

Медицинская

20 сентября 2023 г.
среда
№ 37 (8106)

Газета®



ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ВРАЧЕБНОЕ ИЗДАНИЕ

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

www.mgzt.ru

Реабилитация участников СВО: опыт Республики Саха (Якутия).

Стр. 4

Наша общая задача – сформировать в России новую культуру безопасности медицинской деятельности, основанную на чётких проверенных стандартах.

Стр. 5

Вакцинация. Знания против мифов.

Стр. 6

Событие

Непенсионный возраст

Круглая дата Тихоокеанского Медицинского



Проректор по лечебной работе и социальному партнерству ДВГМУ Марина Рзянкина и ректор ДВГМУ К.Жмеренецкий поздравляют ректора ТГМУ В. Шуматова

Во Владивостоке отметили 65-летие Тихоокеанского государственного медицинского университета (ТГМУ). К этой дате было приурочено посвящение первокурсников в студенты, награждение сотрудников и торжественное собрание.

В 1956 г. на базе педагогического института во Владивостоке был создан Дальневосточный университет, в составе которого организован медицинский факультет. На первый курс поступило 100 студентов. Не хватало помещений и преподавателей. Например, занятия по анатомии проводились на втором этаже университетского гаража.

В 1958 г. на базе медицинского факультета возник Владивостокский медицинский институт, куда переехали преподаватели из Ярославля, Ленинграда и Горького. В 1961 г. состоялся первый выпуск врачей. В 1995 г. этот институт стал называться Владивостокским медицинским университетом, а в 2013 г. получил нынешнее наименование.

За годы своего существования Тихоокеанский Медицинский подготовил более 33 тыс. медиков. Более 400 преподавателей обучают здесь свыше 4 тыс. студентов. Его выпускники работают в 59 странах.

Церемония посвящения в студенты состоялась в Адмиральском сквере Владивостока. В этом году на первый курс было зачислено 1150 человек – на треть больше, чем в предыдущем. Ректор ТГМУ член-корреспондент РАН Валентин Шуматов поздравил первокурсников с двойным праздником – днём рождения университета и посвящением в студенты, пожелав им успешно завершить обучение и в полном составе прийти на торжественную церемонию вручения дипломов. В завершение праздника студенты дали клятву врача.

На церемонии вручения наград Минздрава России профессорско-преподавательскому составу и сотрудникам университета присутствовали первый заместитель министра Виктор Фисенко и заместитель председателя правительства Приморского края – министр здравоохранения Приморского края Анастасия Худченко.

Торжественное собрание прошло в Приморском академическом краевом драматическом театре им. М. Горького. Выступили советник РАН Валентин Сергиенко, заместитель председателя Правительства Сахалинской области Владимир Юшук и министр здравоохранения этой области Владимир Кузнецов, ректор Дальневосточного государственного медицинского университета (Хабаровск) Константин

Жмеренецкий, директор Центрального НИИ организации и информатизации здравоохранения Ольга Кобякова, директор Института химии ДВО РАН Сергей Гнеденков и директор Института автоматики и процессов управления ДВО РАН Роман Ромашко, представители медицинских вузов Москвы и С.-Петербурга.

Отдельное поздравление Тихоокеанскому Медицинскому прозвучало от выпускников университета – ныне руководителей ведущих учреждений здравоохранения Приморского края. В завершение торжественного мероприятия прозвучали видеоприветы alma mater от выпускников разных лет.

65 лет – возраст выхода на пенсию, но к ТГМУ это не относится. По словам Валентина Шуматова, здесь готовят врачей и фармацевтов для всего Дальневосточного федерального округа. Это единственный на Дальнем Востоке и в Сибири медицинский университет, вошедший в программу стратегического академического лидерства «Приоритет-2030». В ближайших планах – строительство 9-этажного научно-исследовательского центра, общешития на 1200 мест и создание межвузовского кампуса.

Борис НИЖЕГОРОДЦЕВ.

Тенденции

Новая, универсальная, своя

ФМБА России проводит третью фазу клинических исследований вакцины «Конвасэл»

Вакцина «Конвасэл» является первой в мире зарегистрированной вакциной, созданной на основе рекомбинантного нуклеокапсидного белка (N) вируса SARS-CoV-2, что делает её универсальной для различных штаммов коронавируса. Минздравом России утверждена однократная иммунизация вакциной против коронавируса «Конвасэл» и расширены показания к её применению для взрослых старше 60 лет, что очень важно с точки зрения защиты здоровья пожилых людей.

В рамках клинических наблюдений доказано, что иммунитет к вирусу SARS-CoV-2 после вакцинации «Конвасэл» сохраняется более года, чего не обеспечивает ни одна существующая в мире вакцина.

Разработка, доклинические и клинические исследования вакцины «Конвасэл» проводились по поручению и под личным контролем руководителя ФМБА России Вероники Скворцовой. Вакцина производится по технологии полного цикла на базе Санкт-Петербургского научно-исследовательского института вакцин и сывороток ФМБА России. Агентством реализован кластерный подход, который позволил привлечь к оценке клеточного иммунитета и исследованиям по установлению механизма действия вакцины площадки ведущих научных центров ФМБА России – Центра стратегического планирования и Института иммунологии, что дало возможность создать инновационную вакцину против COVID-19 в кратчайшие сроки.

«Третья фаза клинических исследований вакцины «Конвасэл» проходит в 21 клиническом центре, которые

расположены более чем в 10 регионах страны. Наблюдения за привитыми будут продолжаться в течение 180 дней», – пояснила заместитель директора по разработке новых лекарственных средств Санкт-Петербургского НИИ вакцин и сывороток ФМБА России Элина Рузанова.

В начале августа 2023 г. Всемирная организация здравоохранения констатировала быстрое распространение в мире нового варианта коронавируса Eris (EG.5 омикрон-штамма SARS-CoV-2) и повысила категорию его опасности до «вариантов, представляющих интерес» (VOI). EG.5 несёт дополнительную аминокислотную мутацию F456L в шипообразном (S) белке. По оценке ВОЗ, благодаря преимуществу в распространении и «ускользанию» от иммунитета штамм EG.5 может вызвать рост заболеваемости и стать доминирующим в некоторых странах, а возможно, и во всём мире.

«Все изменения в группе штаммов омикрон затрагивают только поверхностный S-белок. Нет данных о мутациях в нуклеокапсидном (N) белке, который остаётся консервативным в соответствии со своей биологической функцией. Таким образом, вакцина «Конвасэл», основанная на нуклеокапсидном белке, стала первой универсальной вакциной для профилактики COVID-19, к созданию которой с 2022 г. призывала ВОЗ», – уточняет советник по науке Санкт-Петербургского НИИ вакцин и сывороток, член рабочей группы ВОЗ по исследованиям и разработкам в сфере борьбы с новой коронавирусной инфекцией Сергей Аракелов.

Александр МЕЩЕРСКИЙ.

ОСТРАЯ ТЕМА

Николай МАТВЕЕВ

Заведующий кафедрой экспериментальной и клинической хирургии медико-биологического факультета РНИМУ им. Н.И.Пирогова, доктор медицинских наук, профессор:



Даже с появлением на мировом рынке не десятка, как сейчас, а 20 компаний-производителей роботизированные хирургические платформы не станут доступны абсолютному большинству лечебных учреждений.

Стр. 10-11

Новости

Донорство — с молодых ногей

Участники Всероссийского молодёжного образовательного форума «Машук», который стартовал в Пятигорске, посетили филиал Ставропольской станции переливания крови. В ходе визита молодые люди узнали о важности донорства крови и о том, как можно стать донором.

Участниками необычной экскурсии (обычно «машуковцы» знакомятся с достопримечательностями Пятигорска и Кавказских Минеральных Вод) стали более 30 участников форума, которые решили стать донорами. Большинство из них делали это впервые, но все они были готовы поделиться своей кровью и помочь тем, кто нуждается в ней.

Филиал Ставропольской станции переливания крови был рад принять у себя молодых людей, желающих помочь другим. Они провели для участников форума экскурсию по лаборатории, где проводится анализ крови, а также рассказали о том, какие требования необходимо соблюдать перед сдачей крови.

Участники не только стали донорами, но и получили массу положительных эмоций и впечатлений. Они убедились в том, что помощь другим может быть не только полезной, но и приятной.

Рубен КАЗАРЯН.

Ставропольский край.

Особое внимание —
родившимся раньше срока

Первых пациентов принял кабинет катamnестического наблюдения за детьми с перинатальной патологией, открытый недавно в амбулаторно-поликлиническом звене перинатального центра Нижнеартовска.

По словам специалистов, чаще всего это дети, рождённые раньше срока, которые побывали в реанимации или в отделении патологии новорождённых. Есть среди них и доношенные малыши с перинатальным поражением центральной нервной системы или дыхательными расстройствами, но таких немного.

До этого в течение полугода проводилась активная работа по лицензированию, укомплектованию штата медицинскими работниками, дооснащению кабинета оборудованием и медицинской мебелью.

«В кабинет катamnестического наблюдения после выписки из стационара передаются дети, имеющие перинатальную патологию, - рассказывает его сотрудник, врач-педиатр, невролог Светлана Нехороших. - Его задача: помогать участковым врачам-педиатрам сопровождать таких малышей и вовремя корректировать их состояние».

В кабинете катamnестического наблюдения работает мультидисциплинарная команда, в которую входят педиатр, невролог, психолог и специалист по медицинской реабилитации и мануальной терапии, а также инструктор по лечебной физкультуре, медицинская сестра по массажу и физиотерапевтическая медицинская сестра. Наблюдаются дети в течение первых 3 лет жизни.

