страны, которая поэтапно становилась всё более чёткой и эффективной и повлекла за собой налаживание диспансерного наблюдения лиц из групп риска и страдающих хроническими заболеваниями.

Параллельно с развитием профилактического направления были проведены инфраструктурная и логистическая модернизация здравоохранения, полное обновление кадровой политики и медицинского образования, что позволило добиться ощутимых позитивных результатов.

К 2019 г. средняя ожидаемая продолжительность жизни в стране увеличилась на 7,5 лет до 73,34 года; материнская смертность снизилась в 4,9 раза; младенческая смертность и смертность детей до 5 лет – в 3,5 раза; абсолютное число абортотворений – в 4 раза. Значительно снизилась и заболеваемость социально значимыми инфекциями. Так, заболеваемость туберкулёзом снизилась в 1,9 раз, а смертность от туберкулёза – в 3,9 раза.

Александр МЕЩЕРСКИЙ.

Новые подходы

Учёные Национального исследовательского технологического университета МИСИС, Национального исследовательского ядерного университета «МИФИ» и Института земного магнетизма, ионосферы и распространения радиоволн им. Н.В.Пушкова РАН впервые в мире получили чистейшие наночастицы для прогрессивного метода лечения онкологических заболеваний – магнитной гипертермии.

Уникальность технологии заключается в достижении идеальной кристаллической структуры, однородного фазового состава, химически чистой поверхности при полном наследовании магнитных свойств исходного макрообразца. Вещество получено новым экономичным способом – разрушением исходного чистого порошка магнетита в вязкой жидкости при коллапсе кавитационных пузырьков на их поверхности. Экспериментальную установку разработали в НИТУ МИСИС и изготовили полностью из отечественных компонентов. Результаты опубликованы в международном научном журнале *Ceramics International* (Q1).

Магнитная гипертермия играет всё более важную роль в лечении онкозаболеваний, особенно в случаях значительных ограничений применения хирургического

Технология для перспективного метода лечения рака



вмешательства и медикаментозного воздействия, например при терапии нейробластомы головного мозга. В область раковой опухоли инвазивным или неинвазивными методами вводят наноразмерные магнитные частицы, которые под воздействием переменного магнитного поля нагревают окружа-

ющую область новообразования до 40-44°C, вызывая её некроз, апоптоз или повышенную восприимчивость к химио- и лучевой терапии.

В настоящее время коммерчески доступные наночастицы магнетита для гипертермии производят химическими методами

или восстановлением из газовой фазы (CVD), что нередко приводит к неоднородностям в свойствах полученного вещества. В результате химически синтезированные и CVD наночастицы магнетита часто имеют поликристаллическую структуру, а также различные включения и фазы, что снижает намагниченность насыщения из-за так называемого магнитного мёртвого слоя на поверхности частиц и как следствие ухудшает нагревательную способность.

«Перспективный метод ультразвукового механо-кавитационного разрушения позволяет получить однородные наночастицы магнетита с идеальной кристаллической структурой исходного макроэпителического образца или порошка, с химически чистой поверхностью и высокой намагниченностью насыщения, близкому к теоретическому значению для чистого магнетита», – отмечает автор исследования Василий Баутин, доцент кафедры металлургии стали, новых производственных технологий и защиты металлов НИТУ МИСИС.

Известно, что удельная мощность поглощения магнитных наночастиц после введения их в биологическую среду обычно значительно снижается, до значений менее 200 Вт/г. Это происходит из-за магнитно-дипольного взаимодействия в ансамбле магнитных наночастиц, образующих плотные кластеры.

«Мы экспериментально доказали, если переменное магнитное поле направить вдоль оси ориентации кластера, величина удельной мощности увеличивается в 4 раза и достигает 600 Вт/г при относительно малых амплитудах и частоте переменного магнитного поля», – подчеркнул соавтор исследования Николай Усов, ведущий научный сотрудник кафедры металлургии стали, новых производственных технологий и защиты металлов НИТУ МИСИС.

Это значит, что терапевтическое воздействие можно реализовать при введении меньшего количества наночастиц и при более мягком воздействии переменного магнитного поля на организм человека. Следовательно, при дальнейшем применении данных магнитных наночастиц при лечении раковых опухолей, разрушение злокачественных новообразований будет безопаснее и доступнее.

Виктор КОТЕЛЬНИЧЕСКИЙ.

В последнее время существенно выросло количество случаев вакциноконтролируемых заболеваний. Ярким примером стала недавняя вспышка менингококковой инфекции со смертельными исходами на складе одного из маркет-плейсов. Это послужило поводом для привлечения внимания к проблеме. Среди многочисленных мероприятий оказался и «круглый стол» на тему: «Расширение Национального календаря профилактических прививок – стратегическая задача сохранения здоровья нации и сбережения детского и взрослого населения страны», затронувший вопросы совершенствования системы иммунопрофилактики и повышения приверженности вакцинации. Акцент был сделан на менингококковой инфекции.

В данный момент реализуется программа по расширению Национального календаря профилактических прививок на период до 2025 г. Согласно ей, вакцинация от менингококковой инфекции запланировано включить в НКПП в 2025 г. Но уже сейчас, считают специалисты, можно многое сделать, чтобы противостоять натиску этой серьезной угрозы.

От бессимптомного носительства до генерализованных форм

Заведующая научно-исследовательским отделом интенсивной терапии неотложных состояний Детского научно-клинического центра инфекционных болезней ФМБА России невролог Алла Вильниц, более 30 лет занимающаяся изучением нейроинфекций, в том числе менингококковой, хорошо знает о её коварстве.

– Кто хоть однажды встречался с больным генерализованной формой менингококковой инфекции, либо с семьей, в которой такой пациент, не задумываясь будет искать возможность защититься, – говорит она.

Эта бактериальная инфекция передается воздушно-капельным путем и может протекать в разных клинических формах: от бессимптомного носительства и легкого назофарингита до генерализованных проявлений с развитием сепсиса, гнойного менингита. Часто наблюдается сочетание этих двух жизнеугрожающих состояний, то есть одновременно у больного и менингококковый сепсис, и гнойный менингит.

Большинство заболевших – дети раннего возраста. Однако болеют во всех возрастах, но с разной частотой. Примерно 80% – малыши первых пяти лет. Основными распространителями инфекции являются подростки и, по выражению специалистов, молодые взрослые.

Как известно, для инфекций, включая менингококковую, характерна определенная цикличность эпидемиологического процесса, периоды подъёмов и спадов. С 2021 г. заболеваемость растёт.

– Можно говорить, что мы находимся в преддверии очередного эпидемического подъёма заболеваемости менингококковой инфекции, – полагает А. Вильниц. – Ей присуща ещё и непредсказуемость появления гипервирulentных клонов, которые могут привести к резкому, взрывному росту заболеваемости.

На сегодняшний день заболеваемость относительно небольшая, ни в какое сравнение не идущая с респираторными инфекциями, ковидом. Но при такой невысокой заболеваемости показатели летальности колоссальные. В отдельных возрастных когортах погибает каждый четвёртый-пятый пациент. Это касается и детей раннего возраста, и пожилых пациентов.

Коварная «особа»

Клинические особенности данной инфекции таковы, что первые симптомы не специфичны (повышение температуры, головная боль, першение в горле, недомогание, то есть схожесть с простудными, кишечными и другими заболеваниями), поэтому поставить диагноз крайне сложно. Родители поздно обращаются за помощью, связывая подъём температуры с тем, что режутся зубки. А здесь важны часы и минуты, поскольку очень короток промежуток времени от появления первых симптомов до развития критического состояния, даже когда пациент попадает в специализированный стационар, спасти его уже бывает невозможно. Слишком маленькое терапевтическое окно для вмешательства. Более 50% генерализованных форм протекают крайне тяжело. Страшна эта инфек-

Заболевание ложится серьезным бременем и на систему здравоохранения, и на семью. Тяжёлые пациенты требуют очень много сил, средств и в острый период заболевания, ведь им нужна высокотехнологичная помощь с проведением различных методов терапии, дорогостоящие препараты, и в период реабилитации. По сведениям английских исследователей, ориентировочные затраты на лечение инвазивной формы менингококковой инфекции в случае потери пациентом конечности, последующих хирургических вмешательств, реабилитации достигают 2,8 млн долл.

новые коллективы, например, студенты в общежитиях, новобранцы в казармах, то в таких ситуациях создаются условия для его распространения. Исследования показывают, что у каждого второго человека во вновь созданном коллективе выделяется менингококк. А это почва для тяжёлого протекания заболевания у кого-то.

Е. Мескина подчеркнула ещё один важный момент. Несмотря на то, что на разных территориях заболеваемость разная, тем не менее летальность стабильна. То есть риск тяжело заболеть и риск умереть в какой-то степени не зависят от того, насколько широко

Недооценённые возможности

Данные государственного доклада о санитарно-эпидемиологическом благополучии в РФ говорят, что значительное число случаев менингококковой инфекции можно предотвратить. В стране есть вакцины против менингококка А, С, W, Y. Исходя из серогрупповой принадлежности, которая вызывает генерализованные формы в России, реально избежать более половины случаев заболевания, используя комбинированные вакцины.

В центре внимания

Подъём, который настораживает

Специалисты обеспокоены ростом заболеваемости вакциноуправляемыми инфекциями



ция своими осложнениями, такими как отёк мозга, кровоизлияния в надпочечники, острая почечная недостаточность и др. По словам А. Вильниц, практически не бывает, чтобы возникло одно осложнение, обычно – сразу несколько, каждое из которых может привести к летальному исходу.

Как свидетельствуют многолетние наблюдения российского референс-центра за менингококковой инфекцией и бактериальными менингитами, досрочная летальность за период с 2010 по 2016 г. составила более 60%.

– Сейчас мы проводим многоцентровое исследование по исходам от менингококковой инфекции у детей в различных регионах РФ, и по предварительным данным цифры ещё выше – более 70%, вне зависимости от возраста, – поведала А. Вильниц. – Врачи просто не успевают ничего сделать, настолько быстро всё происходит.

У выживших же нередко наблюдаются тяжёлые последствия, связанные с теми осложнениями, которые были в острый период. Генерализованные формы при развитии септического шока часто сопровождаются тромбозом глубоких сосудов, что приводит к потере конечностей у этих пациентов. Однако и в отдалённые периоды, через 3-5 лет от выздоровления, встречаются серьёзные проблемы, в частности психологические, причём не только у пациентов, но и у членов семьи.

В ряде исследований выявлено более 40 различных последствий после перенесённой менингококковой инфекции: и физических, и неврологических, и психологических. Специалисты приходят к выводу, что бремя последствий генерализованных форм для выживших и их семей недооценено, потому что нет полных данных. В Российской Федерации такие работы практически не ведутся.

Возможные риски

Инфекция хотя во многом и изучена, однако хранит немало белых пятен. В реальной жизни возникает ряд объективных проблем, которые очень трудно преодолить, считает заведующая отделением детских инфекций терапевтического отдела Московского областного научно-исследовательского клинического института им. М. Ф. Владимирского, главный специалист по инфекционным болезням у детей Министрства здравоохранения Московской области Елена Мескина.

Менингококк постепенно мигрирует в различные регионы РФ. И то там, то тут отмечается рост заболеваемости. В Центральной России произошла смена серотипа, пришёл серотип А, который и обусловил подъём заболеваемости, причём несколько изменилась её структура. Если считалось, что одной из наиболее подверженных когорт являются дети раннего возраста, то недавняя вспышка охватила молодых взрослых.

– Мы столкнулись в нынешнем сезоне с тем, что менингококковая инфекция – это вирус-ассоциированная инфекция. Хотя она и бактериальная, но развивается как раз после подъёма заболеваемости вирусными инфекциями. У тех, кто недавно перенёс ОРЗ, вероятность заболеть повышается, – отметила Е. Мескина.

По её словам, возбудитель достаточно трудно выделить стандартными доступными методами, потому что он плохо выживает во внешней среде, быстро погибает. Поэтому используют чувствительные методы диагностики. Когда их стали применять, то выяснилось, что инфекция встречается гораздо чаще, чем предполагали. Примерно 10% подростков уже сейчас носят менингококк. А когда собираются

циркулирует менингококк в данный момент в конкретной популяции. В одном регионе циркуляция меньше, в другом больше, но всё равно риски смерти примерно стабильны.

По мнению специалиста, крайне важна не только осторожность врачей, но и родителей. Больше всего риску подвержены люди, перенёвшие предшествующую вирусную инфекцию, находящиеся в условиях скученности, тесно контактирующие друг с другом. Менингококк ещё называют «болезнью поцелуев», потому что он переносится через тесные контакты, подростки часто, приветствуя друг друга, обнимаются, целуются.

Исследование показало: если в спальне спит более двух человек, то это будет способствовать его распространению, что особенно характерно для хостелов, общежитий. Один человек может заразить всех в комнате.

Специалист обратила внимание на такой момент. Сейчас, в связи с обилием стрессовых ситуаций, многие стараются принимать антидепрессанты. С одной стороны, сам стресс способствует развитию менингококковой инфекции, с другой, ещё и средства, которыми пытаются его лечить, тоже будут способствовать. Ну и, конечно, курение, алкоголь.

Эта инфекция недооценена, соглашается Е. Мескина, не только потому, что возбудителя трудно выделить, но и потому, что он может вызывать огромное количество различных болезней: пневмония, артриты, поражение глаз, урогенитального тракта. Многие врачи даже не ожидают, что их причиной стал менингококк. Поэтому заболеваемость в 2-3 раза больше, чем та, которая регистрируется.

– Менингококковую инфекцию трудно распознать на начальной стадии. Для неё характерно бурное развитие. Даже если вовремя заподозрим и начнём правильно лечить, она настолько стремительно развивается, что мы не успеваем противодействовать ей, – подчеркнула Е. Мескина, отметив, что нужно обращать внимание на быстрое развитие симптомов, резкое ухудшение состояния (кстати, иногда сонливость – единственный первоначальный признак менингококковой инфекции, менингита у подростка), низкое давление, появление сыпи на ягодицах, ногах (причём, если она быстро нарастает, распространяясь на лицо, то это крайне грозный симптом).

Исследование академика РАН Николая Брико, посвящённое влиянию вакцинации детей первого года жизни на заболеваемость и смертность, показывает, что помимо полутысячи спасённых жизней, она даёт ещё и монетарный выигрыш через 10-15 лет после её введения.

– В РФ вакцинация против менингококковой инфекции входит в календарь прививок по эпидпоказаниям. Но очень хочется, чтобы она в перспективе была включена в основную, плановую часть национального календаря, чтобы мы универсально прививали детей первого года жизни, младших возрастных групп и, конечно, подростков, а также другие группы риска, – призналась Е. Мескина.

В арсенале врачей сейчас несколько вакцин. И, по мнению специалиста, необходимо разумно использовать имеющиеся возможности. Планово вакцинировать одними вакцинами. По клиническим показаниям в конкретном коллективе – другими. Моновалентные вакцины прекрасно будут работать в очагах. Но если стремимся повлиять на популяционную заболеваемость, то должны снизить носительство, а его уменьшает именно конъюгированный вариант вакцин.

В ряде субъектов РФ расширяют контингенты, которым показана вакцинация, включая их в региональные календари. И это – важный шаг на пути к достижению цели.

По мнению Е. Мескиной, на сегодняшний день недоиспользован такой инструмент, как вакцинация на добровольных началах. Людям, много путешествующим, например с религиозной или туристической целью, можно заранее предложить прививку.

– Менингококковая инфекция – одна из самых опасных. Если мы можем её профилировать, то должны это делать и информировать пациентов о такой возможности ещё до того, как эта вакцина войдёт в Национальный календарь профилактических прививок, – соглашается А. Вильниц.

– Наша цель – объяснить популяционно, доступно каждому пациенту важность вакцинации, – подытоживает заведующий лабораторией НИИ вакцин и сывороток им. И. И. Мечникова Михаил Костинов. – Если врач профилирует заболевание, значит, это умный, грамотный врач, любящий своих пациентов.

Валентина
ЕВЛАНОВА,
корр. «МГ».



КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 28 (2388)

(Окончание. Начало в № 30 от 02.08.2023.)

В зависимости от состояния краёв при удалении и ответа доза варьирует от 36,0 до 50,4 Гр. Всем пациентам с верифицированной РМС высокого риска, подгруппы E, F или G рекомендовано выполнение полного удаления опухоли с последующей химиотерапией по схеме ифосфамид (с месной) + винкристин + дактиномицин, 9 курсов (25 недель) – и с последующей лучевой терапией.

После первоначального удаления опухоли в группах IRS I и II дальнейшие операции не проводятся (но у пациентов из IRS группы II следует рассмотреть возможность первичного повторного удаления опухоли). У пациентов из IRS группы III следует рассмотреть возможность отложенной операции после первоначальной химиотерапии или лучевой терапии.

Доза лучевой терапии варьируется от 36,0 до 50,4 Гр. в зависимости от гистологии, состояния краёв резекции при удалении и ответа опухоли на терапию.

Всем пациентам с верифицированной РМС очень высокого риска, подгруппы H рекомендовано выполнение полного удаления опухоли с последующей химиотерапией по схеме ифосфамид (с месной) + винкристин + дактиномицин + доксорубин (проводятся чередующиеся курсы I VAd и I-VA – суммарно 6 курсов: 3 курса I VAd и 3 курса I VA; далее проводится 3 курса I VA. Общая длительность терапии 25 недель – 9 курсов).

После первоначального удаления в группах IRS I и II дальнейшие операции не проводятся (но у пациентов из IRS группы II следует рассмотреть возможность первичного повторного удаления опухоли). У пациентов из IRS группы III следует рассмотреть возможность отложенной операции после первоначальной химиотерапии.

Доза лучевой терапии варьируется от 41,4 до 50,4 Гр. в зависимости от гистологии, состояния краёв резекции при удалении и ответа опухоли на терапию.

Всем пациентам с верифицированной РМС высокого и очень высокого риска, подгруппы E, F, G или H рекомендовано проведение поддерживающей терапии, начиная с 28 недели от момента начала терапии, в течение 6 месяцев.

Поддерживающая терапия состоит из 28 дневных курсов терапии с включением циклофосфамида и винорелбина. Циклофосфамид в дозе 25 мг/м²/сут принимается per os непрерывно с 1 по 28-й день, винорелбин вводится в 1-й, 8-й, 15-й дни каждого курса в/в в дозе 25 мг/м². Таким образом, суммарно за 6 месяцев проводится 6 курсов поддерживающей ПХТ.

Всем пациентам с верифицированной синовиальной саркомой или экстраосальной саркомой Юинга рекомендовано удаление опухоли с последующей химиотерапией по схеме ифосфамид + винкристин + дактиномицин + доксорубин (проводятся чередующиеся курсы I VAd и I-VA – суммарно 6 курсов: 3 курса I VAd и 3 курса I VA; далее проводится 3 курса I VA. Общая длительность терапии 25 недель – 9 курсов).

После первоначального удаления в группах IRS I и II дальнейшие операции не проводятся (но у пациентов из группы II следует рассмотреть возможность первичного повторного удаления опухоли). У пациентов из IRS группы III следует рассмотреть возможность отложенной операции после первоначальной химиотерапии.

Пациенты с синовиальной саркомой из группы IRS I или II (кроме T2b) получают только 6 курсов (2 цикла).

Всем пациентам с верифицированной синовиальной саркомой или экстраосальной саркомой Юинга из группы IRS II или III рекомендовано проведение лучевой терапии согласно рекомендациям по ЛТ.

Терапия пациентов с нерабдомиосаркомоподобными СМТ (кроме пациентов с отдалёнными метастазами)

Нерабдомиосаркомоподобные СМТ представляют гетерогенную группу редких мягкотканых опухолей детского и подросткового возраста, различающихся по гистологии, клиническому и биологическому

поведению, а также молекулярно-генетическим профилем опухоли.

Всем пациентам с верифицированной нерабдомиосаркомоподобной СМТ группы низкого риска рекомендовано выполнение полного удаления опухоли.

Пациентам низкого риска дальнейшие операции, химиотерапия и лучевая терапия не проводятся. Всем пациентам с верифицированной нерабдомиосаркомоподобной СМТ группы стандартного риска рекомендовано выполнение полного удаления опухоли с последующей ЛТ согласно рекомендациям по ЛТ.

Пациентам стандартного риска химиотерапия не проводится. У отдельных пациентов из группы IRS II следует рассмотреть возможность первичного повторного удаления опухоли.

Саркомы мягких тканей

Клинические рекомендации

Всем пациентам с верифицированной нерабдомиосаркомоподобной СМТ группы высокого риска рекомендовано выполнение полного удаления опухоли с последующей химиотерапией по схеме ифосфамид + винкристин + дактиномицин + доксорубин (проводятся чередующиеся курсы I VAd и I-VA – суммарно 6 курсов: 3 курса I VAd и 3 курса I VA; далее проводится 3 курса I VA. Общая длительность терапии 25 недель – 9 курсов и ЛТ согласно рекомендациям по ЛТ, 50,4 Гр при обычном (конвенциональном) фракционировании).

У пациентов из IRS группы III следует рассмотреть возможность отложенной и более агрессивной операции после первоначальной химиотерапии.

Терапия пациентов с отдалёнными метастазами СМТ

Принципы хирургического лечения пациентов с отдалёнными метастазами СМТ являются аналогичными локализованным формам СМТ. Первичное хирургическое удаление метастазов не всегда необходимо, кроме жизнеугрожающих ситуаций, но сомнительные очаги должны быть гистологически верифицированы. При анализе очаговых изменений в лёгких необходимо использовать критерии, указанные в разделе «КТ органов грудной клетки». Хирургические вмешательства, направленные на удаление первичной опухоли и метастатических очагов, как правило носят отсроченный характер после проведения неoadъювантной терапии. При их планировании учитывается клиническая ситуация и ответ на проведённую терапию.

Всем пациентам с верифицированной СМТ с инициально выявленными отдалёнными метастазами рекомендовано выполнение полного удаления опухоли с последующей химиотерапией по схеме CEVAIE: карбоплатин + ифосфамид + винкристин + дактиномицин + эритропозид (один цикл состоит из курса I³VA, за которым следуют курс CEV и курс I³VE). Пациент получает 3 цикла (9 курсов) в течение 25 недель с последующей ЛТ.

Пациенты получают лучевую терапию согласно рекомендациям по ЛТ; в зависимости от гистологии, состояния краёв резекции при удалении и ответа доза варьирует от 41,4 до 50,4 Гр. Всем пациентам с верифицированной СМТ с инициально выявленными отдалёнными метастазами рекомендовано проведение поддерживающей терапии, начиная с 28-й недели от момента начала терапии, в течение 12 месяцев.

Поддерживающая терапия состоит из 28-дневных курсов терапии с включением циклофосфамида и винорелбина. Циклофосфамид в дозе 25 мг/м²/сут принимается per os непрерывно с 1 по 28-й день, винорелбин вводится в 1-й, 8-й, 15-й дни каждого курса в/в в дозе 25 мг/м². Таким образом, суммарно за 12 месяцев проводится 6 курсов поддерживающей ПХТ.

Интраоперационная терапия

Всем пациентам с верифицированной СМТ с параинтраоперационным расположением опухоли с поражением ЦНС (наличие опухолевых клеток в ликворе) рекомендовано проведение интраоперационной терапии тиотепой 5 мг/м² 1 раз в 3 недели (в 1-й день курса химиотерапии) до санации ликвора.

Необходимо помнить о возможности усиления токсичности интраоперационно вводимых препаратов при одновременном проведении лучевой терапии.

Терапия рецидивов СМТ

Терапии второй линии подлежат пациенты, не ответившие на терапию первой линии

К ним относятся пациенты с объёмом сокращения опухоли после первых 3 курсов химиотерапии менее 33%, пациенты с прогрессированием на фоне терапии и пациенты, у которых не отмечено изменений со стороны размеров опухоли (стабилизация процесса). Критерии начала курсов терапии второй линии такие же, как и при терапии первой линии. Всем пациентам с рецидивом СМТ рекомендовано

проведение химиотерапии в зависимости от предшествующей терапии.

Нутрициологическое сопровождение

Всем пациентам, получающим лечение в стационаре по поводу СМТ, при поступлении в стационар и далее от 1 до 4 раз в месяц рекомендуется проводить нутритивный скрининг с целью выявления белково-энергетической недостаточности, либо риска её развития.

Критерии белково-энергетической недостаточности и факторы нутритивного риска. Первичный скрининг проводится либо с помощью оценки антропометрических показателей и выявления риска, либо с использованием стандартных шкал/утилит для проведения нутритивного скрининга. Основными антропометрическими параметрами для оценки нутритивного статуса являются: масса тела, рост, индекс массы тела, окружность плеча (ОП), толщина кожно-жировой складки над трицепсом (КЖСТ), окружность мышц плеча (ОМП).

Нутритивный скрининг заключается в первичной и затем регулярной оценке нутритивного статуса и риска развития белково-энергетической недостаточности, в том числе скрытой, у каждого пациента с момента поступления в стационар. Частота проведения нутритивного скрининга может варьировать от 1 до 4 раз в месяц и должна определяться конкретной клинической ситуацией и особенностями проводимого лечения.

Пациентам с СМТ с выявленными нутритивными нарушениями при поверхностном скрининге с помощью специальных шкал, либо в результате антропометрии рекомендуется более детальное обследование нутритивного статуса: анализ питания, оценка тканевого состава тела, оценка лабораторных показателей, а также детальный физикальный осмотр на предмет выявления нутритивно-метаболических нарушений и их предикторов.

Всем пациентам с белково-энергетической недостаточностью или высоким риском её развития (независимо от нутритивного статуса) рекомендуется проведение нутритивной поддержки (НП).

Первой формой НП должно являться диетологическое консультирование с последующей коррекцией основного рациона и возможным назначением дополнительно лечебных питательных смесей. Расчёт общего расхода энергии (ТРЭ) проводится по формуле: ТРЭ = ЭОО КК, где ЭОО – энергия основного обмена, КК – конверсионный коэффициент. Золотым стандартом для определения ЭОО является непрямая калориметрия. При невозможности проведения непрямой калориметрии, ЭОО возможно вычислить по формуле (например, Schofield). Во избежание гипералиментации на начальных этапах нутритивной поддержки детям с хронической белково-энергетической недостаточностью и/или с предположимым дефицитом поступления нутриентов 3 и более месяцев

подряд в анамнезе для вычисления ТРЭ используется КК=0,85-1,4. Точный объём нутритивного вмешательства определяется в зависимости от конкретной клинической ситуации.

При выборе формы, метода, вида и объёма НП необходимо руководствоваться в первую очередь принципом индивидуального подхода – сообразно клинической ситуации и логике.

Энтеральное питание (ЭП) является приоритетным при выборе метода нутритивной поддержки: оно является наиболее физиологичным, обеспечивая внутрипросветную трофику слизистой оболочки ЖКТ, препятствует микробной транслокации из просвета кишечника в кровь, является экономически более выгодным, чем парентеральное питание.

Выбор метода ЭП определяется сохранностью глотательной функции, а также функциональным состоянием ЖКТ: отсутствие аппетита, нежелание принимать пищу и смеси для ЭП, нарушение глотательной функции, невозможность перорального восполнения потребности в нутриентах и энергии – показания для проведения ЭП через назогастральный питательный зонд. Наличие патологических состояний, при

которых пациент не должен принимать пищу естественным путём (острый панкреатит, стеноз выходного отдела желудка, высокие проксимальные свищи), – в этих случаях показана реализация ЭП через назоюнональный зонд. Выбор режима введения энтерального питания определяется конкретной клинической ситуацией, состоянием гастроинтестинального тракта: в зависимости от клинического состояния используется болюсный или капельный (непрерывное или сеансовое введение) режим введения питательной смеси.

Начинать энтеральное питание истощённым пациентом рекомендуется с изокалорической полимерной смеси с последующим переходом на гиперкалорийную (под контролем переносимости). При наличии явлений мальабсорбции следует рассмотреть вопрос о назначении полужидкой/олигомерной смеси. При необходимости проведения зондового питания продолжительность более 6 недель, а также при невозможности адекватной алиментации другими методами энтерального питания и при отсутствии противопоказаний для проведения ЭП и самой гастростомии показана гастростомия. В случае, когда на начальных этапах нутритивной поддержки выявляется необходимость длительного проведения энтерального питания и прогнозируется риск развития нутритивной недостаточности (в т.ч. при проведении химиолучевой терапии), либо при наличии у ребёнка тяжёлой хронической белково-энергетической недостаточности с высоким риском её усугубления, в дальнейшем возможно превентивное наложение гастростомии, минуя этап зондового питания. Преимущественным и желательным единственным питательным субстратом, вводимым в гастростому, должны являться специализированные питательные смеси.

Всем пациентам, которым невозможно обеспечить расчётную нутритивную потребность энтеральным путём, рекомендуется назначение парентерального питания.

Ключевым (и единственным) показанием для назначения парентерального питания (ПП) является невозможность обеспечить расчётную нутритивную потребность пациента энтеральным путём – текущая или потенциально возможная в краткосрочной перспективе. Потребность в парентеральном введении аминокислот рассчитывается индивидуально и зависит от возраста пациента, клинического статуса, количества поступающего белка энтеральным путём. Парентеральное поступление жиров должно быть ограничено до максимум 4 г/кг/сут у доношенных и недоношенных детей и 3 г/кг/сут у детей старшего возраста. Введение жиров нужно начинать с меньших доз, за 3-4 дня наращивая объём до расчётных значений, следя за переносимостью по лабораторным показателям. В процессе ПП необходим постоянный мониторинг уровня триглицеридов в плазме крови и уменьшение введения липидов при необходимости.

Отсутствуют точные данные о том, какой уровень триглицеридов у детей может приводить к неблагоприятным последствиям – предположительно их максимальная концентрация не должна превышать 250 мг/дл (2,8 ммоль/л) для новорождённых и 400 мг/дл (4,5 ммоль/л) для детей более старшего возраста. Потребность в парентеральном введении глюкозы рассчитывается индивидуально и зависит от возраста пациента, клинического статуса, количества поступающих углеводов энтеральным путём. Введение глюкозы нужно начинать с меньших объёмов, за 3–4 дня наращивая объём до расчётных значений – следя за уровнем гликемии.

Всем пациентам, получающим НП, рекомендуется нутритивный мониторинг, который может включать антропометрию, анализ тканевого состава тела, лабораторные показатели (биохимическое исследование крови, копрологическое исследование).