При этом мамы получают информацию по уходу, кормлению, развитию, абилитации и реабилитации малыша в домашних условиях. В рамках реализации федерального проекта «Оптимальная для восстановления здоровья медицинская реабилитация», помимо консультативных посещений и динамического наблюдения, при необходимости разрабатывается индивидуальная программа реабилитации, которую можно получить бесплатно при наличии полиса ОМС.

Открытие кабинета катamnестического наблюдения - значимое и долгожданное событие для учреждения. Ведь требующих особого внимания малышей здесь появляется на свет всё больше. Так, в 2022 г. в перинатальном центре родилось раньше срока почти 300 детей. Из них под наблюдение взято 39 малышей, 16 из которых уже прошли курс медицинской реабилитации.

Елена ОСТАПОВА.

Нижнеартовск.

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

Начало

В рамках единого
образовательного
пространства

Медуниверситет «Реавиз» в год своего 30-летия открывает колледжи в Самаре и Москве

Университет с 2014 г. проводит обучение по программам среднего профессионального образования по специальностям «фармация» и «сестринское дело». В 2022 г. учёным советом «Реавиза» принято решение развивать это образовательное направление на новом уровне. Были организованы самостоятельные юридические лица – медицинские колледжи в Самаре и Москве.

– Подготовка медицинских кадров ориентируется на запрос системы здравоохранения, которая постоянно испытывает кадровый дефицит. Востребованность выпускников медицинских колледжей и перспективы их дальнейшего трудоустройства являются благоприятными условиями для развития нового образовательного проекта, – отметил почётный ректор университета, доктор медицинских наук, профессор, академик РАМТН Николай Лысов.

Но главное – со стороны потенциальных абитуриентов, выпускников 9-х и 11-х классов, наблюдается растущий интерес к получению медицинского образования. Увеличению спроса способствуют повышение престижа медицинской профессии, реализация государственных программ поддержки работников и динамичное развитие отрасли.

– Медицинский университет «Реавиз» рассматривает появление нового образовательного вектора в своей деятельности как дальнейшее формирование целостной системы непрерывного образования. Уже после 9-го класса обучающиеся имеют возможность получать профессию. Затем они могут продолжить образование в университете по программам специалитета и ординатуры, а также планировать своё профессиональное развитие в университетских клиниках. Кроме того, у студентов есть возмож-



ность заниматься наукой и вести подготовку к преподавательской деятельности, – отметил Н.Лысов. – В рамках единого образовательного пространства предоставляются широкие возможности для профессионального роста и развития. Создавая в своей структуре медицинские колледжи, университет «Реавиз» формирует единую систему образования на основе преемственности этапов и предоставляет обучающимся возможность выстраивать индивидуальную профессиональную траекторию.

Немаловажным фактором для развития нового направления является наличие в системе университета преподавательских кадров, которые будут привлечены к работе в колледжах, и обширной сети клинических баз для практической подготовки обучающихся.

Свою первую приёмную кампанию средне-профессиональные учебные учреждения провели уже в этом году, и 300 первокурсников – выпускники 9-х и 11-х классов приступили к обучению по специальностям «сестринское дело», «фармация» и «стоматология ортопедическая».

– Учитывая высокий спрос на образовательные программы колледжа, принято решение продлить сроки работы приёмной комиссии в Москве и Самаре до 25 сентября 2023 г. Это значит, что до указанной даты можно подать документы на поступление и начать обучение уже в этом учебном году, – сказал почётный ректор «Реавиза».

Напомним, что медицинский университет был организован в 1993 г. и стал первым негосударственным медицинским вузом в стране, который получил лицензию на ведение образовательной деятельности и государственную аккредитацию. Образовательное учреждение имеет стабильное общественное и государственное признание, что подтверждается его высокими рейтингами. Международный рейтинг «Три миссии университета» в 2023 г. определил первое место среди негосударственных вузов, 15-е – среди медицинских вузов. В рейтинге RAEX по итогам 2023 г. Медицинский университет «Реавиз» вошёл в топ-100 лучших вузов России.

Богдан СЕРГЕЕВ.

Здоровая жизнь

Грандиозным финалом завершился второй сезон городского ЗОЖ-марафона «100 дней здоровья 2.0» в рамках проекта «Здоровая Москва». В этом году участие в марафоне приняли рекордные 15 тыс. человек – в 3 раза больше, чем в первом сезоне. Все 100 дней проекта они под присмотром лучших столичных врачей и экспертов по здоровому образу жизни приобретали полезные привычки, занимались спортом, работали над собой и своим здоровьем.

Десять участников, набравших наивысшее количество баллов, вместе с семьями были приглашены на финальное шоу закрытия, где получили благодарственные письма и подарки из рук ведущих представителей московского здравоохранения.

Врачи, участвовавшие в проекте в качестве экспертов, на протяжении марафона выступали на прямых эфирах, записывались в подкастах, писали статьи, отвечали на тысячи вопросов марафонцев.

В столице подвели итоги
ЗОЖ-марафона

В грандиозном шоу закрытия принял участие шоу-балет «Тодес». Каждое утро марафонцы начинали с зарядки или зажигательных танцев вместе со знаменитыми танцорами. Перед гостями мероприятия также выступил участник шоу «Голос» Василий Шкивиров.

Инициаторами проведения и организаторами марафона выступили Комплекс социального развития Москвы, Департамент здравоохранения города, многофункциональный центр «Мои документы» и НИИ организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы.

«Впервые мы использовали маркетинговые технологии марафона для того, чтобы вовлечь москвичей в активный образ жизни и формировать у них правильные привычки. Марафон проходит второй год, поэтому мы смогли адаптировать те технологии, которые мы придумали в прошлом году, для того, чтобы марафон стал максимально комфортным, понятным и удобным для каждого из участников. Это позволило привлечь нам в этом году 15 тысяч москвичей и 600 тысяч пользователей соцсетей дополнительно», – рассказала директор НИИ организации здравоохранения и медицинского менеджмента Елена Аксёнова.

Второй сезон марафона «100 дней здоровья 2.0» был по-настоящему богат на рекорды. За время проекта участники «сбросили» более 12 тонн – вес двух крейсеров «Аврора», сделали 88 млн шагов – хватит, чтобы полтора раза обогнуть земной шар. И просмотрели более 3,5 тыс. часов полезного контента.

Алёна ЖУКОВА.

Ну и ну!

Замглавы Минздрава не пустили в Данию

Власти Дании отказали во въезде в страну заместителю министра здравоохранения России Олегу Салагаю, который планировал принять участие в проходящем в Копенгагене региональном совещании Всемирной организации здравоохранения. Об этом сообщило российское посольство в Копенгагене.

Отмечается, что в аэропорту Каструп ему было отказано во въезде в Данию. В российской дипмиссии подчеркнули, что тем самым датские власти «беспардонно нарушили свои обязательства по обеспечению беспрепятственного доступа на мероприятия в Дании официальных представителей стран – участниц ВОЗ, в том числе России, учитывая, что Европейское региональное бюро ВОЗ расположено в Копенгагене». Диппредставительство РФ намерено добиваться от датских властей объяснений и извинений по поводу произошедшего инцидента. Ранее ВОЗ закрыла свой офис по профилактике и борьбе с неинфекционными заболеваниями в Москве по требованию 30 стран – членов организации.

Дмитрий ДЕНИСОВ.

Перемены

Качественный скачок в борьбе с онкозаболеваниями

Министр здравоохранения РФ Михаил Мурашко заявил на VI Международном форуме онкологии и радиотерапии «Ради жизни» о качественном скачке в лечении пациентов с онкологическими заболеваниями благодаря самоотверженной работе медиков.

По его словам, возросло количество случаев лечения с применением противоопухолевой лекарственной терапии, включая таргетные препараты, за счёт средств ОМС

на 63,6%. Удалось снизить на 14% однодневную летальность больных со злокачественными новообразованиями, на 5,6% – смертность населения от злокачественных новообразований по сравнению с 2018 г.

В рамках федерального проекта «Борьба с онкологическими заболеваниями» Минздрав России уделяет большое внимание разработке новейших технологий диагностики и лечения новообразований.

– Большой прогресс достигнут российскими специалистами в об-

ласти внедрения методов ядерной медицины в практическое здравоохранение. На новый уровень выходит и молекулярно-генетическая диагностика. Также значимую роль в повышении качества оказываемой медицинской помощи играют телемедицинские технологии, которые прочно вошли в практику российского здравоохранения, – отметил М.Мурашко.

По его словам, в проведении скрининговых программ постепенно начинают применяться технологии искусственного интеллекта. Российская онкологическая служба стремительно развивается, эффективно использует самые последние достижения мировой науки и практики.

Виктор КОТЕЛЬНИЧЕСКИЙ.

Официально

Названы болезни, при которых нельзя служить по контракту

Министр обороны РФ Сергей Шойгу утвердил перечень заболеваний, при наличии которых ограниченно годным к военной службе нельзя заключать контракт с Вооружёнными силами в период мобилизации, военного положения или в военное время.

В список таких болезней попали ВИЧ, гепатит В и С, все формы активного туберкулёза органов дыхания без выделения микобактерий

туберкулёза и распада, большие остаточные изменения лёгких и плевры, сопровождающиеся дыхательной недостаточностью II степени, последствия хирургического лечения туберкулёза органов дыхания, сопровождающиеся дыхательной недостаточностью II степени.