Реабилитация

Всем пациентам с СМТ на всех этапах терапии заболевания, а также после завершения лечения рекомендуется комплексная реабилитация, а также при необходимости сопроводительная терапия для улучшения результатов лечения и качества жизни пациента, в зависимости от коморбидной патологии и осложнений основной терапии.

Реабилитация представляет собой неотъемлемую часть лечебного процесса у пациентов с диагностированными злокачественными новообразованиями. Она включает в себя комплекс мероприятий, направленных на восстановление хорошего самочувствия и трудоспособности пациента (восстановительная реабилитация), повышение качества его жизни, социальную адаптацию и максимально возможное продление жизни с избавлением от боли (паллиативная реабилитация).

Правильно подобранный курс реабилитации позволит пациенту вернуться к полноценной жизни и/или продолжить программную терапию.

Курс реабилитационных мероприятий разрабатывается индивидуально – с учётом состояния пациента, его функциональных возможностей и мотивации. Такие методы, как физиотерапия, акупунктура, лечебная физкультура и т.д., способствуют заметному восстановлению двигательной активности и устранению наиболее распространённых нежелательных последствий терапии ЗНО.

Немаловажную роль играет и психологическая работа с пациентом и его родителями или ухаживающим за ним персоналом. Вне зависимости от результатов лечения, они могут чувствовать себя подавленно, потерять интерес к прежним увлечениям. Пациенты, перенёвшие удаление поражённых опухолью органов, практически всегда страдают из-за осознания изменений, произошедших с их телом. Особенно, если последствием операции стали рубцы или другие видимые эстетические дефекты. Родители и/или ухаживающий персонал психологически истощены уходом за близким человеком и страхом за его жизнь, поэтому также нуждаются в профессиональной помощи.

Крайне важным аспектом реабилитации, особенно после лечения, включающего хирургическое вмешательство и зачастую приводящего к инвалидизации, является помощь в адаптации пациентов к самостоятельной жизни. Важно оценить степень функциональных нарушений и разработать индивидуальные упражнения или особые приспособления, которые могут понадобиться пациенту после завершения курса реабилитации.

Профилактика

Всем пациентам, завершившим лечение по поводу СМТ рекомендовано диспансерное наблюдение у участкового педиатра и детского онколога в установленные сроки.

Организация медицинской помощи

Показания для госпитализации в медицинскую организацию:

1. Все пациенты с впервые выявленным объёмным образованием любой локализации.

Показания к выписке пациента из медицинской организации:

1. окончание терапии по протоколу лечения;

2. достижение ремиссии по основному заболеванию.

Дополнительная информация, влияющая на течение и исход заболевания. Критерии начала курса химиотерапии.

Критериями начала курса ПХТ являются:

- удовлетворительное общее состояние
- отсутствие тяжёлой инфекции
- отсутствие органной токсичности тяжёлой степени

- отсутствие изменений при проведении ЭхоКГ перед курсами с включением доксорубина (снижение фракции выброса)
- отсутствие нарушений тубулярной функции почек перед курсами с включением ифосфамида (оценка тубулярной функции по уровню реабсорбции фосфатов)

• достаточные показатели гемограммы
Лейкоциты > 2000/мкл,
и/или гранулоциты > 500/мкл,
тромбоциты > 100.000/мкл

В зависимости от возраста и массы тела пациента проводится коррекция доз химиопрепаратов.

Основы хирургического лечения СМТ

Основной целью проведения хирургического лечения является радикальное удаление опухоли без макро- и микроскопически определяемой остаточной опухоли без проведения калечащих операций. Последний пункт является крайне важным, поскольку если радикальная операция требует проведения калечащего хирургического вмешательства, то предпочтение отдаётся неадекватной химиотерапии. У пациентов с рабдомиосаркомоподобными саркомами мягких тканей желательнее избегать инициальной операции с наличием микроскопически определяемой остаточной опухоли (R1). Это позволяет проводить оценку ответа на 3 курса химиотерапии на 9 неделе лечения и является дополнительным фактором, позволяющим стратифицировать пациентов для проведения локального контроля опухоли (лучевая терапия, отсроченная операция, вид послеоперационной химиотерапии).

Классификация хирургических вмешательств при СМТ в зависимости от объёма резекции:

R0 – радикальное удаление опухоли, без микроскопически и макроскопически остаточной опухоли.

R1 – краевая резекция, микроскопически остаточная опухоль

R2 – неполное удаление опухоли, макроскопически остаточная опухоль

Основы лучевой терапии при СМТ

Лучевая терапия проводится с 9 по 12 неделю терапии. Перенос терапии на более ранний срок возможен в исключительных случаях, например при компрессии опухоли спинного мозга или поражении черепно-мозговых нервов параменнгеально расположенной опухолью, в случае прогрессирования на фоне проведения химиотерапии.

Необходимо подчеркнуть, что при одновременном проведении химиотерапии на фоне курса лучевой терапии следует избегать использования доксорубина и дактиномицина в виду того, что данные препараты являются радиосенсибилизаторами и могут усиливать побочные эффекты лучевой терапии. Возможно введение доксорубина и дактиномицина за две недели до и через две недели после облучения, однако эта общая рекомендация должна быть адаптирована, например, в зависимости от местоположения опухоли. Пропущенная доза дактиномицина позже не вводится. Если пришлось пропустить введение доксорубина, следует заменить дактиномицин на доксорубин в последнем курсе IVA. Параллельное применение ЛТ и доксорубина может рассматриваться в следующих случаях: терапия опухолей конечностей или в поле облучения не входят слизистые оболочки.

Кроме того, химиотерапия откладывается при вовлечении в поле облучения печени из-за возможности развития веноокклюзионной болезни печени.

Необходимо помнить, о том, что у детей первого года жизни следует избегать проведения лучевой терапии, из-за возможности развития тяжёлых отдалённых осложнений данного вида терапии.

Облучение регионарных лимфатических узлов в случае их поражения проводится по тем же принципам, как и лучевая терапия для первичной опухоли.

При расчёте объёма облучения ориентируются на распространённость опухоли до начала терапии (GTV) с отступом на безопасный край (CTV) 1 см (при локализации опухоли на конечности – 2 см вдоль оси конечности). Отступы на погрешности укладки (PTV) должны соответствовать стандартам клиники (обычно для грудной

клетки, живота и таза – 1 см, для головы и шеи 0,5–1 см).

а) Показания к проведению лучевой терапии у пациентов в возрасте 3 года и старше с рабдомиосаркомой.

Назначаемая доза облучения зависит от возраста, гистологии опухоли, её ответа на лечение и клинической группы IRS.

Вагинальная локализация опухоли и эмбриональная гистология (эРМС): лучевая терапия не применяется, если после окончания химиотерапии достигнута полная ремиссия. У пациентов без полной ремиссии можно рассмотреть возможность применения брахитерапии.

Орбитальная локализация опухоли: решение в пользу или не в пользу проведения ЛТ у пациентов с эмбриональной РМС группы IRS II или III принимается индивидуально. В этой ситуации у пациентов, получающих лучевую терапию, снижается риск локального рецидива и повышается бессобытийная выживаемость, однако возможны побочные эффекты облучения, такие как катаракта, ухудшение зрения и костная гипоплазия. У пациентов, не получающих ЛТ, более высокий риск локального рецидива и более низкая бессобытийная выживаемость. При этом связанных с облучением побочных эффектов у них нет. Общая выживаемость при обоих подходах одинакова ввиду характера рецидивов (почти исключительно локорегионарных). Поэтому решение о проведении или не проведении лучевой терапии остаётся на усмотрение лечащего врача, который обсуждает этот вопрос с пациентом и его родителями.

Пациенты в частичной ремиссии (сокращение опухоли более чем на 66%) получают 45 Гр вместо 50,4 Гр.

б) Показания к проведению лучевой терапии у пациентов в возрасте 3 года и старше с рабдомиосаркомоподобными саркомами мягких тканей

Пациенты с первичной резекцией R0 (группа IRS I) не нуждаются в облучении. Пациенты с опухолями из группы IRS II или III и пациенты с поражением лимфоузлов должны получать облучение в дозах 50,4 или 54 Гр с разделением соответственно на 28 или 30 фракций (конвенциональное фракционирование). В случае прогрессии заболевания или плохого ответа допускается бустерное облучение в дозе 5,4 Гр (конвенциональное фракционирование), если оно возможно с точки зрения риска для органов, возраста и т.п.

в) Показания к проведению лучевой терапии у пациентов в возрасте 3 года и старше с нерабдомиосаркомоподобными саркомами мягких тканей

Пациенты с нерабдомиосаркомоподобными саркомами мягких тканей получают облучение согласно общим рекомендациям для прочих рабдомиосаркомоподобных СМТ. Только пациенты с опухолями ≤ 5 см и первичной резекцией R0 (группа низкого риска) не нуждаются в облучении. Все пациенты из групп стандартного и высокого риска должны получать ЛТ. Предоперационная лучевая терапия рекомендуется для пациентов с хорошим/полным ответом на химиотерапию (сокращение объёма опухоли > 66% к неделе 9), чтобы индуцировать ещё более значимый регресс опухоли перед операцией. Доза для всех пациентов составляет 50,4–54,0 Гр с разделением на 28–30 фракций (конвенциональное фракционирование).

г) Показания к проведению лучевой терапии у пациентов в возрасте 3 года и старше с инициальными метастазами (IRS IV)

Решение об облучении метастазов необходимо принимать, основываясь на междисциплинарной концепции лечения, и следуя правилам, принятым для облучения первичной опухоли. Дозы облучения адаптируются в зависимости от гистологии опухоли и конкретной ситуации с тем или иным пациентом. Метастазы, образующие объём мишени.

д) Лучевая терапия на вовлечённые регионарные лимфатические узлы

Лучевая терапия регионарных лимфоузлов производится только в случае чётких клинических, радиологических или патоморфологических признаков поражения лимфатических узлов. Риск поражения лимфоузлов у пациентов с эмбриональной РМС очень низок. Он выше у пациентов с альвеолярной РМС и некоторыми нерабдомиосаркомоподобными СМТ.

Облучение локализации вовлечённых лимфатических узлов производится независимо от гистологии и ответа на химиотерапию. У пациентов с изначально чёткими радиологическими и/или патоморфологическими признаками поражения лимфоузлов используется доза облучения

41,4 Гр для РМС и 50,4 Гр для рабдомиосаркомоподобными саркомами мягких тканей и нерабдомиосаркомоподобными саркомами мягких тканей. Дополнительное бустерное облучение в дозе 9 Гр используется только при лечении пациентов с рабдомиосаркомой и лимфоузлами, всё ещё увеличенными после химиотерапии к началу лучевой терапии. **Нельзя проводить облучение лимфатических узлов после радикального иссечения лимфоузлов!**

е) Адаптация лучевой терапии в зависимости от возраста

Возраст ≤ 1 года

Индивидуальное решение проводить или не проводить ЛТ принимается в зависимости от гистологии опухоли, её местоположения и размера, ответа на химиотерапию, степени предшествующих резекций и возможностей вторичной резекции.

Возраст > 1 и < 3 лет на момент начала проведения лучевой терапии.

Эмбриональная рабдомиосаркома:

Лучевая терапия проводится только при наличии резидуальной болезни в конце химиотерапии. Следует рассмотреть возможность применения специальных методов для минимизации дозы, получаемой нормальными тканями (IMRT, протонная терапия, IGRT, томотерапия, кибер-нож).

Исключение: При параменнгеальных опухолях всегда используется лучевая терапия, даже когда после химиотерапии достигнута полная клиническая ремиссия. По возможности следует отложить ЛТ до окончания химиотерапии. Доза облучения используется та же, что и для более старших пациентов. В зависимости от размера и местоположения опухоли это может привести к неприемлемой токсичности. В таких особых случаях доза может быть сокращена, однако решение индивидуально.

Альвеолярная рабдомиосаркома:

Группа IRS I – ЛТ не проводится.

Группы IRS II и III – ЛТ согласно рекомендациям для более старших пациентов (сокращение дозы следует обсудить с экспертами по лучевой терапии). Можно использовать меньшие фракции, особенно при облучении больших объёмов (ЛТ всей брюшной полости, краниоспинальная ЛТ) – 1,5 или 1,6 Гр.

Другие рабдомиосаркомоподобные СМТ и нерабдомиосаркомоподобные СМТ:

Группа IRS I – ЛТ не проводится.

Группа IRS II – ЛТ согласно рекомендациям для более старших пациентов (сокращение дозы следует обсудить с экспертами по лучевой терапии). Можно использовать меньшие фракции, особенно при облучении больших объёмов – 1,5 или 1,6 Гр.

Группа IRS III – вторичная полная резекция. Без дополнительной ЛТ. Вторичная резекция невозможна или неполная: ЛТ согласно рекомендациям для более старших пациентов (сокращение дозы следует обсудить с экспертным центром). Можно использовать меньшие фракции, особенно при облучении больших объёмов, – 1,5 или 1,6 Гр.

Оценка ответа на терапию

При РМС оценка ответа проводится на 9-й неделе после завершения первых 3 курсов терапии. При недостаточном объёме сокращения опухоли (менее 33%) решается вопрос о химиотерапии второй линии. При РМС-подобных СМТ и нерабдомиосаркомных СМТ оценка ответа проводится на 9-й неделе после завершения первых 3 курсов. При недостаточном объёме сокращения опухоли (объём сокращения опухоли менее 33%) решается вопрос о проведении хирургического этапа лечения, включая возможную калечащую операцию, или химиотерапии второй линии.

Светлана ВАРФОЛОМЕЕВА,
заместитель директора по научной и лечебной работе – директор НИИ детской онкологии и гематологии аппарата управления НИИЦ онкологии им. Н.Н.Блохина, доктор медицинских наук, профессор.

Денис КАЧАНОВ,
заведующий отделением клинической онкологии, заместитель директора Института онкологии, радиологии и ядерной медицины НИИЦ детской онкологии, онкологии и иммунологии им. Дмитрия Рогачёва, доктор медицинских наук.

Владимир ПОЛЯКОВ,
советник директора НИИ детской онкологии и гематологии аппарата управления НИИЦ онкологии им. Н.Н.Блохина, академик РАН.

Научная программа симпозиума открылась докладом, посвящённым истории последипломной подготовки нейрохирургов на кафедре нейрохирургии ЦИУ-ЦОЛИУВ-РМАПО-РМАНПО. Приказ о создании кафедры под руководством профессора Николая Бурденко был издан в 1935 г., но работать она начала 3 года спустя. Помимо архивных материалов, в докладе использовались воспоминания очевидцев, прошедших подготовку на кафедре в 1950-е-1960-е годы и ставших впоследствии известными профессорами.

На симпозиуме, продолжавшемся 2 дня, выступило более 50 докладчиков из Новосибирска и Казахстана. Екатерина Гормольцова (ФЦН) рассказала о трудностях, с которыми сталкивается нейрохирург при удалении опухолей краниобазальной локализации. Ещё большие сложности возникают во время этапа реконструкции хирургического дефекта основания черепа, так как поражённые опухолью костные структуры уже не имеют своего прежнего функционального предназначения. А это важно, поскольку черевато множественными осложнениями: менингит, ликворея, нарушение дыхания и т.д. По словам докладчика, в таких случаях наиболее оптимальным способом пластики дефекта основания черепа является использование перикраниального лоскута на питающей ножке, адекватная тампонада пазух и потенциально инфицируемых пространств жировым лоскутом. В целом, это зависит от локализации опухоли, степени её малигнизации и вовлечённости окружающих структур в патологический процесс.