Кроме того, в перечне указаны активный ограниченный туберкулёз позвоночника, мочеполовых органов и другой внегрудной локализации, злокачествен-

ные новообразования лимфоидной, кровяной и родственных им тканей, медленно прогрессирующие, с умеренным нарушением функций и (или) редкими обострениями, сахарный диабет 1-го типа, психические расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ.

Нельзя будет заключить контракт и при эпилепсии с редкими приступами (менее 5 в год), инсультах, последствиях поражения ЦНС, повреждениях и заболеваниях периферических нервов, при которых расстраивается основная функция конечности, а также при слабом зрении, отсутствии глазного яблока и частичной слепоте.

Павел БАЛАГИН.

Решение

Расширяются возможности бесплатного оказания медпомощи

В 2023 г. размер субвенции Федерального фонда ОМС на реализацию базовой программы ОМС во всех субъектах РФ составляет 2,7 трлн руб., что на 11,6% больше предыдущего года, а в целом за последние 5 лет субвенция возросла на 33%, сообщили в пресс-службе ФОМС. Медицинская помощь по полису ОМС во всех регионах оказывается бесплатно и в полном объёме, как это предусмотрено программой государственных гарантий.

«Ежегодное увеличение финансирования обеспечивает рост

объёмов и доступность бесплатной качественной медпомощи вне зависимости от территории проживания застрахованного. При этом система ОМС – не только про лечение болезни, она ещё про сохранение здоровья и качества жизни застрахованных. Предусмотренная программой госгарантий превентивная медицина, которая направлена на профилактику заболеваний и раннее выявление рисков, помогает людям сохранять здоровье и жить полноценной жизнью», – сообщил журналистам председатель ФОМС Илья Баланин.

В текущем году в базовой программе ОМС впервые установлены

дополнительные нормативы на диспансерное наблюдение. Это позволяет региональным властям и территориальным фондам ОМС чётко планировать свою деятельность, в том числе с участием страховых медицинских организаций. Так, например, за 7 месяцев текущего года по отношению к аналогичному периоду 2022 г. отмечается рост объёмов профилактических медицинских осмотров на 23,6%, диспансеризации – на 72,6%, углублённой диспансеризации – на 30,3%.

Перечень медицинской помощи, доступной по полису ОМС, постоянно пополняется новыми видами

ВМП, современными способами диагностики и лечения. Среди значимых изменений в действующей программе госгарантий – в том числе увеличение на 20% объёмов ЭКО, расширение неонатального скрининга, а также возможности прохождения медицинской реабилитации для граждан с хроническими заболеваниями. Особое внимание уделено пациентам, имеющим хронические заболевания: сахарный диабет, сердечно-сосудистые и онкологические заболевания. Увеличены объёмы медицинской помощи пациентам с гепатитом С, включая дорогостоящие лекарственные препараты.

Также увеличено в 2 раза финансирование эксклюзивных операций по ОМС стоимостью от 1,6 до 8,3 млн руб. Всего на текущий год по базовой программе ОМС заложено 2,9 млрд руб.

Сергей ФЁДОРОВ.

Профилактика

Дан старт кампании по вакцинации против гриппа

На VII Восточном экономическом форуме руководитель Роспотребнадзора Анна Попова открыла всероссийскую кампанию по вакцинации против гриппа. В этом году в противогриппозной вакцине заменён один компонент для варианта гриппа H1N1.

Руководитель Роспотребнадзора отметила, что на сегодняшний день вакцина от гриппа уже доставлена в регионы России, а готовность к прививочной кампании достаточно высока. На ВЭФ-2023 на стенде Роспотребнадзора все участники смогли в специально оборудованном медицинском кабинете сделать бесплатную прививку от гриппа отечественной вакциной с актуальными штаммами и получить сертификат установленного образца о пройденной процедуре.

В соответствии с постановлением главного государственного санитарного врача РФ в этом году, как и ранее, необходимо привить не менее 60% совокупного населения РФ и 75% от групп риска. К группам риска относятся работники медицинской и образовательной отраслей, пожилые люди, граждане с ослабленным иммунитетом и хроническими заболеваниями, а также маленькие дети. До 1 октября регионы должны оценить готовность медицинских организаций к работе в период подъёма заболеваемости. Нужно обеспечить поддержание неснижаемого запаса противовирусных лекарств, дезинфекционных средств и средств индивидуальной защиты в аптечной сети и медицинских организациях.

Владимир ЧЕРНОВ.

Криминал

Арестован экс-директор НИИ вакцин и сывороток

Суд в Санкт-Петербурге постановил заключить под стражу бывшего директора Санкт-Петербургского НИИ вакцин и сывороток Виктора Трухина. Об этом сообщила объединённая пресс-служба судов города.

Отмечается, что Смольнинский районный суд Санкт-Петербурга вынес постановление об избрании меры пресечения в виде заключения под стражу по 7 ноября в отношении В.Трухина, подозреваемого в совершении преступления, предусмотренного частью 4 статьи 160 УК РФ («Присвоение или растрата в особо крупном размере»).

По версии следствия, Трухин причинил предприятию, которое возглавлял, ущерб на сумму 436,7 млн руб. Он не признаёт вину в инкриминируемом ему преступлении, но при этом сотрудничает со следствием.

Ранее сообщалось, что Трухина уволили с должности директора Санкт-Петербургского научно-исследовательского института вакцин и сывороток ФМБА России после плановой проверки.

Юрий ДАНИЛОВ.

Подписка-2024

Уважаемые читатели!

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

Подписные издания

- ✓ Официальный каталог «Почта России» на первое полугодие 2024 г.;
- ✓ Электронный каталог «Почта России».

Подписные индексы:

ПН016 – на год
ПН014 – на месяц.

- ✓ Каталог периодических изданий – газеты и журналы, первое полугодие 2024 г. («Урал-Пресс»).

Юридические лица могут подписаться через отделы подписки региональных почтамтов.

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

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

Маршрут определён

– На основании поручения главы Республики Саха (Якутия) А.С.Николаева был принят ряд нормативных документов Министерства здравоохранения республики, определена схема маршрутизации участников СВО в медицинские организации региона. Наш центр не стал исключением. Были выделены места в отделении медицинской реабилитации круглосуточного пребывания в Якутске и Абалахском отделении медицинской реабилитации в п. Нижний Бестях. Кроме того, эта работа ведётся и в амбулаторно-поликлиническом отделении медицинской реабилитации для взрослых, и в дневном стационаре в Якутске.

– Наверное, к вам попасть сложно – нужно сидеть в очередях в поликлиниках, пройти целую группу врачей, сдать непомерное количество анализов.

– Нет, к нам попадают сразу же в день обращения. Любой участник СВО может прийти в Единый центр поддержки и сопровождения пациентов Минздрава Республики Саха (Якутия). Участники спецоперации, живущие в районах, приезжают в Якутск, приходят в отделение спортивной медицины нашего центра или поликлинику № 1 Якутска, где тут же проходят осмотр и небольшие диагностические исследования. Сразу же, в течение дня они получают направление на оказание реабилитационной помощи в наших отделениях. Кроме того, у нас работает горячая линия.

Мы также оказываем специализированную медицинскую помощь и родственникам участников спецоперации, и их детям.

– Вы лечите психологические травмы?

– Не только. Мы занимаемся их хроническими заболеваниями, причем как в амбулаторных, так и в стационарных условиях центра.

Их называют командой

– Расскажите, пожалуйста, о ваших врачах...

– Медицинская реабилитация проводится мультидисциплинарной реабилитационной командой – МДРК. Она формируется в соответствии с индивидуальным планом для каждого пациента. В состав МДРК входят врач по физической и реабилитационной медицине, специалист по физической реабилитации, специалист по трудотерапии, медицинский психолог/врач-психотерапевт, медицинский логопед, медицинские сестры.

Задача специалистов – найти самый выраженный сегмент повреждения у пациента для последующей эффективной медицинской реабилитации.

К нам поступают после госпиталя и лечения минно-взрывных,

осколочных ранений, переломов и повреждения связок, с психологическими травмами. В структуре заболеваемости участников СВО первое место занимают последствия травмы – 59,3%, второе – энцефалопатии, третье – артропатии.

Мы составляем индивидуальные программы восстановления и ведем постоянный контроль

мышечной системы, центральной нервной системы, соматические заболевания.

– Входит ли в программу реабилитации участников СВО лечебная гимнастика?

– Обязательно. Комплекс упражнений мы подбираем с учетом состояния здоровья и сопутствующих хронических заболеваний. Обычно он включает

и методы, что и для подготовки олимпийских чемпионов.

При поражении опорно-двигательной системы врач физической реабилитационной медицины в зависимости от состояния пациента назначает механотерапию, восстановительные упражнения с помощью специальных средств, таких как аппараты «Артромот», «Ормед-Флекс», тренажеры с

быстрому рассасыванию поврежденной мускулатуры, повышает эмоциональный тонус пациентов.

Также применяются физиотерапевтические методы лечения: высокочастотная лазеротерапия, магнитотерапия на аппарате «Магнитотурботрон», электрофорез с лекарственными препаратами и рапой, УФ-терапия, светотерапия, ингаляции лекар-

Прямая речь

Марш-бросок к здоровью



Отразить контратаки, нанести высокоточные удары возмездия, удержать плацдарм, пройти ротацию подразделений, вырыть окопы – для большинства из нас это всего лишь слова, точнее, информация с экранов телевидения, из интернета или СМИ. Но не для них. Десятки участников СВО, демобилизованных или тех, кто находится на долечивании после госпиталей и вернется на линию огня, проходят реабилитацию вдалеке от линии боевых действий, в 8 тыс. км, на родной якутской земле.