Бауржан Кунакбаев (НЦН, Астана) рассказал об особенностях комбинированного лечения крупных и гигантских аневризм внутренних сонных артерий. Сложные аневризмы являются актуальной проблемой, при которой риски как клипирования, так и эндоваскулярного лечения высокие. Комбинированный метод лечения является наиболее оптимальным и безопасным при окклюзии несущего сосуда с наложением обходного анастомоза. Особого внимания заслуживает доклад Андрея Дубового (ФЦН) «Осложнения в хирургии церебральных анастомозов». Это и некроз кожного лоскута, и окклюзия анастомоза, и ишемические и геморрагические осложнения, и нарушение герметичности раны. Была дана научно обоснованная стратегия создания анастомоза

Обсуждения

Особый подход к последипломной подготовке

В Федеральном центре нейрохирургии в Новосибирске состоялся Сибирско-Казахстанский симпозиум

при каждом таком осложнении, проверенная экспериментально совместно со специалистами-физиками. Производился учёт толщины стенки артериального сосуда, расстояния между стежками, угла анастомоза и некоторые другие тонкости. В своих выступлениях лектор указал на важность соблюдения ключевых этапов при наложении анастомоза.

Гаухар Ибатова (НЦН, Астана) посвятила свой доклад особенностям клиники и течения фармакорезистентных форм эпилепсии при опухолях головного мозга различного генеза у детей. Со-

на дооперационном этапе было проведено молекулярно-генетическое исследование. Данные методы нуждаются в развитии для раннего выявления опухолевых клеток (внутриутробно, сразу после рождения, при появлении первых судорог). От этого зависит эффективность комплексного лечения. Правильно подобранная медикаментозная терапия и своевременная диагностика глиальных опухолей низкой степени злокачественности определяет эффективность хирургического лечения.

Каждый доклад отразил современную проблематику, важность



гласно её наблюдениям, при опухолях, сопровождающихся эпилептическими припадками, на ЭЭГ могут наблюдаться эпилептические разряды, чаще всего в области локализации опухоли. От других форм эпилепсии эти случаи отличаются сочетанием судорожной активности с очень стойкими медленными высокоамплитудными дельта-волнами постоянной локализации. При тотальной резекции глиом низкой степени злокачественности ребёнок может полностью избавиться от таких приступов. Важно, чтобы

того или иного метода хирургического лечения.

Организатор симпозиума – главный врач ФЦН доктор медицинских наук Джамиль Рзаев рассказал о подготовке нейрохирургов в возглавляемом им центре. Там имеется три лаборатории для отработки практических навыков (микрохирургическая, спинальная, эндоскопическая). В центре проводятся научно-образовательные конференции (для нейрохирургов, анестезиологов-реаниматологов, эпидемиологов, медицинских сестёр



и IT-специалистов в медицине), мастер-классы (дрилинг-курсы, отработка микрохирургического шва, трансанзальная хирургия аденом гипофиза, диссекция белого вещества, спинальная нейрохирургия, MIS техники в спинальной нейрохирургии) и многое другое.

Разработана и успешно реализуется двухлетняя программа последипломной подготовки по нейрохирургии. Она нацелена на обучение нейрохирургов для работы в Сибирском федеральном округе. Двухлетняя ординатура не обеспечивает достаточную базовую подготовку нейрохирурга. Циклы повышения квалификации длительностью в 1-2 месяца не позволяют погрузиться в изучение какой-либо масштабной нейрохирургической проблемы. «Цель данной программы – усовершенствование нейрохирургов с относительно небольшим стажем работы, чтобы они успешно лечили пациентов в нейрохирургических отделениях (городских, областных, краевых и т.д.) больниц тех городов, откуда они приезжают, то есть по месту жительства, – говорит Д.Рзаев. – В основном, это специ-

алисты Сибирского федерального округа, на которых, собственно, и делается расчёт. В центре есть возможность концентрировать большое количество редкой нейрохирургической патологии. Для поступления необходимо знать английский язык уровня не ниже intermediate и пройти собеседование по специальности. При этом не очень большой возрастной ценз: как правило, это нейрохирурги от 30 до 38 лет, которые считают для себя важным получить дополнительную подготовку и находят в себе энергию учиться. Учитывается семейное положение. Платится достойная заработная плата. Таким образом, воплощается индивидуализированный подход к специалисту. Вероятно, будущее именно за такой системой последипломного обучения нейрохирургов».

Опыт ФЦН в области подготовки нейрохирургов заслуживает пристального внимания и тиражирования.

Дмитрий ЕЛИФЕРОВ,
аспирант кафедры гуманитарных наук Сеченовского университета.

Новосибирск – Москва.

Инициатива

Передовые инженерные школы (ПИШ) двух ведущих вузов России – Сеченовского университета и Санкт-Петербургского политехнического университета – приняли решение о создании совместной зеркальной лаборатории. В ней будут создаваться медицинские изделия по направлению «Реабилитация и биомеханика». Первым общим продуктом лаборатории станут эндопротезы.

Выбор направления для совместной лаборатории обусловлен тем, что у обеих передовых инженерных школ сформирован существенный задел в сфере реабилитации и биомеханики, рассказал директор Института бионических технологий и инжиниринга, руководитель ПИШ «Интеллектуальные системы тераностики» Сеченовского университета Дмитрий Тельшев. Кроме того, сегодня в медицине активно развиваются аддитивные технологии, что позволит создавать всё более совершенные системы реабили-

Инженерные школы разработают эндопротезы

тации, в том числе имплантаты с заданными свойствами.

«На первом этапе мы выбрали для себя такие направления, как травматология и стоматология. В частности, планируем разрабатывать медицинские изделия в области эндопротезирования. Мы ставим для себя задачу до конца 2023 г. разработать прототип первого общего продукта», – уточнил Д.Тельшев.

Каждый участник соглашения обладает своими уникальными компетенциями. Так, передовая инженерная школа СПбПУ «Цифровой инжиниринг» – признанный лидер в области цифрового проектирования и моделирования. Специалисты этой школы имеют значительный опыт создания

цифровых двойников производств. Наряду с этим в ней активно развивают направление разработки высокоадекватных расчетных моделей и проведения детальных расчетов прочности систем, включающих кости скелета и эндопротезы суставов.

«Технология цифровых двойников позволяет решать задачи, которые невозможно решить традиционными методами, – уверен проректор по цифровой трансформации Санкт-Петербургского политехнического университета, руководитель ПИШ «Цифровой инжиниринг» Алексей Боровков. – Реализация этой технологии в медицине сделает возможной разработку медицинских изделий, лучших в своём классе с точки

зрения предъявляемых к ним требований. Что касается партнёрского взаимодействия, то наше сотрудничество с ПИШ Сеченовского университета имеет долгосрочные перспективы для наукоемких разработок и создания продуктов, существенно улучшающих качество жизни людей».

В ПИШ «Интеллектуальные системы тераностики» Сеченовского университета уделяют особое внимание исследованию воздействия технической системы на живой организм. Здесь готовы обеспечить проведение испытаний медицинских изделий совместно с врачами-клиницистами. Такую работу в ПИШ уже проводят вместе с ключевым индустриальным партнёром школы АО «Русатом РДС»,

разрабатывающим оборудование для реабилитации, а также био-разлагаемые и биосовместимые имплантаты.

«Сеченовский университет и Политех Петра Великого – комплементарные партнёры, – подчеркнула директор Департамента управления проектами трансформации в трансляционных исследованиях Сеченовского университета Оксана Евсеева. – Соединив сильные компетенции в области создания цифровых двойников производств и технологии математического моделирования живых систем, мы сможем создавать высокотехнологичные инновационные персонализированные медицинские изделия, необходимые в реальной жизни».

О.Евсеева также отметила, что в планах сотрудничества с политехническим университетом – разработка национального стандарта цифровых двойников в медицине. При этом поиск производственного партнёра обе школы будут осуществлять совместными усилиями.

Игорь СОКОЛОВ.

По данным ВОЗ, сегодня в мире более 350 млн человек страдают хроническими вирусными гепатитами В, С и D. Они ежегодно уносят более миллиона жизней, пациенты погибают от цирроза и рака печени, внепечёночных проявлений инфекции. Число пациентов с этими социально значимыми заболеваниями каждый год прирастает почти на 3 млн человек.

Если ничего не изменится, к 2040 г. от вирусных гепатитов ежегодно будет умирать больше людей, чем от малярии, туберкулёза и ВИЧ/СПИДа вместе взятых. Не случайно мероприятия, приуроченные ко Всемирному дню борьбы с гепатитом, становятся всё более значимыми. В России они прошли во многих городах и получили большой общественный резонанс.

Опыт мира, страны, регионов

«Каждые 6 минут в европейском регионе от последствий гепатита С умирает один человек, – сообщил на пресс-конференции в Москве медицинский специалист по вирусным гепатитам Европейского регионального бюро ВОЗ Марсело Навейра. По его словам, несмотря на прилагаемые усилия мирового медицинского сообщества, он остаётся острой проблемой, для решения которой необходимо предпринимать активные действия. В частности, в 2022 г. на Всемирной ассамблее здравоохранения была одобрена новая Глобальная стратегия сектора здравоохранения по вирусному гепатиту на период 2022–2030 гг., содержащая более конкретные рекомендации по достижению известной задачи ВОЗ в области элиминации хронических вирусных гепатитов.

Согласно новой стратегии, к 2030 г. число новых случаев гепатита С должно снизиться с 62 до 2,3 на 100 тыс. населения, а число смертей, вызванных им, до 1,8 на 100 тыс. населения.

Разные страны находятся на различных этапах пути к элиминации гепатита. В 2021 г. Президент России Владимир Путин впервые озвучил поручение по борьбе с гепатитом С и обозначил цель минимизировать риски распространения этого заболевания.

В конце 2022 г. и первой половине 2023 г. сделан огромный шаг вперёд к элиминации вирусных гепатитов в нашей стране. Главный специалист по инфекционным болезням Минздрава России, профессор кафедры инфекционных болезней медико-профилактического факультета Первого МГМУ им. И.М.Сеченова, заместитель директора Национального медицинского исследовательского центра фтизиопульмонологии и инфекционных заболеваний, доктор медицинских наук Владимир Чуланов отмечает: обновлены клинические рекомендации по лечению хронического гепатита С, утверждены типовой план мероприятий по борьбе с ним и критерии оказания медицинской помощи и, что крайне важно, заболевание включено в базовую программу госгарантий. Всё это значительно повышает доступность лечения гепатита С. Кроме того, благодаря новым дифференцированным тарифам ОМС регионы могут в два раза увеличить охват лечением по сравнению с прошлым годом.

Однако, несмотря на рекомендацию Минздрава России, не все регионы сохранили необходимые объёмы финансирования гепатита С и внедрили в ОМС диагностический тариф, который позволяет пациентам бесплатно в поликлинике пройти исследования, необходимые для назначения лечения.

По мнению председателя правления МОО «Вместе против гепатита» Никиты Коваленко, для выполнения поручения Президента по элиминации гепатита С нужно значительно увеличить охват лечением, в том числе пациентов не попадающих под критерии приказа Минздрава № 70н от 27.02.2023. И для этого следует использовать все возможные инструменты, в частности, целевые региональные программы, а также право регионов устанавливать в рамках территориальных программ госгарантий собственные расширенные критерии доступа к терапии гепатита С.

Деловые встречи

Промедление недопустимо Элиминация гепатитов: российские реалии



Пресс-конференция в Москве

Примером в этом вопросе является Челябинская область, которая входит в первую десятку российских регионов по поражённости гепатитом С – здесь в структуре заболеваемости он составляет примерно 78% от всех хронических вирусных гепатитов.

По словам профессора кафедры хронических инфекционных болезней Южно-Уральского государственного медицинского университета, главного специалиста по инфекционным болезням в Уральском федеральном округе, доктора медицинских наук Ольги Сагаловой, не в столь далёкие времена, когда не существовало эффективного лечения, гепатит С называли «ласковым убийцей» из-за длительного бессимптомного течения, которое нередко приводит к развитию смертельных осложнений со стороны печени и других органов. Ведь в большинстве случаев острый период гепатита С протекает бессимптомно или бывает похожим на острые респираторные и иные заболевания. Поэтому подавляющее большинство больных долго не догадываются о своей болезни, а маркёры вирусных гепатитов зачастую выявляются случайно. Без лечения инфекция у трети больных приводит к смертельному исходу. Поэтому важно своевременно выявить заболевание и начать терапию. Тем более, что эффективность современной противовирусной терапии выше 95%.

«С 2015 г. в стране для лечения гепатита С используют препараты прямого противовирусного действия, – рассказывает О.Сагалова. – Сегодня зарегистрированы практически все схемы безинтерфероновой терапии, три из которых действуют на все разновидности вируса (так называемые пангенотипная терапия). Препараты нового поколения безопасны, высокоэффективны и хорошо переносятся, поэтому пациенты не прерывают лечение из-за нежелательных явлений».

Курс лечения сравнительно недолгий: у большинства пациентов – от 8 до 12 недель, за это время лекарства полностью, прекращают размножение вируса. Сегодня лечение показано любому пациенту в возрасте от 3 лет. Од-

нако в первую очередь терапию получают больные с продвинутыми стадиями фиброза и с серьёзными сопутствующими заболеваниями.

«В нашем регионе в течение многих лет действует программа «Развитие здравоохранения Челябинской области», в рамках которой пациенты бесплатно получают противовирусную терапию. Кроме того, лечение пациентов с гепатитом С осуществляется и

четверти общего объёма препаратов для лечения гепатита С. Но с апреля 2022 г. не было проведено ни одного аукциона на закупку подобных лекарств. В этом году Федеральный центр планирования и лекарственного обеспечения «выбирает» только остатки долгосрочных контрактов на препараты для лечения гепатита С, вызванного вирусом 1-го генотипа. Однако у пациентов с ВИЧ-инфекцией более

поскольку далеко не все случаи гепатита С регистрируются. Иными словами, большое количество инфицированных детей находится вне поля зрения системы здравоохранения.

Между тем он отмечает, что благодаря возможности лечения абсолютно всех детей с гепатитом С начиная с 3 лет за счёт фонда «Круг добра» реально добиться положительных результатов в

борьбе с хроническим гепатитом С. Главное, начать лечить детей как можно раньше. Это защитит их от серьёзных проблем: стигматизации (большинство детей с хроническим гепатитом С сталкиваются с негативным отношением к себе со стороны ровесников, работников школы, иногда и медицинских работников); ограничений занятий спортом (детям отказывают в приёме в секции и спортшколы); невозможности поступить в некоторые профессиональные учебные учреждения, например, кулинарные, военные и т.п. Своевременная терапия сможет не только предотвратить риски осложнений, но и позволит уверенно планировать личную жизнь, создание семьи, рождение здоровых детей.

«Мы часто сталкиваемся с заблуждениями, что гепатит С – это постыдная болезнь, и что с началом её лечения можно подождать», – заметила главный педиатр Московской области, доктор медицинских наук, профессор Нисо Одинаева. Однако от вируса страдает не только печень, но и другие важные органы, что в результате может привести к хроническим инвалидизирующим заболеваниям уже в молодом возрасте и передаться по наследству. Так как специфических симптомов у болезни нет и заподозрить гепатит С сложно, Ю.Лобзин и Н.Одинаева предложили включить анализ на антитела к нему в диспансеризацию детей в возрасте 6 и 14 лет, то есть перед поступлением в школу и в период, когда подростки уже могут столкнуться с ним при раннем начале половой жизни, нанесении татуировок, пирсинга.

Кроме того, Н.Одинаева подчеркнула необходимость выделить диспансерную группу детей, рождённых от инфицированных матерей, чтобы они не «терялись» из поля зрения специалистов, также предложить лечение молодым мамам.



пространения его в Челябинской области до 2030 г., предполагающий не только увеличение охвата противовирусной терапией больных с хроническим гепатитом С, но и расширение скрининга, и децентрализацию проведения противовирусной терапии (в нынешнем году открыт первый дневной стационар в Магнитогорске, в дальнейшем планируется открытие коек дневного стационара в других городах области). Между тем, в ряде мест наблюдается сокращение региональных целевых программ по лечению гепатита.

самых ярких и социально значимых решений этого года в отечественном здравоохранении. В кратчайшие сроки были собраны заявки на оказание помощи до конца года более чем тысяче детей со всей России. По мнению специалистов, это поможет им полностью победить болезнь и вступить во взрослую жизнь здоровыми, без тяжёлых патологий. Прекращение роста заболеваемости, безусловно, позволит улучшить демографическую ситуацию в масштабах страны.

Согласно эпидемиологическим данным, доля детей с гепатитом С может составлять 0,2% детской популяции и достигать 65 тыс. человек, тогда как по статистике на учёте во всех регионах состоит 4262 ребёнка. Президент Детского научно-клинического центра инфекционных болезней ФМБА, главный специалист по инфекционным болезням у детей Минздрава России, академик РАН Юрий Лобзин уверен: официальные данные не отражают реальной ситуации,

борьбе с хроническим гепатитом С. Главное, начать лечить детей как можно раньше. Это защитит их от серьёзных проблем: стигматизации (большинство детей с хроническим гепатитом С сталкиваются с негативным отношением к себе со стороны ровесников, работников школы, иногда и медицинских работников); ограничений занятий спортом (детям отказывают в приёме в секции и спортшколы); невозможности поступить в некоторые профессиональные учебные учреждения, например, кулинарные, военные и т.п. Своевременная терапия сможет не только предотвратить риски осложнений, но и позволит уверенно планировать личную жизнь, создание семьи, рождение здоровых детей.

«Мы часто сталкиваемся с заблуждениями, что гепатит С – это постыдная болезнь, и что с началом её лечения можно подождать», – заметила главный педиатр Московской области, доктор медицинских наук, профессор Нисо Одинаева. Однако от вируса страдает не только печень, но и другие важные органы, что в результате может привести к хроническим инвалидизирующим заболеваниям уже в молодом возрасте и передаться по наследству.

Так как специфических симптомов у болезни нет и заподозрить гепатит С сложно, Ю.Лобзин и Н.Одинаева предложили включить анализ на антитела к нему в диспансеризацию детей в возрасте 6 и 14 лет, то есть перед поступлением в школу и в период, когда подростки уже могут столкнуться с ним при раннем начале половой жизни, нанесении татуировок, пирсинга.

Кроме того, Н.Одинаева подчеркнула необходимость выделить диспансерную группу детей, рождённых от инфицированных матерей, чтобы они не «терялись» из поля зрения специалистов, также предложить лечение молодым мамам.

Таким образом, по мнению экспертов, нужно закрепить в программе государственных гарантий минимальный объём финансирования для лечения гепатита С, разработать и внедрить амбулаторный диагностический тариф, включить скрининг на него в диспансеризацию детей, стимулировать население активнее тестироваться, а также решить проблему обеспечения ВИЧ-инфицированных пациентов терапией гепатита С.

Девизом нынешнего, шестнадцатого Всемирного дня борьбы с гепатитом, стала ёмкая фраза: «Мы не ждём!». Это своеобразный призыв ВОЗ ко всем странам, ответственным лицам, способным повлиять на элиминацию вирусных гепатитов, действовать без промедлений, не дожидаясь дальнейшего распространения заболевания и его разрушительных последствий.

Алёна ЖУКОВА,
корр. «МГ».

Москва.

Профсоюзы – насколько они необходимы в современной жизни? В ответах на этот вопрос можно услышать различные мнения. Однако когда начинаешь вникать в деятельность профсоюзных организаций, ту работу, которую они проводят, понимаешь, насколько важны эти общественные объединения. Важными аспектами являются не путёвки в санатории и экскурсии, а коллективные договоры, защита трудовых отношений работников, наставничество, помощь и молодым, и высококвалифицированным специалистам.

Всегда интересно услышать как это реализуется на практике непосредственно на местах. На этот раз основные моменты работы мы обсудили с председателем Волгоградской областной организации профсоюза работников здравоохранения РФ Ириной Ерохиной.

Ирина Владимировна окончила Волгоградский медицинский институт по специальности «лечебное дело», прошла интернатуру по хирургии, работала врачом выездной бригады скорой медицинской помощи. С 1989 г. заведовала отделом обкома профсоюза, а с 2009 по настоящее время избрана председателем.

– Ирина Владимировна, давайте вначале коротко расскажем о Волгоградской областной организации. Когда появилась, сколько у неё членов сейчас, есть ли положительная динамика по росту численности профсоюза?

– Волгоградская областная организация профсоюза работников здравоохранения РФ имеет богатую историю. Она образовалась в 1917 г. и объединила 53 фармацевта и 90 помощников врачей. Первый съезд прошёл в Царицыне (позднее – Сталинград, а ныне – Волгоград) 17 августа 1920 г. К сожалению, сведения с 1920 по 1943 г. очень скудны. Все документы находились в Сталинградском архиве, который был уничтожен во время Сталинградской битвы. Не сохранились и данные о первом председателе обкома, но мы знаем, что в 1928 г. профсоюз «Медсантруд» нашего региона насчитывал 3276 членов.

Естественно, за 100 лет профсоюз очень сильно изменился. На сегодняшний день региональная организация одна из самых крупных. В ней состоят более 43 тыс. человек. Охват профсоюзного членства среди работающих специалистов составляет 70%, среди студентов (Волгоградский государственный медицинский университет и Волгоградский медицинский колледж) – 92%. Остаются в профсоюзе и работники, которые ушли на заслуженную пенсию, – их 5 тыс.

– Профсоюз – это, прежде всего, люди. Насколько работники здравоохранения активно вступают в организацию, и как вы их мотивируете?

– Над повышением профсоюзного членства надо ещё работать. Чем нас больше, тем мы сплочённее, сильнее и тем легче решать все вопросы. У нас для этого есть резервы, это молодёжь, на которую мы делаем ставку. В областном комитете избран молодежный совет, который активно работает, проводит слёты, форумы, участвует в проектах, проводимых профсоюзом России, и в других мероприятиях. Естественно обком профсоюза им помогает и методически, и финансово. В течение 18 лет ежегодно проводится молодежный форум среди учащихся. Исключением был период пандемии. В этом году, в рамках празднования 80-летия Сталинградской битвы он прошёл под лозунгом «Наследники Победы». В программе было патриотическое воспитание, спортивные соревнования, профсоюзное образование, песни под гитару и очень ещё много всего интересного. Не один год в нём принимают участие студенты Астраханского базового медколледжа, Калмыцкого медицинского колледжа им. Т.Хахлыновой, впервые были приглашены студенты из Республики Беларусь. Всего участие приняли 9 команд. Это один из примеров, когда студенты узнают о профсоюзе, участвую в стенах учебного заведения.

Говоря о мотивации профсоюзного членства, необходимо подчеркнуть, если председатель профкома избран не для галочки, а именно для работы, то в этой организации – членство будет высоким, и главный врач всячески будет помогать в этом. Если заинтересованности нет, то и толку ноль.

Работник, устраиваясь на работу, не знает, в каком коллективе ему предстоит трудиться, вот здесь и необходима помощь опытного кол-

легии членам профсоюза в выплате пособия после перенесённой коронавирусной инфекции, работали с волонтерами-медиками. Продолжалась работа и по предоставлению санаторно-курортного лечения со скидкой 20% в санаториях Федерации независимых профсоюзов России. Этой льготой могли воспользоваться все члены семьи медработника. Кроме того, из профсоюзного бюджета выделялись деньги на компенсацию за путёвки.

Очень хотелось сделать так, чтобы волгоградцы знали, как непросто работать в «красной зоне». Для этого провели конкурс

льготной досрочной пенсии, проведения специальной оценки условий труда, норм рабочего времени, начисления стимулирующих выплат, предоставления дополнительного отпуска, выплат за совмещение профессий, оплаты сверхурочной работы. Хочется привести один пример – за консультацией по вопросу назначения пенсий, в том числе льготной досрочной, за 2022 г. на личном приёме обратились 176 медицинских работников. Всем им была оказана помощь и даны разъяснения. В составлении исковых заявлений в суд мы помогли 49 людям. Практически во всех случаях работники выиграли

семью и остались на селе. Некоторые уезжают, возвращают деньги. Их не устраивает инфраструктура населённого пункта.

– Нельзя обойти и тему СВО. Знаем, что волгоградский профсоюз и его члены не остались в стороне...

– Конечно, профсоюз не мог остаться в стороне. Перечисляем денежные средства в созданные администрацией области фонды для поддержки наших бойцов. Председатели профкомов провели акцию «Тепло из дома» – это письма, написанные на фронт нашим воинам. Это не одноразовая акция, она будет продолжаться

Деловые встречи

Ирина ЕРОХИНА:

Профсоюзный лидер, с одной стороны, почётно, а с другой – ответственно



леги, как раз в таком случае этим товарищем должен быть председатель или член профкома, которые станут своего рода наставниками. Этому мы учим на семинарах председателей профкомов. Если такая работа не будет проводиться, то новый сотрудник, столкнувшись с первой же трудностью, уволится и будет искать место либо в частной структуре, либо вообще уйдёт из медицины.

– Вы затронули наставничество. Что делается в данном направлении? И насколько необходимо профсоюзам включаться в эту работу?

– Могу сказать, что этим вопросом вместе с Комитетом по здравоохранению Волгоградской области мы занимаемся с 2016 г. Тогда впервые был проведён конкурс на лучшего наставника среди среднего медицинского персонала. Но на этом не остановились и уже следующий конкурс провели и среди врачей. В медицине, в отличие от многих отраслей, есть те кадры, которые работают очень долгое время и готовы делиться своим опытом с молодёжью. Практически все они являются членами профсоюза. И это ещё один мотивационный момент. В конце года, скорее всего в декабре, мы совместно с Комитетом по здравоохранению подведём итоги очередного конкурса «Лучший наставник» среди среднего медперсонала и врачей.

– Как сказались на деятельности профсоюза пандемия?

– Нас она немного выбила из колеи. Когда всё население было вынуждено сидеть по домам, «медицина» продолжала работать. Было много вопросов по выплатам медикам, по норме рабочего времени, по нехватке в первое время спецодежды. Только за первые 3 месяца областная профсоюзная организация оказала работникам, работающим во временных госпиталях, материальную помощь в размере более 4 млн руб. Кроме того, решались вопросы по закупке защитных костюмов, масок, перчаток, антисептических средств, проводились консультации по телефону горячей линии профсоюза,

рисунка среди детей сотрудников «Мои родители – медики – супергерои нашего времени». Каждый участник получил приз, а лучшие в торжественной обстановке были награждены дипломами и памятными подарками.

– Пандемия позади и необходимо возвращаться к нормальной жизни. Важный аспект работы профсоюза – различные консультации, разъяснения и встречи. Часто проводите такие мероприятия?

– Быть профсоюзным лидером, с одной стороны, почётно, а с другой – ответственно. Ты постоянно находишься в контакте и с рядовыми работниками, и с администрациями разных уровней. Председатель профкома в одном лице должен быть психологом, экономистом, юристом и, конечно, дипломатом. Поэтому

дела, и им выплачивается досрочная пенсия. Если говорить об экономической эффективности от всех форм правозащитной работы, то за 2022 г. она составила 5 279 849 руб.

Ещё одной болевой точкой остаётся вопрос заработной платы. Ждём перехода на единые правила её назначения на всей территории Российской Федерации, для того, чтобы специалисты не мигрировали в те города, где платят на порядок выше. Положение разработано профсоюзом совместно с Министерством здравоохранения РФ. Работа проведена огромная. 1 января 2025 г. эта система заработает.

Если говорить о средней заработной плате в нашей области, причём работе далеко не на одну ставку – это и совместительство, и совмещение, и в свободное

и дальше. Нами взято шефство над волгоградскими бойцами, мы закупили им продукты питания, газовые баллоны, спальные мешки, тепловизоры.

Когда к нам обратились коллеги из Белгородского обкома профсоюза за помощью для людей, пострадавших от обстрелов ВСУ, то деньги были перечислены незамедлительно.

Наши врачи трудятся в зоне СВО, спасая раненных людей и помогая местным жителям.

– Расскажите о главных событиях и мероприятиях этого года для Волгоградской областной организации профсоюза, как прошедших, так и тех, которые предстоят.

– В 2023 г. было подписано отраслевое соглашение на 3 года между обкомом профсоюза и Комитетом здравоохранения области. Его очень ждали. Опираясь на этот документ, медицинские организации будут вносить изменения в свои коллективные договоры, либо заключать новые.

В связи с изменениями в действующее законодательство нам также предстоит большая работа по внесению изменений в отраслевое соглашение, так что мы не стоим на месте.

Помимо проведения традиционных праздников – 1 Мая, День медицинской сестры и День медицинского работника – обком профсоюза впервые разработал положение и организовал конкурс «Лучший социальный партнёр». Цель этого мероприятия сплотить коллектив, повысить престиж профсоюза и вывести организацию на более высокий уровень. Впереди у нас 39-я областная спартакиада под девизом «Россия, единство, спорт, профсоюз, мы вместе, мы – сила, великий союз!». Ожидаем, что в ней примут участие более 50 команд, а это свыше 700 членов профсоюза. А ещё будут болельщики...

У нас очень творческие члены профсоюза, они пишут стихи, вяжут, пишут картины, танцуют, поют, участвуют во всех мероприятиях областного значения.

– На ваш взгляд, какие перспективы у профсоюза?

– Если говорить о перспективах развития, то они есть и достаточно амбициозные. Но для этого необходимо работать больше, иногда даже мыслить нестандартно, быть ещё ближе к людям, уметь слушать и слышать их, поддерживать всеми возможными способами. Для достижения целей будем работать на местах с законодательной и исполнительной властью, с главными врачами – доводя до них проблемы и решая их сообща.

Сергей БУДАЧЕНКОВ,
корр. «МГ».



обком ежемесячно проводит учёбу профактива по разным вопросам, чтобы научить правильно ориентироваться в нашей непростой жизни и той информации, которая актуальна на сегодняшний день. Многие председатели профкомов в дальнейшем становятся заместителями главных врачей, главными врачами, главными медицинскими сёстрами. К этому времени они уже полностью готовы к тому, чтобы у них в организации был сплочённый коллектив.

Встречи с коллективом учреждения, с членами профкома, с рядовыми членами профсоюза проводятся регулярно. Вот именно на таких мероприятиях можешь ответить на вопрос: «А что даёт профсоюз?» Смотришь человеку в глаза, и, если видишь в них непонимание, ты обязан более подробно донести информацию, чтобы ему был понятен ответ на заданный вопрос.

– Профсоюзная организация всегда стоит на страже правильно выстроенных трудовых отношений своих членов и работодателя. С чем приходится сталкиваться? Часто встречаются случаи задержки заработной платы?