С апреля 2022 г. Республиканский центр медицинской реабилитации и спортивной медицины Республики Саха (Якутия) оказывает помощь участникам спецоперации, решая важнейшие задачи поддержания и восстановления их здоровья.

Мы попросили рассказать об этом главного врача центра, заслуженного работника здравоохранения Республики Саха (Якутия), отличника здравоохранения РФ Кюнна НАЗАРОВУ.

ственными препаратами. Все методы даже сложно перечислить. Это, например, электросон: глазнично-сосцевидная методика с двуполярным импульсом; экстракорпоральная магнитная стимуляция мышц тазового дна на аппарате «Авантрон»; синусоидальные моделированные токи на пояснично-крестцовый отдел позвоночника; диадинамические токи на поясничный отдел позвоночника; душ Шарко и солнечная стимуляция.

Физиотерапевтические методы лечения назначаются с учетом противопоказаний.

Применяем новейшие технологии

– Что значит применение новых технологий с использованием методики биологической обратной связи?

– У нас открыты кабинеты клинических психологов, консультации которых успешно используются при медицинской реабилитации участников специальной военной операции и членов их семей. Реабилитационный потенциал при этом значительно возрастает.

С 2022 года действует региональная программа Республики Саха (Якутия) «Оптимальная для восстановления здоровья медицинская реабилитация на 2022-2030 гг.», которая позволяет оснастить и переоснастить отделения медицинских организаций, осуществляющих медицинскую реабилитацию, современным оборудованием, проводить профессиональную переподготовку специалистов.

В течение 2022 года центром по этой программе было приобретено 43 единицы медицинского оборудования. В рамках программы 20 специалистов центра прошли профессиональную подготовку. Среди них 12 средних медицинских работников и 8 врачей. В результате мы внедрили в отделениях центра 24 новые методики, которые также применяются при проведении медицинской реабилитации участников СВО и членов их семей.

Кроме того, в настоящее время формируется медико-техническое задание, определяется потребность оборудования для осуществления концессионного строительства в Якутске реабилитационного центра на 210 коек с поликлиникой на 269 посещений в смену. Строительство и ввод этого центра существенно улучшит доступность и значительно повысит качество оказания медицинской реабилитационной помощи населению, обеспечит широкое внедрение новейших медицинских реабилитационных технологий.

В настоящее время оказание медицинской помощи как участникам СВО, так и членам их семей является приоритетным для нашего центра.

Елена СЛУГИНОВА,
внешт. корр. «МГ».

за эффективностью проводимых нами лечебных мероприятий. Основной принцип работы центра – комплексный подход в реабилитации пациента.

В центре работают высококвалифицированные врачи, прошедшие аккредитацию по физической и реабилитационной медицине. В лечении мы используем также местную природную, лечебную грязь и рапу с озера Абалах.

Как восстановить боеспособность

– Наверное, есть такие пациенты, которые после прохождения реабилитации вернутся в зону боевых действий. Как вам удаётся справиться с полноценным восстановлением их здоровья и боеспособности?

– Это непросто. Специалисты центра работают над восстановлением функций пострадавшей системы организма, повышением резервных возможностей, снижением влияния факторов риска различных заболеваний, поддержкой психологического состояния.

Медицинская реабилитация осуществляется по профилям: нарушения функций периферической нервной системы, костно-



Экзарта

специальные дыхательные упражнения, которые направлены на улучшение кровотока и лимфообращения.

Лечебная физкультура проводится под контролем показателей ЧСС, ЧД, АД и сатурации до и после занятий. Пациентов делят на четыре группы по интенсивности упражнений в зависимости от состояния здоровья и поражения органов и систем.

Оборудование для чемпионов

– Кюнна Николаевна, вы главный внештатный специалист по спортивной медицине Дальневосточного федерального округа. Как это «отражается» на работе вашего центра?

– Дело в том, что у нас функционируют отделение спортивной медицины и отделение адаптивной физической культуры. Специалисты отделения помогли десяткам талантливых и уникальных спортсменов. Это призеры и чемпионы различных соревнований – олимпиад, чемпионатов мира, Европы, российских соревнований. Мы из года в год работали над тем, чтобы иметь оборудование мирового уровня. Далеко не во всех регионах страны есть такое уникальное оборудование, как в Якутии. И конечно, мы применяем его и для реабилитации участников СВО, используем те же самые приёмы

параллельными брусками «Орто-рент», эллиптический тренажёр с целью улучшения подвижности суставов, отдельных мышц и их групп для увеличения функциональной адаптации больного.

Кинезиотерапевтические установки REDCORD и «Экзарта» предназначены для выполнения упражнений в подвешенном состоянии для снятия болевого синдрома и восстановления объёма движений в позвоночнике и суставах.

HUBER 360 MD – система современной нейромусcularной диагностики и реабилитации позволяет проводить полный цикл реабилитации, от диагностики и начального этапа восстановления до силового укрепления мышц. Главное преимущество этой системы заключается в наличии готовых протоколов терапии и возможности точной работы с различными группами мышц – без воздействия на другие. Всё это происходит под пристальным контролем врача физической реабилитационной медицины, инструкторов ЛФК, медсестёр по медицинской реабилитации.

В реабилитационных мероприятиях высока роль массажа. Массаж тела с элементами перкуссии и миофасциального релиза различных групп мышц, с коррекцией мышечных триггеров мускулатуры способствует улучшению кровообращения в тканях,



Турботрон

17 сентября отмечается **Всемирный день безопасности пациента. Он был учреждён для поощрения международной солидарности медицинского сообщества в действиях, направленных на снижение вреда для пациентов во всём мире. В России флагманом внедрения новых медицинских технологий является Сеченовский университет, в составе которого работает крупнейший в России и Восточной Европе Клинический центр. Для повышения безопасности медицинской деятельности в университете разработана и внедрена система повышения качества и безопасности работы с пациентами, которая получила название «Сеченовский стандарт». Подробнее об этом мы поговорили с ректором Первого МГМУ Петром ГЛЫБОЧКО.**

– Пётр Витальевич, при нынешнем развитии медицинских технологий проблема безопасности пациентов всё ещё актуальна?

– Я бы сказал, что с развитием технологий и появлением сложной медицинской техники эта проблема стала лишь острее. Человеческий фактор никто не отменял. По данным ВОЗ, в мире ежегодно умирает порядка 2,6 млн пациентов из-за небезопасного оказания медицинской помощи – внутрибольничных инфекций, врачебных ошибок, например введения не того препарата или дозировки, несчастных случаев при использовании сложной медицинской техники, несвоевременного оказания помощи и т.д. Поэтому проблема качества и безопасности оказания медицинской помощи по-прежнему актуальна во всём мире.

Безопасность пациента – это не только правильно и качественно оказанная медицинская помощь. Не меньшее значение имеет среда медицинской организации – планировочные решения, удобные для пациента, в том числе пожилого или имеющего ограниченные возможности, организация потоков персонала, пациентов и посетителей, минимизирующая риск возникновения инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи. Хорошо известно, что во многих крупных госпиталях за рубежом число дней, в течение которых не возникло ни одного случая инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи, отслеживается и является одним из ключевых критериев эффективности. Безопасность пациента, таким образом, начинается на этапе проектирования медицинской организации и требует интегральных решений – нам ещё только предстоит начать идти по этому пути. В противном случае спрашивать за безопасность пациента только с медицинского персонала будет заведомо малоэффективно. Очень важно, что в последние годы все мероприятия, направленные на повышение безопасности пациента, всегда получают реальную поддержку руководства Минздрава России и Росздравнадзора.

Чтобы повысить безопасность медицинской деятельности, в мире применяются различные стандарты. Наиболее известные из них – стандарты JCI. До недавнего времени аккредитация по JCI признавалась как «высший уровень» качества здравоохранения. Но она не является обязательной, поэтому во многих странах разработаны собственные национальные стандарты.

– Клинический центр Сеченовского Университета аккредитован по стандартам JCI?

– Мы начали мероприятия по аккредитации, но по понятным причинам сегодня пришло вре-

мя разрабатывать и внедрять собственные стандарты безопасности пациента. Постоянное совершенствование качества и безопасности медицинской деятельности – один из ключевых элементов стратегии развития нашего Клинического центра. В прошлом году мы провели аудит на соответствие стандарту Joint Commission International (JCI) во всех подразделениях Клинического центра. Это позволило

Второе – это повышение качества коммуникации между медицинскими работниками, исключающей неточную передачу информации. Например, чтобы медсестра, не расслышав указания врача, не перепутала дозировку препарата. Или чтобы лаборант, получив критический жизнеугрожающий результат анализа пациента, чётко знал, куда и как быстро он должен передать эту информацию. Это очень важ-

зданий, информационная безопасность, вовлечение и обучение пациентов и т.д.

– Как у вас выстроена работа по внедрению новых стандартов в каждодневную клиническую деятельность, коллектив поддерживает эти начинания?

– Не просто поддерживает, а активно участвует в разработке новых стандартов. Работа по внедрению международных стандартов качества и безопас-

ности получаемой медицинской помощи.

– Могут ли другие медицинские учреждения позаимствовать ваши наработки?

– Разумеется! Мы провели большую работу, объединив многолетний опыт, наработки и правила безопасности работы клиник в единый документ – «Сеченовский стандарт». И готовы активно им делиться. В рамках продвижения лучших практик обеспечения каче-

В центре внимания

«Мы формируем новую культуру безопасности пациентов»

Ректор Первого МГМУ Пётр Глыбочко – о Сеченовском стандарте качества и безопасности медицинской деятельности



выявить как сильные стороны, так и области для улучшения. В результате мы сформировали план мероприятий для улучшения деятельности по разным направлениям. Внедрять его будут более 15 рабочих групп. Эти мероприятия охватывают все аспекты обеспечения качества и безопасности медицинской деятельности: от пациентоориентированности до обеспечения безопасности зданий и инфраструктуры.

– В каких именно направлениях вводятся стандарты качества?

– У нас внедрены все шесть международных целей по обеспечению безопасности пациентов, которые являются приоритетными для систем здравоохранения всех стран мира.

Первое направление – это повышение точности идентификации пациентов, которая призвана исключить ошибки. Например, случаи введения человеку не того лекарственного препарата или проведения ему «чужой» операции. В Клиническом центре Сеченовского Университета для этого используют специальные идентификационные браслеты, в которых «зашита» вся информация о пациенте и его назначениях.

ности – сложный и многогранный процесс, который подразумевает изменения сложившейся за долгие годы практики. Без активной поддержки, без вовлечения в эту идею коллектива реализовать такой проект не получится. Поэтому в рамках управления изменениями все члены наших рабочих групп приняли активное участие в обучении процессному и рискориентированному подходу в здравоохранении. На практике, в группах, используя FMEA-анализ, анализировали вероятность возникновения рисков в процессах и разрабатывали предложения их минимизации или профилактики.

В прошлом году мы провели конкурс «Сеченовцы за безопасность», приуроченный ко Всемирному дню безопасности пациентов. В нём участвовали представители всех подразделений Клинического центра, номинациями конкурса были: «лидер качества и безопасности в стационаре» и «лидер качества и безопасности по оказанию медицинской помощи в амбулаторных условиях».

Целью конкурса было разработать наиболее простую, не ресурсоёмкую, но максимально эффективную меру обеспечения качества и безопасности медицинской деятельности. В ходе конкурса командами были разработаны и защищены такие проекты, как: автоматизация «красных флагов» для мониторинга состояния пациентов и повышения эффективности коммуникации при передаче критических результатов, навигационные QR-коды для маршрутизации пациентов, повышение хирургической безопасности за счёт интегрированного чек-листа, инструменты стандартизированной коммуникации с пациентами, испытывающими болевой синдром, проекты «Всё в руках человека» с целью снижения уровня инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи, и другие проекты, которые продемонстрировали высокую заинтересованность работников Клинического центра в повышении качества и безопасности медицинской деятельности.

У нас разработаны наглядные материалы для медицинских работников по вопросам повышения эффективности коммуникации с пациентами, а также для пациентов – по вопросам повышения

ста и безопасности медицинской деятельности сотрудники нашего университета проводят образовательные программы для медицинских университетов. Например, нами был разработан и проведён курс по качеству и безопасности медицинской деятельности для ряда медицинских вузов, подведомственных Минздраву России. Сейчас мы планируем масштабировать эту работу и передавать эти программы другим медицинским университетам, а в дальнейшем и клиникам.

Наша общая задача – сформировать в России новую культуру безопасности медицинской деятельности, основанную на чётких проверенных стандартах. Начали эту работу, как говорится, с себя. Недавно на базе нашего Клинического центра было впервые в отечественной практике проведено исследование уровня культуры безопасности по адаптированной международной методологии Agency for Healthcare Research and Quality. В исследовании участвовало порядка 1050 человек, что показало высокий уровень вовлечённости медицинских работников.

С удовлетворением хочу отметить, что полученный показатель уровня культуры безопасности Клинического центра (64%) выше, чем усреднённый показатель по странам Организации экономического развития и сотрудничества (52%).

Считаю, что безопасность пациента – наш приоритет на ближайшие годы с точки зрения совершенствования организационных решений в медицинских организациях, научных исследований и разработок. Вопросы безопасности пациента, безусловно, должны находить своё отражение в образовательных программах для студентов и ординаторов медицинских вузов, а также всё шире внедряться в дополнительное медицинское образование для медицинских работников. Убеждён, что разработчиками, полигоном для испытаний и – самое главное – идеологом новых эффективных решений по безопасности пациентов должны стать университетские клиники вузов, подведомственных Минздраву России.



Беседу вёл
Игорь КУЛЕШОВ.

Эта тема окутана многочисленными мифами. И у медицинского сообщества, и у родителей немало вопросов по поводу вакцинации таких пациентов. Дать ответы на них постарались эксперты в ходе научно-практической конференции «Время жить».

Несмотря на последовательную многолетнюю разьяснительную работу Союза педиатров России и других профессиональных ассоциаций, аллергические заболевания остаются частой необоснованной причиной отвода от вакцинации. Однако на современном этапе их рассматривают как дополнительное показание к вакцинации, поскольку в результате инфекционного поражения возрастает риск обострения и осложнённого течения болезни. Поэтому, например, при бронхиальной астме прививка против такой инфекционной патологии, как грипп, пневмококковая инфекция, необходима.

– В настоящее время вакцинация лиц с аллергическими заболеваниями безопасна, – считает руководитель НИИ педиатрии и охраны здоровья детей Научно-клинического центра № 2 РНЦХ им. Б.В.Петровского, главный внештатный детский специалист по профилактической медицине Минздрава России, президент Союза педиатров России, академик РАН Лейла Намазова-Баранова. – Для того чтобы всё прошло гладко, следует тщательно собрать анамнез.

Существует миф, дескать, вакцинация может способствовать развитию аллергических заболеваний, что в корне неправильно. Наоборот. Есть даже данные, что, например, вакцинация БЦЖ препятствует их возникновению. Пока, правда, это не доказано. Но установлено, что вакцинированные пациенты с аллергическими заболеваниями лучше защищены от развития инфекционной патологии, это позволяет достичь хорошего контроля над заболеваниями, длительной ремиссии, повышает качество жизни.

Один из распространённых мифов – об осложнениях вакцинации у пациентов с аллергией. Хотя на самом деле всё обстоит иначе.

Как отметила ведущий научный сотрудник НИИ педиатрии и охраны здоровья детей, аллерго-иммунолог, кандидат медицинских наук Камилла Эфендиева, сегодня известно, что аллергические реакции на вакцины встречаются редко. В основном это реакции на вспомогательные вещества, входящие в состав вакцин, а не на бактериальные или вирусные антигены или анатоксины. Поэтому задача педиатров, аллерго-иммунологов и других специалистов – знать состав вакцин, все их ингредиенты, тщательно собирать анамнез, чтобы выявить факторы риска развития анафилактических реакций у конкретного пациента. Частота которых, по данным различных исследований, составляет от 0,3 до 2,1 на миллион доз вакцин. И, к сожалению, их трудно предсказать.

Когда надо быть особенно внимательным

По словам специалиста, для анафилактики, которой обычно боятся доктора, характерно острое начало. Как правило, симптомы появляются через несколько минут после введения вакцины, в большинстве случаев в первые полчаса, поэтому обязательно наблюдение пациента в течение данного времени. При этом поражаются кожные покровы в виде крапивницы, зуд, отёков в сочетании как минимум с одним из следующих проявлений: внезапное снижение артериального давления, со стороны дыхательной системы – бронхоспазм, одышка, затруднённое свистящее дыхание, со стороны желудочно-кишечного тракта – боли, рвота и др.

Впрочем, анафилаксия может проявляться лишь падением артериального давления после воздействия аллергена. Снижение

систолического АД более чем на 30% считается её признаком. Обычно распознать анафилаксию несложно. Однако порой её приходится дифференцировать со многими другими состояниями, в том числе с вазовагальными реакциями. В некоторых случаях, полагает К.Эфендиева, возможно определение уровня триптазы – маркера дегрануляции тучных клеток, который повышается через 15 минут после развития анафилаксии и держится в течение 3 часов. Поэтому нужно определять уровень триптазы в данный промежуток времени, а также через 48 часов после разрешения симптомов анафилаксии. Считается, что по-

следовые количества белка коровьего молока – казеина. Однако многолетний опыт показал, что подавляющее большинство пациентов даже с выраженной аллергией на казеин достаточно благоприятно переносят указанные вакцины, без каких-либо аллергических реакций.

А в пероральной полиомиелитной вакцине содержатся следы альфа-лактальбумина, но они настолько малы, что случаи подтверждённой анафилаксии встречаются очень редко.

Вакцинируя против гриппа пациентов с аллергией, доктора опасаются реакции на белок куриного яйца, поскольку противогриппозные вакцины содержат овальбумин.

и после вакцинации для профилактики развития аллергических реакций в настоящее время не применяется. Поскольку они никаким образом не влияют на развитие анафилаксии. Это же утверждение относится и к неспецифической гипоаллергенной диете. (Кстати, от неё сегодня пытаются отойти.) Если у ребёнка диагностирована пищевая аллергия, то в день вакцинации и несколько дней после неё не стоит расширять диету с применением доказанного аллергена, чтобы можно было дифференцировать реакцию на вакцинацию и на причинно-значимый аллерген.

– Подчеркну, что аллергологический скрининг перед иммуни-

На сегодняшний день доказательной базы о возможности совмещения вакцинации и АСИТ не существует, поскольку рандомизированные клинические исследования не проводились.

– Имеющиеся рекомендации основаны именно на фундаментальных понятиях о патогенетических изменениях, которые происходят как при воздействии аллергена в препарате для аллергенспецифической иммунотерапии, так и при воздействии антигена при вакцинации. Действительно, оба вмешательства специфические, но они не предполагают прямого взаимодействия, – отметила Е.Вишнева.