– Наиболее часто задаваемые вопросы касаются назначения

времени деятельности в другом лечебном учреждении, – то цифры следующие: врач – 66 868 руб. (минус подоходный налог – 58 175 руб. на руки), средний медперсонал – 33 577 (29 211), младший медперсонал – 32 838 (28 569). Согласитесь, цифры очень скромными-миллионниками. Профсоюз в течение длительного времени доказывает, что надо увеличить отчисления на здравоохранение до 6,5% от ВВП.

– Что можно сказать о мерах социальной поддержки медицинских работников, которые выбирают местом своей работы сельские лечебные учреждения? И как вы оцениваете условия труда врачей на селе?

– Сельские районы области ещё одна болевая точка. У нас работают все законы о гарантиях молодым специалистам и выплачиваются пособия, ежемесячные надбавки в течение 3 лет, работают программы «Земский доктор» и «Земский фельдшер». На территории действует Социальный кодекс, согласно которому каждый медицинский работник получает ежемесячную компенсацию расходов по оплате жилья, электроосвещения и отопления. Многие работающие молодые специалисты в дальнейшем планируют создать

Выводы

В поисках счастья

Обычно, в связи с этим, вспоминается книга «В поисках утраченного времени», ушедшего на попытки обретения того, что в словарях определяется как моральное осознание душевного состояния удовлетворённости бытием и полнотой смысла жизни.

Сегодня уже знаем, что состояния души определяются балансом нейротрансмиттеров (медиаторов), синтезируемых из аминокислот – гамма-аминомасляной (ГАМК), триптофана (серотонин) и тирозина (дофамин), к чему можно добавить производное холина (один из витаминов В) и адреналин, «производимый» не только в надпочечниках. Трудно сказать, соответствует ли счастье удовольствию, но в мозге есть «его» центр, представляющий собой группу нейронов, или прилегающее ядро (n. Accumbens), лежащий под лобной долей. Мутации в серотониновой системе ведут к депрессии вплоть до попыток суицида. Интересно, что структуры синтеза дофамина и серотонина «спрятаны» глубоко в мозге и вынесены за пределы полушарий, это говорит об их глубокой древности, что выявил недавно Лестерский университет. Его исследование в сотрудничестве с учёными университета в швейцарском Фрайбурге пока-

зало, что гены, «отвечающие» за память и обучение, кодирующие синтез ферментов, возникли около 650 млн лет назад. К ним относятся энзимы преобразования тирозина и триптофана, ароматической аминокислоты, дающей ГАМК, синтеза фермента моноаминоксидазы (МАО), нехватка которой приводит к вспышкам агрессии, белкового транспортера моноаминов и канала, проводящего ионы натрия, калия и кальция, а также обмена аминокислоты фенилаланина, нарушение которого ведёт к рождению детей с фенилкетонурией. Указанные и другие менее известные ферменты были активны уже у билатеральных трилобитов, от которых находят только окаменевшие остатки.

Нейромедиаторы регулируют также и эмоции, которые могли быть и у трилобитов, опасаясь нападения хищников и своих собратьев-каннибалов. Считается, что главной из эмоций является опасение боли и связанный с нею страх, «центром» которого называют миндалину (Amygdala), лежащую в полюсе височной доли вблизи от гиппокампа. Извилина с этим названием (морской конёк) лежит на основании височной доли и «отвечает» за память. Нейроны её и миндалины посылают отростки к клеткам эмоциональной коры,

или переднему отделу поясной извилины на внутренней поверхности полушария (ACC – Anterior Cingulate Cortex). В журнале PNAS недавно опубликована статья, согласно которой наличие большего количества связей между миндалиной и ACC сопряжено с хорошим настроением как у здоровых, так и людей с депрессией, нарушающееся при нехватке сна.

Чувство удовлетворения жизнью переменчиво, и эту лабильность учёные называют умственной – когнитивной гибкостью (КГ), которую нейробиологи Техасского университета связывают с холинергическими нейронами (ацетилхолиновыми). Они «лежат» в частности в подкорковом стриатуме, или полосатом теле, представляющем собой чередование полос серого и белого вещества мозга. Интересно, что техасцы проследили путь нервных отростков стриатума в... чёрную субстанцию (S.nigra), клетки которой синтезируют дофамин. Ген-подавление активности нейронов стриатума и субстанции нигра резко меняли целенаправленное поведение мышей и их способность к обучению. Авторы напоминают, что люди, чем-то неудовлетворённые в жизни, вследствие чего у них снижается КГ, пытаются решить проблемы с помощью алкоголя и того же кокаина, что ведёт к

расстройствам поведения (таких только в США насчитывается около 50 млн человек).

Однако в Университете Беркли обращают внимание и на глюкозу. Учёные показали, что волны, генерируемые спящим мозгом, «картируют» баланс сахара в периферической крови (CRM). Известно, что сон имеет фазы быстрых движений глаз (REM – Rapid Eye Movement), которые перемежаются с не-REM (NREM). При исследовании сна более 600 человек в Беркли выяснили, что волны NREM мозговой активности предсказывают на следующий день способность контроля глюкозы, из чего можно сделать вывод, согласно которому сон регулирует уровень сахара в крови. Это по всей видимости осуществляется посредством повышения «чувствительности» клеток к действию инсулина, что подтверждено при учёте данных, полученных в другом исследовании, в котором приняло участие более 1900 человек. Авторы считают, что ЭЭГ может «предсказывать» развитие гипергликемии, то есть повышения уровня глюкозы в крови. Они указывают на расстройства сна у детей с аутизмом (точнее аутистическим спектром расстройств – ASD). Некоторые из них даже страдают от бессонницы. Дети-аутисты могут этого и не осознавать, чего не скажешь об их родителях и воспитателях, которые вряд ли испытывают счастье от столкновения с данной проблемой их повседневного бытия...

Точка зрения

Продвижение гомеопатии в больших дозах



Появление в масс-медиа данных опроса об отношении врачей и фармацевтов к гомеопатии – очевидный результат усилий производителей гомеопатических шариков и жидкостей получить беспрецедентную прибыль, поскольку их препараты имеют себестоимость упаковки. Для продвижения лекарств основанием служит предъявление данных об эффективности и безопасности. У гомеопатов этого нет. Поэтому они делают акцент на том, как к «шарикам» врачи и аптекари «относятся». Попробовал бы производитель левотироксина предъявить сведения об «отношении к препарату» – его бы засмеяли. А с «шариками» такая аргументация «публикой» рассасывается.

Мнение провизоров о гомеопатических препаратах понятно – раз продаются, значит «хорошо». Рекомендуют 48%? Дистрибьютор пообещает премию – все будут рекомендовать. Бизнес. Мнение врачей – того же свойства. Вкусно покормите пару раз – и они станут назначать. Конечно, не для лечения, а как «часть комплексного лечения», чтобы отработать кормление. Почему бы и нет. Главный врач мало платит, а тут и пациенту нет вреда, и корм хороший. Ситуация win-win.

Даже среди тех врачей, кто назначает гомеопатические пустышки «в качестве самостоятельного средства», не все безумны. Они ведь делают это назначение не официально. Попробовал бы кто-то в больнице прописать госпитализированному больному какой-нибудь продукт Эпштейна. Я бы посмотрел на результат. Вероятно, эти врачи назначают гомеопатические пустышки в случаях, когда пациент очень хочет лечиться и ожидает назначения лекарства. Вот врач ему и назначает какой-нибудь развод печени невиданной утки.

Но есть врачи, которые участвуют в гомеопатическом бизнесе обмана людей.

Василий ВЛАСОВ,
профессор кафедры управления и экономики здравоохранения
департамента политики и управления факультета социальных наук
Национального исследовательского университета
«Высшая школа экономики».

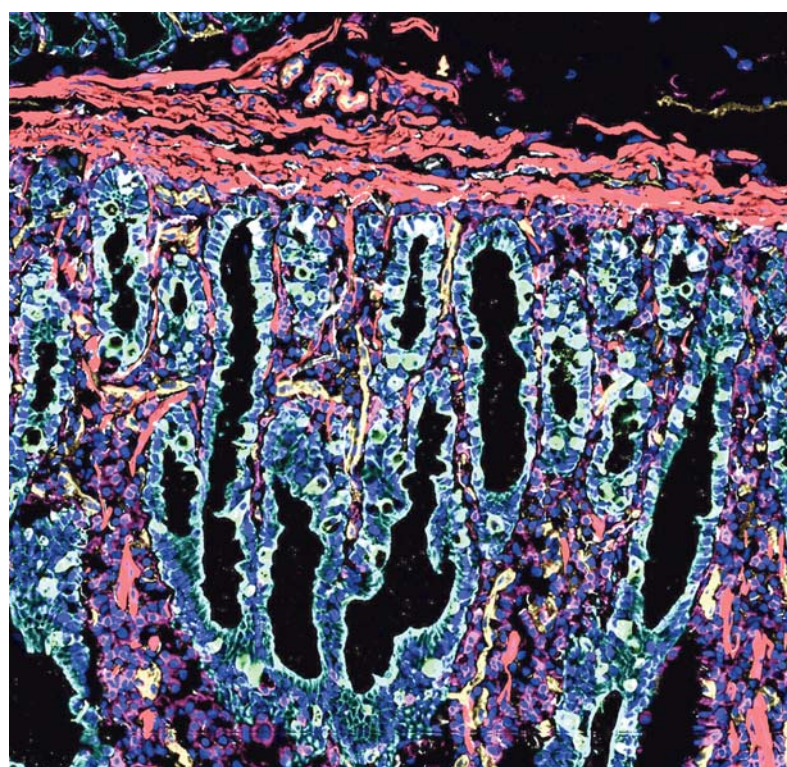
Взгляд

Одноклеточный

Новая революция в микроскопии началась со сканирующего электронного микроскопа (СЭМ). Он не «просвечивает» клетки, а даёт объёмное изображение биоструктуры. Затем был создан СТМ – сканирующий туннельный микроскоп, с туннельным «подкопом» под энергетическим барьером, в результате чего проходит ток.

С помощью СТМ было получено 3D-изображение поверхности одного из белковых ферментов, но это было уж слишком большое для клеток разрешение. У СТМ есть токопроводящая «игла»-тип, который заточен до одного атома на её/его конце, обращённого к образцу, приближение которого к нему и способствует протеканию тока, который становится тем больше, чем меньше расстояние (подъём иглы ток уменьшает, что «создаёт» рельеф поверхности). Общая картина получается в результате многократного прохождения микроскопного типа (что-то похожее на принцип работы лидара) над объектом, в результате чего создаётся «полосчатая» гистограмма-срез.

В Научно-техническом институте австрийской столицы создали LINESS, или Live Info Optimized Nanoscopy Enabling Saturated Segmentation, которую описали в статье «4D-реконструкция живой ткани мозга». Четвёртое измерение авторы добавили в связи с тем, что живой образец может «рассматриваться» на протяжении минут, часов и дней, что позволяет в режиме реального времени видеть изменения, про-



Ворсины кишечника (зелёные) и гладкомышечные клетки (вверху красные)

текающие в нём. Это особенно важно с точки зрения так называемой пластичности, или «перестройки» синапсов на отростках и телах нервных клеток (синапсы представляют собой точки соединения последних).

Ещё дальше, но в том же направлении, пошли сотрудники Национального института здоровья в Бетезде, в котором создан Биомолекулярный атлас человека (HBMA). Благодаря ему можно видеть отдельные клетки того

тонкой кишки и защиту организма от инфекционных агентов. Интересно, что нормальное состояние одной зоны кишечной трубки может означать патологические изменения в другой. Так в толстой кишке увеличено число гладкомышечных клеток, но снижается количество иммунных (не в этом ли причина язвенного колита?). Учёные показали наличие 20 клеточных «соседств», которые были охарактеризованы с помощью секвенирования РНК в отдельных клетках. Важна также и клеточная детализация нервных и кровеносных сетей в здоровом кишечнике и при различных заболеваниях.

Анализ «поведения» отдельных клеток, проведённый в Вюрцбургском университете, показал также миграцию дендритных клеток в дренирующем лимфоузле, куда они поступают из костного мозга (органа кроветворения). Известно, что клетки для своего функционирования должны созреть, после чего они покидают нишу, предназначенную для молодых и незрелых элементов. Указанные клетки названы так за наличие у них ветвящихся как у нейронов дендритных отростков, которые они используют для «получения» различных антигенов как инфекционного, так и ракового характера. По этой причине их относят к антигенпредставляющим (презентирующим – APC) клеткам, что очень важно для инициации иммунного ответа. В этом плане они выполняют роль мечниковских макрофагов, циркулирующих в крови и лимфе (lm).

Игорь ЛАЛЯНЦ,
кандидат биологических наук.

По материалам Cell Reports Medicine, Nature Communications, Physorg, PNAS, Sleep, Physorg Immunity, Nature, Nature Electronics, Nature Methods.

Гипотезы

Перезагружаем иммунитет голоданием

Кетоновые тела, которые активно выделяются во время голодания, питают иммунные клетки, сообщается в исследовании, проведенном сотрудниками Института Ван Андела (США).

Исследование поможет лучше понять, как питание влияет на иммунную систему, и проложит путь к будущим персонализированным рекомендациям по питанию для улучшения лечения инфекций, рака и других заболеваний.

Выводы сосредоточены на кетоновых телах, которые регулярно вырабатываются печенью, но становятся более многочисленными, когда организму не хватает глюкозы, которая действует как основной источник

энергии для клеток. Это может произойти во время физической нагрузки, например, во время упражнений, когда клетки быстро сжигают топливо, или во время голодания, когда мало пищи для расщепления на глюкозу.

В качестве компенсации печень увеличивает выработку кетоновых тел, чтобы питать мозг и другие органы. Исследования показывают, что кетоновые тела также питают иммунные клетки. И это неожиданное открытие проливает свет на новые связи между питанием и иммунитетом.

Как и другие клетки в организме, Т-клетки, солдаты иммунной системы, поглощают питательные вещества (например, глюкозу) из нашего рациона, чтобы генерировать энергию, необхо-

димую для их жизни и работы. Ученые продемонстрировали, что Т-клетки предпочитают кетоновые тела глюкозе в качестве источника топлива. Они также обнаружили, что кетоновые тела улучшают функцию Т-клеток, перепрограммируя их для лучшей нейтрализации угроз. И наоборот, потеря способности обрабатывать кетоновые тела вызывает дефекты в функции Т-клеток и снижает их способность бороться с инфекцией.

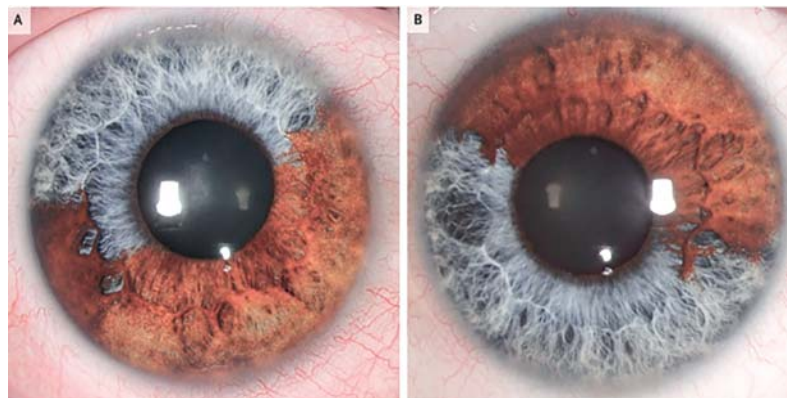
Авторы предполагают, что кетоновые тела могут быть эволюционным отказоустойчивым средством, которое укрепляет иммунную систему, когда ресурсы питательных веществ ограничены, например, когда во время болезни подавляется аппетит.