Акценты

Знания побеждают страх

Вакцинация лиц с аллергическими заболеваниями важна и безопасна



вышение значений на 20% выше базового уровня плюс 2 мкг на литр подтверждает активацию тучных клеток. Хотя нормальный уровень сывороточной триптазы не исключает диагноза анафилаксии.

Препаратом выбора для лечения анафилаксии является адреналин. К сожалению, его не всегда применяют, отдавая предпочтение глюкокортикоидам, что не оптимально, поскольку они действуют не сразу, а здесь нужна немедленная первая помощь. В России зарегистрированы разные растворы адреналина с разными условиями хранения (до 15 градусов и при комнатной температуре), на что обязательно надо обращать внимание, ведь препарат разрушается под воздействием света, тепла и других факторов.

Что касается антигистаминных средств, особенно первого поколения, то их введение, как отметила К.Эфендиева, рекомендуется только после стабилизации давления, потому что они способствуют снижению АД, что ещё больше может ухудшить ситуацию.

Анафилактическую реакцию следует дифференцировать с вазовагальной, часто встречающейся в педиатрической практике. Первая развивается в течение 30 минут. А вторая в большинстве случаев возникает сразу после введения, либо, как говорят, на игле. Надо ещё обращать внимание на проявления со стороны других органов, например органов дыхания. При анафилактической реакции могут быть свистящие хрипы, а при вазовагальной этих симптомов нет.

Виноваты вспомогательные вещества

Чаще всего аллергические реакции возникают именно на вспомогательные компоненты вакцин: эмульгаторы, стабилизаторы, консерванты и др., а также на белки коровьего молока, куриных и перепелиных яиц, желатин, дрожжи и аминокислоты.

В составе клеточных и бесклеточных вакцин против коклюша, дифтерии, столбняка присутствуют

Однако большинство задокументированных аллергических реакций зарегистрированы много лет назад и были связаны с большим содержанием овальбумина, чем современные. В последние годы серьёзно изменилось производство, установлена пороговая доза для данного белка, ниже которой иммунная система не реагирует на антиген. Она составляет 0,12 мкг/мл. А все современные противогриппозные вакцины содержат меньше пороговой дозы, поэтому, как утверждает К.Эфендиева, могут безопасно применяться у лиц с аллергией на куриный белок.

Специалист акцентировала внимание педиатров на том, что предварительное аллергологическое обследование при вакцинации от гриппа пациентам с аллергией на белок куриного яйца не требуется.

Часто задаваемый вопрос – вакцинация против кори, краснухи, паротита пациентов с аллергией на белок куриного яйца. По словам К.Эфендиевой, зарубежная комбинированная вакцина содержит крайне низкую концентрацию овальбумина и не представляет опасности для таких пациентов. А в отечественной используются перепелиные эмбрионы. К сожалению, точная концентрация белка в ней неизвестна. Поэтому пациентам именно с анафилактическими реакциями она не рекомендуется. Речь здесь не идёт о детях с пищевой аллергией на белок куриного яйца, у которых отмечаются различные высыпания, зуд, – это не является противопоказанием.

В последние годы широко обсуждается аллергия на латекс. Однако он не входит в состав вакцин. Но может присутствовать в пробках флаконов, в поршне шприцев, и нужно быть внимательными, вакцинируя пациентов с данной аллергией, хотя в литературе описан всего лишь один такой случай.

Наличие атопии, семейного анамнеза, бронхиальной астмы не служат противопоказанием для вакцинации.

Рутинное назначение антигистаминных препаратов до, во время

защитой не проводится. Потому что даже если мы выявили специфический IgE в анализе крови, это не говорит о том, что, возможно, у пациента будет реакция, – отметила К.Эфендиева. – Вакцинацию пациентов с аллергическими заболеваниями мы рекомендуем проводить только в период ремиссии и хотя бы частичного контроля над аллергическим заболеванием. Абсолютными противопоказаниями являются анафилактические реакции на предыдущее введение вакцины, а также на вспомогательные компоненты, которые входят в их состав.

Одно другому не мешает

– У нас есть все инструменты для вакцинации пациентов с аллергическими заболеваниями, – подчеркнула Л.Намазова-Баранова.

К сожалению, число таких лиц с каждым годом увеличивается. Но наука тоже не стоит на месте. Разрабатываются новые методы лечения. Сегодня достаточно широко применяется аллергенспецифическая иммунотерапия (АСИТ) аллергического ринита, бронхиальной астмы и других подобных заболеваний. Она позволяет улучшить контроль над болезнью, избежать нежелательных побочных явлений фармакотерапии, снизить потребность в симптоматическом лечении.

Как известно, аллергенспецифическая иммунотерапия подразумевает постепенное введение в организм по определённой схеме всё возрастающих доз аллергенов, которые значимы для конкретного пациента. Со временем это приводит к нормализации ответа иммунной системы, то есть организм перестаёт реагировать на аллерген, привыкая к нему.

– Достижение толерантности помогает пациентам справиться с симптомами болезни. И не просто справиться, а справиться в долгосрочной перспективе за счёт тех иммунных изменений, которые происходят под воздействием аллергенспецифических препаратов, – напомнила доктор медицинских наук, заместитель руководителя по научной работе НИИ педиатрии и охраны здоровья детей НКЦ № 2 РНЦХ им. Б.В.Петровского, профессор кафедры факультетской педиатрии педиатрического факультета РНИМУ им. Н.И.Пирогова Елена Вишнева.

Продолжительность АСИТ достигает в среднем 3 лет. Схема предполагает две фазы: инициации (препарат с аллергеном вводят с постепенным увеличением дозы до максимально возможной) и поддерживающей.

Пациенты, длительно получающие аллергенспецифическую иммунотерапию, тоже могут быть вакцинированы, при соблюдении определённых условий.

По её словам, многие инструкции для препаратов АСИТ предусматривают возможность проведения вакцинации без прерывания лечения. Но в них содержится чёткое указание на то, что решение принимает врач.

Международные руководства не рекомендуют проводить инъекционную аллергенспецифическую иммунотерапию и вакцинацию в один день.

Плановую вакцинацию рекомендуется сделать до начала подкожной иммунотерапии или через 7-14 дней после завершения курса. На этапе наращивания доз АСИТ её выполнение нежелательно.

Если возникла необходимость в вакцинации по экстренным показаниям, то возобновление подкожной аллергенспецифической терапии возможно через 7-14 дней с повторением последней введённой дозы лечебного аллергена или с возвращением на 1-2 шага назад. Но здесь ключевая фигура – лечащий врач, который оценивает состояние пациента. Он может принять решение – на какое количество шагов назад по концентрации АСИТ можно отступить. Конечно, в особых эпидемиологических условиях вакцинация является приоритетной.

При долгосрочном проведении АСИТ уже на поддерживающей фазе не рекомендовано введение в один день лечебного аллергена и профилактической вакцины. Интервал может быть небольшим, но желательно соблюдать недельный промежуток.

По поводу сублингвального введения препаратов для АСИТ Е.Вишнева заметила, что не рекомендуется проведение вакцинации на этапе наращивания дозы. Но в условиях эпидемиологического неблагополучия вакцинация выступает в качестве приоритета. Временные промежутки прерывания сублингвальной иммунотерапии на этапе уже поддерживающей дозы меньше, чем для инъекционных форм.

– Мы не рекомендуем проводить вакцинацию в один день с введением сублингвального препарата, необходимо соблюдать промежуток 1-3 дня, в том числе и после вакцинации субъединичными или инактивированными вакцинами, – сказала она. После вакцинации живыми вакцинами промежуток более длительный – 10-14 дней.

Что касается туберкулинодиагностики (проба Манту, диаскинтест), то здесь данное вмешательство следует осуществлять до начала АСИТ или уже после её окончания.

Словом, благодаря знаниям специалисты успешно вакцинируют пациентов с аллергическими заболеваниями даже в самых сложных случаях.

Валентина ЕВЛАНОВА.

Подводятся итоги приёмной кампании в медицинские вузы, а их руководители адаптируют нововведения и корректируют последствия общеполитической обстановки. Об этом нашему корреспонденту Альберту ХИСАМОВУ рассказал ректор Казанского ГМУ профессор Алексей СОЗИНОВ.

Абитуриент должен понимать, что идёт в профессию, требующую полной отдачи

– Алексей Станиславович, начался новый учебный год, первокурсники приступили к учёбе. Расскажите об итогах нынешней приёмной кампании.

– По итогам нынешней приёмной кампании, Казанский медуниверситет вошёл в тройку самых востребованных медицинских вузов страны: на одно место было подано порядка 20 заявлений. Впрочем, для нас важны не цифры как таковые. Гораздо важнее, чтобы абитуриент понимал, что идёт в профессию, требующую от него полной отдачи, обладания не только крепкими знаниями, но и высокими моральными качествами. Окончательно результаты поступления в вуз нам ещё предстоит проанализировать, но одно могу утверждать точно – впечатления от нового поступления в целом положительные!

Не могу не сказать и о приёме ординаторов. В СМИ были публикации о проведении дополнительного набора по программам ординатуры во многих медицинских вузах, включая столичные. На фоне этого для нас важно, что в Казанском ГМУ план приёма выполнен на 100%. Ещё одна особенность – это доля целевого набора ординаторов: более 80% от их общего числа.

Отличалась ли приёмная кампания от предыдущих?

– Главная особенность приёмной кампании – 2023 – это возврат к системе приоритетов: абитуриент, подавший документы на несколько специальностей в одном вузе, указывает предпочтительные для себя направления. Это крайне важно, поскольку определяет для абитуриента его приоритеты, а для приёмной комиссии – определённые действия.

Напомню и о том, что приём документов в вуз происходил посредством электронных коммуникаций. Человек из любой точки в любое время мог отследить, что происходило с его заявлением. Для абитуриента это, конечно, гораздо удобнее, чем традиционная форма подачи.

Вы упомянули о целевом наборе ординаторов. Как вы лично относитесь к практике целевого обучения? Оправдывает ли она себя?

– Значительная доля поступающих по договорам целевого обучения – общая особенность для всех медицинских вузов. В Казанском ГМУ эта цифра в целом составила 64%, а по таким специальностям, как «лечебное дело», «педиатрия», «стоматология», была на уровне 75-77%. Да, у целевого обучения много оппонентов, выдающих в нём коррупционные риски и низкую эффективность. Однако учитывая возможный переход к обязательному распределению, – а об этом сейчас говорят много – я считаю систему целевого обучения достаточно эффективной и в современных условиях единственным работающим инструментом. Целевой набор – это система, которая может серьёзно повлиять на трудоустройство выпускников после вуза или ординатуры. Проиллюстрирую это на конкретных цифрах. За 3 предыдущих года из 330 «целевиков», обучавшихся у нас по специальностям «лечебное дело» и «педиатрия», не приступили к работе 25 человек, то есть всего 7%. И причиной этому в основном были либо декретный отпуск выпускницы, либо переезд к месту жительства мужа.

Бесспорно, институт целевого обучения реально работает!

Много ли заказчиков у Казанского медуниверситета?

– У нас 24 заказчика. Это не только Татарстан и регионы Приволжья, но и весьма отдалённые субъекты, в том числе Камчатка, Ямало-Ненецкий и Ханты-Мансийский автономные округа. В число наших отраслевых заказчиков входят РЖД, Федеральная служба исполнения наказаний и другие ведомства, нуждающиеся в медицинских кадрах.

Всё лучшее от Болонской системы необходимо сохранить

– Какой вы видите национальную систему высшего образования, которая может прийти на смену Болонской?

растительность, понять сырьевые ресурсы другого региона. Для казанского студента увидеть лекарственные растения Приморского края – ценная возможность, как и студенту Тихоокеанского медуниверситета познакомиться с флорой Средней Волги. Так или иначе, взять и целиком поставить крест на принципах Болонского процесса в корне неверно.

Даже коллеги из недружественных стран ищут способы сохранения связей с нами

– Как сегодня строится международное сотрудничество Казанского медуниверситета? Смени-



Главный учебный корпус Казанского ГМУ

Из первых уст

Сентябрьский расклад

Цели – ясны, ожидания – оптимистичны



Алексей Созинов

лись ли векторы международной деятельности вуза после введения антироссийских санкций?

– Говорить о том, что последствий обострения геополитической обстановки мы не ощутили, было бы неправдой – сейчас мы находимся в поиске эффективных аналогов, иных подходов к проведению исследований и разработок, сохраняя при этом контакты с нашими зарубежными партнёрами. Наука не имеет границ, и представители североамериканских, европейских стран

– Их доля не уменьшается, и в обозримом будущем вряд ли снизится. География российского образовательного рынка обширно представлена дружественными странами – государствами Азии, Африки, Латинской Америки, арабских стран, они приезжают к нам с удовольствием, их число постоянно растёт. У меня нет ни малейшего сомнения, что все планы по формированию иностранного контингента будут выполнены. Более того, мы видим увеличение интереса к поступлению в ординатуру. У нас есть серьёзная перспектива роста поступления китайских граждан для обучения. Хотя здесь в первую очередь необходимо решить языковой вопрос. Члены делегации из китайской провинции Шаньдун, с которой мы недавно встречались, выразили желание обучаться на русском языке – с учётом глобальных геополитических тенденций в Поднебесной вырос интерес к

твности, не квалификационные работы, а получение готового продукта. В нашем случае это изделия медицинского назначения, лекарственные средства, устройства, применимые к охране здоровья людей. На такой понятный подход в настоящее время переориентируются все вузы страны, не только медицинские.

У нас резко увеличилось количество полученных патентов. Кроме того, появился опыт, которого ранее не было, – мы продаём лицензии, заключаем лицензионные соглашения на использование результатов интеллектуальной деятельности. Пока их немного, но процесс идёт. По-другому достичь импортозамещения и тем более импортоопережения невозможно.

В то же время важно сохранить внимание к фундаментальной науке, без которой не может существовать никакая прикладная наука. Среди наших успешных новаций – генно-клеточные препараты, направленные на профилактику и лечение ишемии головного мозга, улучшение репарации при травмах спинного мозга, разработка систем доставки лекарственных средств, в том числе трансмукозальной – через слизистую носа, способ прогнозирования риска атеросклеротического поражения сосудов у детей, технологии здоровьесбережения у пациентов с иммунодепрессивными заболеваниями.

Каким вы видите современного выпускника Казанского медуниверситета? Что он умеет и что хочет от профессии?

– Наши выпускники отличаются от нас, но они и не должны быть такими, как мы. Совет «сделай это сейчас, чтобы достичь успеха через годы» они не воспринимают; они для этого слишком прагматичны. Современная молодёжь как поколение в сравнении с нами имеет массу конкурентных преимуществ – широкий кругозор, знание иностранных языков, владение информационными технологиями. Наша главная задача – использовать их сильные качества на службе здравоохранению. Уверен, своё здоровье выпускникам мы доверить сможем. За казанских я точно отвечаю. Почему? Я вижу гуманитарные, искренние порывы наших студентов. Многие молодые люди с большим желанием ведут волонтерскую работу, трудятся в студенческих отрядах. Кстати, этим летом наш медицинский отряд «Девять жизней» успешно работал в Республике Беларусь. Наши студенты занимаются сбором гуманитарной помощи для ЛНР и ДНР, поддерживают участников СВО. Уверен, что мы на правильном пути.



Студенты – будущие выпускники университета

по-прежнему подтверждают приверженность сотрудничеству с российским вузом.

Уже в период СВО в заседании работающего в нашем вузе Международного совета приняли участие, конечно онлайн, представители так называемых недружественных стран. Знаменитый французский торакальный хирург, хорошо известный в России, профессор Жильбер Массар, выступая с докладом, в какой-то момент перешёл на русский язык и сказал: «Мы вас никогда не оставим!» То есть люди по другую сторону «баррикад» хотят и ищут способы сохранения дружеских и профессиональных связей с нами.

– Есть ли риск, что в ближайшем году иностранных студентов станет меньше?

обучению на языке Пушкина. Но для китайцев он слишком сложен, поэтому мы рассматриваем вариант 2-3-летнего обучения русскому языку на подготовительном отделении ещё в Китае, параллельно с занятиями в средней школе. Это потребует поддержки со стороны государственных структур. Надеюсь, получится.

За казанских выпускников отвечаю!

– Расскажите о научной деятельности вашего вуза. Какие тренды в научных исследованиях Казанского медуниверситета вы можете отметить?

– Сейчас главным мерилом научных исследований стала «продуктовая» составляющая. Важны не цифры публикационной ак-



КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 34 (2394)

(Окончание. Начало в № 36 от 13.09.2023.)

Поскольку в РКИ, проводившихся для оценки эффективности препаратов в лечении ГТР, не учитывались особенности клинических проявлений (преобладание определенных симптомокомплексов, степень ипохондризации), то имеются определённые сложности в применении их результатов при реализации персонализированного подхода в медицине. После установления диагноза ГТР пациентам в качестве первого курса в течение 4-6 недель рекомендуется либо проводить монотерапию препаратами из группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина, либо венлафаксином, дулоксетином, либо прегабалином. Вариант лечения следует выбирать индивидуально для каждого пациента с учётом психотропного и соматотропного действия препарата, возможных нежелательных явлений, психического и соматического статуса пациента, а также клинических характеристик заболевания.

Монотерапия антидепрессантами начинается с минимальных дозировок и постепенно титруется до терапевтических. Анксиолитический эффект развивается индивидуально в течение 2-8 недель.

К преимуществам этой группы препаратов относятся хороший профиль «эффективности – переносимость – безопасность», возможность однократного приёма, наличие долговременного эффекта терапии; к недостаткам – отставленное развитие эффекта, возможный анксиогенный эффект в первую неделю терапии, необходимость титрации дозировки, негативное влияние на сексуальную функцию, развитие тошноты и некоторых других побочных эффектов.

Рекомендуется предупредить пациента с ГТР о возможном развитии побочных эффектов в начале приёма антидепрессантов для обеспечения комплаенса. В первые недели приёма целесообразно наблюдать за больным, оценивая суицидальные риски, возможное усиление тревожной симптоматики.

Назначая медикаментозную терапию, врач опирается в первую очередь на сведения о доказательной эффективности препарата, профиль его переносимости, а также на собственный клинический опыт и квалификацию врача.

Пациентам с ГТР при доминировании в клинической картине соматических эквивалентов тревоги рекомендуется на первом этапе терапии назначать прегабалин (150-600 мг/сут) с целью снижения тревоги и редукции интенсивности соматических проявлений.

В нескольких доказательных исследованиях хорошо изучен и подтверждён в метаанализах анксиолитический эффект прегабалина, его влияние на психический, соматический и вегетативный компоненты тревоги, а также хорошая переносимость и высокий уровень безопасности. Анксиолитический эффект при приёме прегабалина достигается в течение первой недели приёма препарата.