Бывает и такое

Необычный случай гетерохромии

Швейцарские специалисты из Университетского госпиталя Цюриха описали необычный случай гетерохромии.

43-летний швейцарец обратился в офтальмологическую клинику с жалобами на покраснение век в течение 3 месяцев. Офтальмолог обратил внимание на разноцветную радужную оболочку правого глаза: верхний сектор радужной оболочки правого глаза имела синий цвет, а нижний – коричневый. Радужная оболочка левого глаза имела обратный цветовой рисунок. Пациент сообщил, что его радужки выглядели так с рождения. Офтальмолог поставил диагноз секторной гетерохромии и халязиона левого века – закупорки выходного канала мейбомиевой железы.



При офтальмологическом обследовании острота зрения составила 0,8 на каждом глазу.

Специалист принял решение направить пациента на аудиометрию и ДНК-тестирование, учитывая, что гетерохромия

может свидетельствовать о присутствии некоего наследуемого синдрома, тем более, что у его родственников бывала и глухота, и гетерохромия. Сам пациент отрицал проблемы со слухом.

Исследования

Бета-клетки для лечения диабета

Управление по контролю качества пищевых продуктов и лекарственных средств США (FDA) одобрило первую донорскую клеточную терапию сахарного диабета 1-го типа. Препарат – это бета-клетки поджелудочной железы, полученные от умерших людей.

Безопасность и эффективность его оценивали в двух нерандомизированных исследованиях с одной группой, в которых в общей сложности 30 участников с сахарным диабетом 1-го типа и гипогликемическим синдромом. Все пациенты получили от одной до трех инфузий. По итогам клинического исследования 21 участник не нуждался в инсулине в течение года и более, 11 участникам инсулин

не требовался в течение 1-5 лет и 10 участников не нуждались в инсулине более 5 лет. Пять участников продолжали ежедневно испытывать потребность в инсулине.

Побочные реакции различались у каждого участника в зависимости от количества полученных инфузий. Наиболее распространенные – тошнота, утомляемость, анемия, диарея и боль в животе. Также были замечены негативные реакции от использования иммунодепрессантов, необходимых для поддержания жизнеспособности островковых клеток.

По данным производителя препарата, основным механизмом его действия является секреция инсулина инфузиранными аллогенными островковыми бета-

клетками. У некоторых пациентов с диабетом 1-го типа эти введенные клетки могут вырабатывать достаточное количество инсулина, что делает пациента инсулинонезависимым. Препарат вводится в виде однократной инфузии в воротную вену печени. В зависимости от реакции пациента на начальную дозу, может быть проведена дополнительная инфузия препарата.

В апреле нынешнего года FDA одобрило другую клеточную терапию – препарат который состоит из стволовых клеток и предназначен для снижения риска инфекции у пациентов с раком крови, в том числе у тех, кому показана трансплантация стволовых клеток. Препарат ускоряет восстановление нейтрофилов.

Ракурс

Улыбка – лучший способ показать людям зубы

Древние римляне чистили их мочой, а майя украшали самоцветами

История косметической стоматологии – искусства поддерживать зубы красивыми и здоровыми – насчитывает уже несколько тысячелетий.



Первым стоматологом в мире, имя которого доподлинно известно, был египтянин Хеси-Ра, живший в XXVII веке до н.э. и служивший фараону Джосеру. Надписи в гробнице Хеси-Ра именуют его не только «старшим над царскими писцами» и «главным зодчим», но и «лечителем зубов». Что именно делал с зубами Джосера Хеси-Ра, точно неизвестно – но пирамиду, у подножия которой он и был похоронен, действительно создал. Стоматология в Египте развивалась достаточно интенсивно. Папирус Эберса, датированный XVI веком до н.э., даёт 11 советов по лечению зубов, включая рецепт состава, напоминающего современную композиционную пломбу: наполнитель (молотый ячмень), связующий состав (мёд) и антисептик (жёлтая охра).

Древнеегипетская цивилизация знала и зубные имплантаты: у мумии одного из фараонов X столетия до нашей эры исследователи обнаружили медный зуб, вживлённый в челюсть; также сохранился, вероятно, первый в истории человечества зубной мост – два донорских зуба, прикреплённых медной проволокой к нижней челюсти неидентифицированной мумии XX века до н.э. Неизвестно, впрочем, были ли эти протезы сделаны при жизни или поставлены уже перед мумификацией в чисто эстетических целях, большинство современных исследователей склоняются ко второму.

То же верно и в отношении железного зуба, обнаруженного на челюсти черепа знатной кельтской женщины, умершей примерно за 300 лет до н.э. на территории современной Франции. Отсутствие анестезии делало процесс имплантации практически невозможным из-за невыносимой боли – и даже если операцию удавалось завершить без летального исхода, за ней неизбежно следовало отторжение имплантата – либо из-за занесённой инфекции, либо из-за несовместимости тканей.

Вылечить испорченные зубы удавалось не всегда, дантисты древности сосредоточились на том, чтобы хотя бы как-то достичь эстетического совершенства. Так рождались зубные коронки, закрепляемые на остатках разрушившегося зуба. Первые известные образцы относятся ко II веку, они были найдены на территории современной Тосканы в Италии. Материалом служило золото – как, впрочем, и столетия спустя.

За океаном, в ещё неоткрытой Америке больших успехов в деле косметической стоматологии достигли майя. Недавно, группа учёных проанализировав зубы индейцев майя, найденные в разное время во время археологических раскопок, в очередной раз подтвердила высокий уровень древнего стоматологического искусства.

Ещё до того, как европейцы украшали свои рты золотом, мужчины племени украшали зубы инкрустацией из драгоценных камней, искусно встроивших в аккуратные просверленные отверстия – судя по всему, дантисты майя достаточно хорошо разбирались в анатомии, так как у найденных черепов апертурой не доходят до пульпы.

Как считает мексиканский антрополог Хозе Консепсьон Хименес, такие украшения не были знаком особенного социального статуса, а служили чисто декоративной цели и использовались людьми самых разных слоёв. Как отмечает учёный, подобные украшения отсутствуют у найденных царских мумий майя. Древние майя устанавливали на зубах нефрит, золото, бирюзу, гагат или гематит.

Зубы украшали не только богатые люди, но и бедные. Уже в раннем возрасте многие молодые люди декорировали свой рот драгоценными камнями. Возможно, такое уважительное отношение к своим зубам носило духовный и эстетический смысл.

Но что удивительно, у них был необычный крепёжный материал.

При более детальном рассмотрении челюстей, учёные определили что цемент, удерживающий украшения, был необычайно крепким и сохранил свои свойства даже через тысячу лет. Он был сложным по своему составу и включал материал, обеспечивающий уменьшение воспалений во рту и сопротивление инфекциям и кариесу. Обязательно при манипуляциях использовались сосновая смола, эфирные мятные масла, создающие противоспалятельный эффект.

Некоторые зубы содержали в себе остаток клареолида, материала растительного происхождения, обладающего противогрибковыми и антибактериальными свойствами. Этот материал имеет приятный аромат и используется в парфюмерной промышленности.

Племя аккуратно относилось к своим зубам. Они постоянно их полировали и чистили, а если зуб начинал портиться, то обязательно его удаляли. Известен случай, что вождь племени Джанааб Пакаль, скончавшийся в 683 году н.э. в 80 лет, сохранил почти все свои зубы в замечательном положении.

Испанцы, начавшие в середине XVI века колонизацию Филиппин, столкнулись с практикой украшения зубов местными племенами, поразившей их сложностью и дороговизной. Жители островов намеренно чернили зубы, объясняя это тем, что «у собак и свиней зубы белые, а мы должны от них отличаться». Но те, кто мог позволить себе более утончённую дистанцию от животного мира, шли дальше. Иезуит Педро Чирино так описывал этот обычай у тагалов: «Они даже вставляют золотые пластины между зубами как украшения. К центру зуба они сверлят аккуратное отверстие, кое затем заполняют золотом, так что эта золотая точка сияет посреди черного зуба. И сие находят они красивым весьма». Любопытно, что сами филиппинцы часто смотрели на колонизаторов как на «варваров с белыми зубами», полагая нездоровым отсутствие привычки чернить зубы.

Материалы подготовила Юлия ИНИНА.

По материалам Immunity, The New England Journal of Medicine, paranormal-news.ru, Reuters.

Важность оспопрививания

«Глубокоуважаемый товарищ Антон Матвеевич! Сегодня исполняется 25 лет вашей службы в Царицынском земстве и 28 лет вашей деятельности в качестве помощника врача...», – написали своему коллеге медицинские работники летом 1905 г. – Немногим удаётся исполнить дело так, как удалось вам...»

Ещё документ: биографический очерк из выпущенной в том же году «Истории Саратовского земства». Шрифт старый, со столь непривычным сегодня глазу твёрдым знаком на конце слов: «Антон Матвеевич Самсонов... является образованным фельдшером первого призыва, когда ещё только зарождалось земство...».

Так и чудится, что именно его описал в своё время В.Вересаев в повести «На повороте». «Вошёл больничный фельдшер Антон Антонович, в белом халате и розовом крахмальном воротничке...»

Судя по архивным данным, Антон Самсонов был настоящим подвижником земского медицинского дела. Окончив Сибирскую фельдшерскую школу, он в марте 1877 г. поехал в Сенгилеевский уезд той же губернии, где «энергично принялся за дело, особое внимание обратив на оспопрививание, которым до него занимались крестьяне-оспенники...».

Большое почтение испытывали к фельдшеру и коллеги по работе, и земское собрание, вынесшее постановление о «вручении А.М.Самсонову 840 рублей».

Верно подмечено, что настоящим врачом может стать только талантливый человек. По свидетельству современников, А.Самсонов был именно таким. «Если тяжёлы обязанности врача, – написано в том же обращении коллег, – то у его помощника они ещё тяжелее. Помощник врача, так же как и врач, во всякую минуту должен быть готовым для подачи помощи внезапно заболевшим...»

Сызмальства причащавший себя к неустанной работе, Антон Самсонов спешил к больным порой за десятки вёрст. И под дождём мокнул, и в полыньи проваливался, и в пургу блуждал по степи. «Для этого надо прежде всего здоровьём записаться бычачым, – утверждает в той же повести В.Вересаева «На

Династии

Подвижничество врачей Самсоновых



повороте». – Вымокнешь до нитки, ветром обдует и обсушит, на постоялом дворе выпьешь водочки – и опять здоров». Но как раз «здоровьем бычачым» и не отличался земский фельдшер А.Самсонов. Зато руки у него были искусные, а душа – чистая, сострадательная к чужой беде. Так он и сгорел на работе. Пытаясь спасти больного туберкулёзом, сам заразился этой неизлечимой в ту пору хворью...

Талант хирурга и поэта

Сын земского фельдшера Николай Самсонов работал в госпитальной хирургической клинике Саратовского университета сначала ординатором, а потом был «утверждён преподавателем в должности старшего ассистента». Это о нём пишет выдающийся хирург современности академик Ф.Углов в своей книге «Сердце хирурга».

«...Саратовский университет в то время считался одним из лучших... Любили мы практические занятия в клинике, всегда хорошо организованные, поучительные, неожиданные по своей новизне и смелости, – велись они блестящими хирургами: Самсоновым, Захаровым и другими...»

Как-то бывший директор Брянской гимназии № 1, недавно ушедшая из жизни Ольга Кравченко, показала мне книги академика Ф.Углова, подаренные её матери, бывшему брянскому офтальмологу К.Самсоновой.

«Дорогая Кира Николаевна! – написал на одной из книг выдающийся хирург. – В клинике, где работал Ваш отец, была особая атмосфера милосердия и сотрудничества...» Фёдор Григорьевич очень тепло отзывался при встречах о Николае Самсонове, говоря, что «воспоминания о нём находят особый отклик в душе...».

Николай Антонович был, судя по всему, одной из тех благородных натур, которые собственным примером учили студентов не только хирургии, но и добру и бескорыстию. Хирург, что называется, от Бога, он успешно делал все операции: на черепе и по удалению всевозможных опухолей, проводил резекцию челюсти и выполнял все пластические операции.

«...Врождённый талант хирурга и блестящая техника с хорошим исходом операций дают мне право рекомендовать Самсонова Н.А. на должность самостоятельного хирурга крупного больничного учреж-

дения клинического типа» – такое заключение сделал директор факультетской клиники Саратовского университета, доктор медицинских наук, профессор С.Миротворцев. (О нём, к слову, также пишет в книге «Сердце хирурга» Ф.Углов.) Опубликовав 17 научных работ, Николай Антонович снискал большое уважение к себе и студентов, и врачей. И ещё, как и его знаменитый ученик, он был неплохим литератором. Написанные им пьесы с успехом ставили на сцене Саратовского театра, доктор издал несколько стихотворных сборников.

Разумеется, всё рассказанное о Н.Самсонове вряд ли может подпасть под определение «историческое». Скорее всего, это чисто житейские сведения о влюблённом в своё дело человеке. Только вот чем объясняются эти его качества? Талантом врача? Чисто человеческими свойствами? Скорее всего, и тем, и другим. Точнее, личностью бывшего преподавателя Саратовского университета. Судя по сохранившимся сведениям, он ничего не делал бездумно. Н.Самсонов всегда был верен себе именно в творческом подходе к нелёгкому труду хирурга и преподавателя. Научой, помноженной на искусство, нередко называют хирургию. Этими качествами, несомненно, обладал Н.Самсонов. Таким он и запомнился своему ученику Ф.Углову.

С себя спрос особый

...Человек, не обладающий чувством ответственности, вряд ли способен принять ответственное решение вообще, будь то в профессиональном или чисто житейском плане. Вскоре после Великой Отечественной войны капитан медицинской службы Кира Самсонова оставила московскую квартиру и уехала туда, где была нужнее – в Узбекистан. Выпускница медицинского факультета Саратовского университета, она продолжила подвижничество дело своего деда и отца. Думаю, не ошибусь, сказав, что это был ответственный шаг

человека, отличавшегося преданностью избранному делу. Все, кто помнит Киру Николаевну, а она больше 40 лет проработала в Брянской железнодорожной больнице, отмечают её необыкновенную целеустремлённость и человечность. Это она организовала первый в городе детский сад по лечению у малышей косоглазия, стала применять на практике в рядовой клинике самые совершенные в те годы методы диагностики и исцеления больных, одной из первых среди брянских врачей была награждена орденом Трудового Красного Знамени.

Верно говорят, что любое занятие, требующее постоянных усилий, вознаграждает человека особым родом крепости и веры в собственные силы. А потому сила и счастье, как утверждают самые сильные и самые счастливые, заключаются в преодолении и борьбе. Кира Николаевна была счастлива. Депутат Брянского горсовета, она больше 30 лет возглавляла комитет городского здравоохранения. И своим становлением, поступательным движением к новому медицинскому городу на Десне в немалой степени обязана К.Самсоновой. Кроме академика Ф.Углова с ней до самой смерти переписывался бывший заведующий кафедрой госпитальной хирургической клиники Саратовского университета, а позже – кафедрой 2-го Московского медицинского института академик С.Спасокоцкий. «Многоуважаемому доктору Кире Николаевне...» – сохранилась надпись на открытке. Согласимся, такое обращение одного из светил отечественной медицины говорит об очень многом.

«Мы были просто больные люди, а вы оказались талантливым врачом и хорошим человеком, – писали доктору бывшие пациенты в день её 80-летия. – Спасибо».

Василий ШПАЧКОВ,
соб. корр. «МГ».

Брянск.

Наши коллеги

Недавно вышел в свет юмористический сборник ставропольского писателя-сатирика Рубена Казаряна (по совместительству сборка «МГ», – Ред.) под названием «Юмор – дело серьёзное». С юмором он дружит ещё со школьной скамьи – с той поры, когда будучи 8-классником писал сценарии КВН, скетчи. Авторские неологизмы, всякого рода лингвистические перевёртыши, афоризмы, эпиграммы, авторские анекдоты, сольные юмористические концерты, пьесы по мотивам – всё это и многое другое, что заставляет человека улыбнуться, есть в его творчестве. Помимо этого он придумывает и темы для карикатур.

Зеркало жизни



Недавно я поймала себя на мысли: а часто ли я улыбаюсь в последнее время? Ответ, к сожалению, очевиден. В нашем стремительно меняющемся мире, когда рутинные ставшие уже привычными устои и уходит из-под ног точка опоры, становится как-то не до смеха. Но вот тебе на глаза попадает очередная томик юмористических рассказов, и ты опять, в который раз, вспоминаешь известную истину: сатира – это зеркало жизни, заглядывание в которое помогает человеку в поисках своего лица.

Таким своеобразным зеркалом стала и новая книжка Рубена Казаряна. Надо сказать это уже четвёртый его сборник (первые

три – «Мокрое дело», «Шутки юмора», «Юмор без маски»), в котором автор «делится мыслями вслух со всеми, кто хотя бы иногда думает о жизни». У него не существует запретных, неинтересных или «мелких» тем, поскольку, по его словам, наша действительность – «непаханное поле для сатиры». Бери – не хочу. И он берёт, переосмысливает и выдаёт на гора своим читателям уже готовые сатирические миниатюры, которые могут сделать честь любому юмористическому изданию: Флюгер умел «держат нос по ветру»; «В гробу я Вас видел»,

– сказал директор похоронного бюро очередному клиенту; Партии пенсионеров срочно требуются бабки; Не дай вам бог увидеть русский телевизор – бессмысленный и беспощадный.

Сатира? Да. Юмор? Конечно же, но не «чёрный», разрушающий, а созидательный, реалистичный, с позитивным настроем. Но перо автора остро, он, как хирург, срезаёт наросты и вскрывает гнойные раны на теле нашей жизни. Для

автора не приемлемо ставшее уже традиционным «кухонное спускание паров», чужды аллегории. Он открыто и честно говорит о волнующих не только его, но и большинство сограждан проблемах. Говорит языком юмора и сатиры. Со всей ответственностью критикует детали, но при этом не отрекается от главного – веры в наше общее будущее, очищенное от недостатков настоящего. С его мыслями и взглядами можно со-



глашаться или спорить, но одно неопровержимо – они не оставляют равнодушным. А не это ли первый шаг к желанию изменить жизнь к лучшему?

Рубен Казарян не только погружает нас в мир метафоричных сказок и «зубастых» фельетонов и миниатюр, но и даёт возможность заглянуть в закулисы своего творчества, выделяя отдельными разделами родившиеся у него юмористические неологизмы: «ашипки», «географизмы», «совмещизмы», «медицизмы», «каламбуры и серию великолепно придуманных печаток. Все они, как патроны из одной обоймы, выпущенные опытной рукой «снайпера», бьют в цель, пробивая пороки: подлость, корысть, властолюбие, невежество, равнодушие, цинизм, предательство.

И ещё одна удивительная находка автора. Это я о созвучии двух муз – литературы и живописи, воплотившихся в оригинальном художественном оформлении книги такими известными карикатуристами, как Николай Рачков (Москва), Альберт Вахитов (Нижегород), Евгений Синчинов (Ставрополь). В результате читатели получили необычное по своему содержанию и архитектонике издание, достойно продолжающее традиции русской классической сатиры.

Татьяна ПЕСТРЯКОВА,
литературный критик,
член Российского союза
профессиональных литераторов,
кандидат экономических наук.

Вижу, хочется вам знать, как наша деревня Миланово стала побратимом города Милан в Италии? Так я вам отвечу. Никак.

А начиналось всё ой как интересно! История теперь уже давняя, можно и рассказать.

Прослышал гендиректор нашего агрохолдинга «Новые заветы» – бывшего колхоза «Заветы Ильича», – про моду эту, брататься с кем ни попадя, лишь бы за бугром, и нам, говорит, не след отставать от современности, ретроградами не прослыть бы. Вон, родня с донетчины пишет, Нью-Йорк, что в Украине, побратался же с Нью-Йорком, что в Америке. Ну, как побратался... Делегацию назначили, те съездили, представились, подарки на сто тысяч подарили, магнитики с местными картинками получили в ответ, и таки породнились. Не всё, правда. По слухам, глемш украинского мэра стриптизёршу из пип-шоу на Брайтон-Бич за себя на одну ночь взял. Да сам мэр на хохлушку канадских кровей, что в супермаркете за кассой сидела, глаз положил. С корыстным дальнбойным стратегическим прицелом на предмет окончательного вида на жительство. Выгорело, нет ли – сплетни умалчивают.

Теперь об нас... Но прежде пару слов о холдинге нашем. Небольшая структура, но крепкая. Штат, как водится, соответствует требованиям суровых нынешних экономических обстоятельств. Гендиректор – бывший председатель колхоза Мошнов Иван Русланович, на остальных хлебных должностях – Мошнова Надежда Петровна. Во втором эшелоне баба Нюра – овощевод-агроном, дед Кондрат – скотник и сторож по совместительству, плюс многочисленный вспомогательный персонал, поименно всех и не перечислишь, проще по фамилиям – Мошновы все как на подбор. Кроме Кубышкина – зятя мошновского с семейством. И Делягина – другого мошновского зятя, тоже с семейством. Ну и я – тракторист, механик, подручный широкого профиля – триедин во всех лицах.

Живём, не тужим. Баба Нюра картошку с петрушкой всяческой растит. Урожай в городе реализуем, что не продадим – сами съедаем, что не доедим – дед Кондрат относит борову Борьке, с гаремом из вечно супоросных его стараниями свинок. Молочные поросята на воскресных ярмарках целыми выводками на ура уходят. А! Какой бизнес на обедах можно раскрутить!

В конце года на дивиденды застолье всем коллективом устраиваем. С ёлкой в мишуре, серпантин и конфетти. С праздничным концертом. Гармонист и по совместительству балалаечник – дед Кондрат, соло на околоратурном сопрано – Надежда Петровна, бэк-вокалистка баба Нюра. Программа привычная. За полчаса до боя курантов дед Кондрат Jingle Bells на балалайке наяривает. Потом, хорошо выпив и закусив после салютов-фейерверков, женский дуэт частушки под гармошку кроет. Со звуком числа «пи» через строчку. Жест! Дальше всё вразнобой, пока не угомонимся спяну. Хуже всех деду Кондрату. Хочешь – не хочешь,

ТОМ

Побратимы



утром скотину обихаживать. И без опозданий! Больно норов у Борьки скандальный.

В общем, всё по-людски, на плаву держимся.

Так вот, прослышал, значит, наш генеральный про побратимство это, собрание акционеров созвал. Надо, говорит, ехать, связи налаживать. Побратаемся, глядишь, заживём не хуже, чем хохлы в Нью-Йорке. Со временем, даст бог, торговое представительство в Милане откроем. При наших оборотах и Борькиной ретивости почему бы и нет. Но, пока времена финансово трудные, предлагаю, говорит, большой делегацией в незнакомые края не шараться. Меня на разведку откомандировать, через месячишко вернуться, всё как есть и доложу. Кто – за?

Все – за. Мы ж в массе своей люди подневольные, хоть и акционеры с голосующими акциями, по штуке на нос. Одна только главбух была резко против. Генеральный набылчился, но полемизировать не стал. Жена же. Её голос всегда за контрольный пакет идёт. «И не вякать мне тут!»

Чего они там, вечером, дома порешали – кто знает. На другой день генеральный сообщил, что из соображений жёсткой экономии представительских средств слетает на денёк в Милан за свои. Не подкаблучник оказался. Но предупредил, если вернётся с удачей, будет настаивать на материальной и моральной компенсации.

Ну, за свои, так за свои. Появилась, однако, проблема. Города, даже маленькие, с агрохолдингами не могут брататься, хоть и жрут их продукцию в три горла. Не по статусу. Вопрос решили просто: дабы по юридической части комар носа не подточил, дело международное всё-таки, гене-

ральный прихватит с собой главу поселения с гербовой печатью, и вся печаль. Ситуация упрощалась тем, что во главе сельсовета мошновская дочка состояла, Валентина, владеющая к тому же английским языком (возвышенно-валдайский диалект) на твёрдую пятёрку. Лично бабушка, директор средней школы, в табель ей поставила. Тому лет десять как.

Возник вопрос куда более деликатный. Презентация. Ну, вы понимаете. Да так, чтоб и как бы гостинец был, и колорит наш местный отражал, и коммерческие выгоды партнёрству сулил, и в дальней дороге товарный вид не утратил. Не для средних умов ребус. А мы недолго голову ломали. Борькин папа после себя не только отпрыска, достойного памяти предков, оставил, но и салца прилично, в четыре пальца толщины, между прочим, сахарной белизны и вкуса. Да с перчиком, да чесночком шпигованное! Это уж баба Нюра расстаралась. Эх!

Собрали вещички в дорогу – сумки с одеждой, да чемодан с салом. Ну, как чемодан, чемоданчик...

Дальше не я дорассказываю. Добралась до Москвы, в Шереметьево таможеню, считай, гладко проскочили. Контролёр за монитором рентгеновского сканера поинтересовался-таки контентом чемодана. Ответ совпал с подзрениями, что его полностью удовлетворило. Ухмыльнулся только: «Из Милана на необитаемый остров, небось, полетите?» Столичная сволочь в чём угодно повод поиздеваться над провинциалами выщёт. Ну, да мы не гордые.

А вот в Италии что-то пошло не так. Идём, это, мы по «зелёному» коридору с открытыми честными лицами, несём с Валентиной

чемодан с салом на продетой в ручку палке, что для нашего удобства дед Кондрат из старого костыля выпилил (на случай нехватки багажных тележек, и как в воду глядел). Пыхтим себе помаленьку, в свободных руках каждый свой баул ещё тащит. Это мы уже потом, задним числом осознали – зря мы дед Кондрата послушались, чемодан с салом бельевой верёвкой перевязали для прочности. В аэропортах, известное дело, грузчики вон как поклажу бросают, не своё же. А сало субстанция весомая, уронят невзначай, развалится чемодан, пиши пропало. Жалко же. И ведь хотели купить современный, на колёсиках, да дед Кондрат с панталыку сбил, свой, проверенный веками, доставшийся по наследству от прабабушки, взять уговорил. За фибру, ещё царской мануфактуры, как за себя поручился, а малость тронутые ржой замки с везельным клеймом «Демидов и сыновья», по его наущению, мы верёвкой подстраховали. Всё ради финансовой оптимизации поездки, провались дед Кондрат со своим чемоданом...

С этого, похоже, тамшние таможенники к нам и прицепились. Открыли мы по их просьбе чемодан, те с минуту молча смотрели внутрь истуканами. Никак, по всему, не ожидали такой инсталляции в монументальном исполнении. Замешательство схлынуло, спрашивают по-английски, что это мы везём?

– Сало, – Валюха отвечает, и спохватывается. – Ой, что это я по-русски, мы ж за границей! (Тут она долго вспоминала нужные слова, вспомнила, но не всё). Это... хрю-хрю фэт.

Те хором на английском опять: «What?»

– Господи, что ж вы бестолковые такие! Это... (тут её озарило) – рашен прошутто. Андерстэнд?

Один таможенник усмехается с ехидцей, указательным пальцем перед своим носом туда-сюда машет, чистый метроном:

– Ноу прошутто. Ай ноу, что есть прошутто...

Дальнейшее излагаю сразу в переводе. Достает он откуда-то пластиковую коробку, видать, со своим перекусом. Показывает нам багет с начинкой – из него краешки нарезанных помидоров, салата, сыра, розовой ветчины торчат. Указал он на ветчину:

– Вот что такое прошутто! А это... – тычет он в наше сало, – не прошутто. Эбсолютли.

– Так, я ж и говорю – рашен прошутто! Рашен! Две большие разницы! – возмущается Валюха их тупостью. А ещё итальянцы!

Вызвали они, в конце концов, переводчицу, та нам всё и втолковала доходчиво. Ввозить в ЕС продукты питания не для личного потребления, в товарных объёмах без договорных отношений с официальными контрагентами, запрещено. Конфисковали, в общем, наше незаконное сало. Чемодан, правда, вернули. Верёвку тоже. Мы его прямо у аэровокзала какому-то хмурому бродяжке подарили, который со множеством драных пакетов на лавочке сидел. Верёвка шла в комплекте бонусом. Но как-то без энтузиазма он её в дар принял. Нехороший намёк заподозрил, что ли. Ну, да его проблемы. А с дедом Кондратом объяснимся как-нибудь потом.

Доехали до гостиницы, совет устроили. Как быть? Не с голыми же руками, с одной только синей печатью на братание заявляться. Отложили затею до лучших времён. Пошлились по магазину пару денёков, да и домой. В дьюти-фри 6 литров граппы (по 3 законных литра на билет) на весь колхоз прикупили, с тем и взлетели.

В родные пенаты прибыли, сувениры раздали, рассказали – как да что. И, не откладывая в долгий ящик, провели всем кворумом акционеров агрохолдинга научный филологический эксперимент. Ведь всю дорогу томилась вопросом, который ещё до отъезда сообща сочинили в качестве тоста-скетча для торжественного фуршета, случись таковой в миланской мэрии. Как правильно говорить – сало под граппу хорошо идёт, или правильнее – граппа под сало?

Вечером, перед тем как разойтись по домам, единогласно подписали устный протокол исследования. Вывод был ясен, как слеза на срезе ломтика русского прошутто, как божественность вкуса итальянской виноградной водки. Можно говорить и так, и так. Равнозначно правильно. Выходит, не впусую прокатились.

В результате вояжа без ответа остался лишь один вопрос, разволновавший всех по ходу научно-прикладного мероприятия. Миланская таможеня... как с нашим конфискатом обошлась? Тоже филологический эксперимент провела, или как? Любопытно, правда?

Юрий КУБАНИН.

Новосибирск.

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

Мнение редакции может не совпадать с точкой зрения авторов.

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

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, Т.КОЗЛОВ, В.КОРОЛЁВ, Г.ПАПЫРИНА, Ф.СМИРНОВ (редактор сайта).

Дежурный член редколлегии – В.ЕВЛАНОВА.

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

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

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

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

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

Отпечатано в ОАО «Московская

газетная типография».

Адрес: 123022, Москва,

ул. 1905 года, д. 7, стр. 1

Заказ № 1829

Тираж 14 009 экз.

Распространяется

по подписке

в Российской Федерации

и зарубежных странах.