В отличие от большинства антидепрессантов прегабалин не ингибирует ферменты цитохрома P450, не имеет лекарственных взаимодействий с другими препаратами (например, варфарином) и может применяться у больных ГТР и хроническими соматическими заболеваниями.

Прегабалин следует с осторожностью назначать пациентам, склонным к формированию зависимости или уже имеющим различные формы зависимости от ПАВ. У таких пациентов прослеживаются феномен перекрёстной зависимости и более быстрое нарастание толерантности. Рекомендуется тщательный сбор наркологического анамнеза пациента с целью минимизации риска формирования зависимости.

Пациентам с ГТР с выраженной тревогой и вегетативными нарушениями на первом этапе терапии рекомендуется краткосрочное применение препаратов из группы производных бензодиазепина с целью купирования тревоги и вегетативных симптомов.

Преимуществами производных бензодиазепина являются быстрый эффект, хорошая переносимость, широкое терапевтическое окно – безопасность при передозировке. Учитывая, что эффект антидепрессантов достигается через 4-6 недель терапии, кратковременное назначение производных бензодиазепина на первом этапе позволяет снизить интенсивность тревожной симптоматики.

Перед назначением этой группы препаратов должен быть хорошо собран наркологический анамнез. Нецелесообразно назначать их пациентам с зависимостью или риском формирования зависимости от ПАВ. Также не рекомендуется назначать их пожилым пациентам в связи с увеличением риска нарушений координации и падений. Следует обратить внимание на комплаентность пациента – в некоторых случаях пациенты склонны превышать рекомендуемые дозировки. Препараты группы производных бензодиазепина могут формировать зависимость и имеют синдром отмены при резком прекращении терапии. Поэтому длительность их применения должна быть ограничена 3-4 неделями.

Длительность применения ограничивается также значимыми нежелательными эффектами – седацией, головокружением,

Генерализированное тревожное расстройство

нарушением координации, снижением концентрации внимания и запоминания, нарушением психомоторных функций, риском формирования зависимости, толерантности к препаратам, выраженным синдромом отмены, проявляющимся ухудшением состояния и усилением тревоги после прекращения приёма, и поэтому должно ограничиваться короткими курсами (не более 4 недель). Однако в случае выраженной тревоги, сопровождающейся выраженными вегетативными нарушениями, длительность назначения производных бензодиазепина может быть увеличена до 6 месяцев.

Нет доказательных исследований об эффективности бромдигидрохлорфенилбензодиазепина при ГТР. Однако в российской медицинской практике он традиционно применяется для лечения тревожных расстройств. При назначении производных бензодиазепина следует учитывать период полувыведения при решении вопроса кратности приёма и для профилактики эффектов кумуляции (бромдигидрохлорфенилбензодиазепин в связи с длительным периодом полувыведения не рекомендуется назначать более 1-2 раз в сутки; алпразолам в связи с относительно небольшим периодом полувыведения следует назначать с частотой не менее 3 раз в сутки).

Терапия второй линии

При неэффективности терапии первой линии используется терапия второй линии – возможно повышение дозы антидепрессанта до максимальной терапевтической, смена антидепрессанта на другой из списка препаратов первой линии, не использовавшийся в первом курсе терапии, или присоединение производных бензодиазепина на более длительный период. К препаратам второй линии относятся бупропион, гидроксизин, некоторые антипсихотические препараты и другие антидепрессанты. При резистентных состояниях возможно комбинирование различных антидепрессантов с прегабалином, бупропионом или антипсихотическими средствами.

В случае отсутствия достаточного эффекта психотерапии рекомендуется удостовериться в должной комплаентности пациента с целью подтверждения факта недостаточного терапевтического ответа на конкретный препарат.

При неэффективности первого курса терапии в первую очередь необходимо удостовериться в комплаентности пациента, так как нарушение режима приёма препарата является причиной формирования резистентности к лечению в значительной части случаев. Нарушения режима терапии могут быть связаны с наличием побочных эффектов, слабой включённостью пациента в ход терапии, низкой мотивацией, ощущением отсутствия эффекта от лечения (особенно характерно при приёме антидепрессантов, эффект которых отсрочен). Для повышения комплаентности следует провести с пациентом психообразовательную

беседу, обговорив возможные побочные эффекты, необходимость регулярного приёма препаратов, постепенность развития терапевтического эффекта антидепрессантов. Положительную роль играют ведение дневника приёма лекарств или телефонное приложение с напоминанием.

В случае частичной редукции симптоматики при применении селективных ингибиторов обратного захвата серотонина, венлафаксина, дулоксетина или прегабалина, рекомендуется доведение дозы препарата до максимально рекомендованной (по переносимости) с целью полной редукции клинической симптоматики ГТР.

В случае отсутствия терапевтического эффекта при лечении селективными ингибиторами обратного захвата серотонина, или венлафаксином/дулоксетином, или прегабалином рекомендуется комбинированная терапия антидепрессантами (селективными ингибиторами обратного захвата серотонина/венлафаксином/дулоксетином) и прегабалином (150-600 мг/сут).

В случае отсутствия терапевтического эффекта на фоне терапии селективными ингибиторами обратного захвата серотонина, или венлафаксином/дулоксетином, или прегабалином рекомендуется смена лекарственной терапии на имипрамин в до-

зах 50-200 мг/сут или кломипрамин в дозах 50-250 мг/сут.

Терапия неселективными ингибиторами обратного захвата моноаминов (имипрамин, кломипрамин) должна проводиться под тщательным мониторингом специалиста ввиду риска развития побочных эффектов препаратов (набор веса, ортостатическая гипотензия, тахикардия и пр.). Нежелательно назначать неселективные ингибиторы обратного захвата моноаминов в пожилом возрасте.

Пациентам с ГТР при неэффективности терапии антидепрессантами или их сочетания с производными бензодиазепина рекомендуется назначение антипсихотических средств второго поколения с целью снижения тревоги реже в виде монотерапии и чаще в сочетании с антидепрессантами: кветиапин в начальной дозе 50 мг/сут с увеличением дозы до 150 мг/сут на 3-й день терапии и максимальной дозой 300 мг/сут к 3-4-й неделе лечения; рисперидон в гибких дозах от 0,5 до 1,5 мг/сут; оланзапин в сочетании с флуоксетином в начальной дозе 2,5 мг/сут в течение 1-й недели, 5 мг/сут в течение 2-й недели и в случае неэффективности – постепенное (5 мг/сут в неделю) повышение дозы до максимальной (20 мг/сут).

В большей части исследований изучалась эффективность антипсихотических препаратов в отношении ГТР при их сочетании с антидепрессантами с целью увеличения эффективности проводимой терапии. По данным нескольких РКИ, назначение кветиапина медленного высвобождения для лечения ГТР допустимо в дозировках до 300 мг/сут, однако терапевтический диапазон 50-150 мг/сут оказался наиболее эффективным.

Пациентам с ГТР при неэффективности терапии антидепрессантами или их сочетания с производными бензодиазепина с целью снижения тревоги и коррекции её сомато-вегетативных проявлений рекомендуется назначение некоторых антипсихотических средств в сочетании с антидепрессантами: арипипразол (7,5-30 мг/сут); хлорпротиксен (30-150 мг/сут); сульпирид (50-400 мг/сут); алимемазин (10-40 мг/сут).

Отсутствуют доказательные исследования в отношении алимемазина и хлорпротиксена. Однако в отечественной медицинской практике эти препараты традиционно применяются для лечения тревожных расстройств. Дополнительную терапию антипсихотическими средствами необходимо проводить под тщательным контролем врача ввиду развития нежелательных побочных эффектов (головозвонение, ортостатическая гипотензия, сонливость, набор веса, акатизия и другая экстрапирамидная симптоматика, гиперпролактинемия и пр.). В связи с вышеуказанными побочными эффектами со стороны пациента существует высокий риск нарушения комплаентности и отказа от психотерапии.

Пациентам с ГТР рекомендуется проводить терапию длительностью не менее 6 месяцев после наступления терапевтического

эффекта применяемой терапии с целью стабилизации эффекта и профилактики рецидивов.

В большинстве случаев целесообразно более длительный период лечения – 12 месяцев и более, поскольку ГТР имеет высокий риск рецидивирования. Для профилактики рецидивов при достижении стабилизации на фоне применения антидепрессантов целесообразно продолжить их применение в той же дозировке, на которой был достигнут терапевтический эффект, ещё 6-12 месяцев. При стабильном состоянии отмена терапии осуществляется постепенно под контролем врача в течение не менее 3 месяцев. Данная рекомендация связана с возможным возникновением синдрома отмены при резком прекращении приёма антидепрессантов. Длительность поддерживающей терапии при ГТР и скорость отмены терапии определяются также исходя из индивидуальных особенностей пациента, динамики клинической картины и сопутствующего лечения.

Пациентам с ГТР с целью купирования клинической симптоматики тревоги при рефрактерности к другим видам фармакотерапии рекомендуется применение бупропиона (15-60 мг/сут) и гидроксизина (50-100 мг/сут).

Пациентам с ГТР с целью купирования клинической симптоматики тревоги при

рефрактерности к другим видам фармакотерапии рекомендуется применение некоторых других антидепрессантов – агомелатина (25-50 мг/сут), вортиоксетина (2,5-10 мг/сут), тразодона (150-400 мг/сут) и миртазапина (15-45 мг/сут).

Пациентам с ГТР с целью купирования клинической симптоматики тревоги при рефрактерности к другим видам фармакотерапии рекомендуется применение других анксиолитиков этиофоксина (150-200 мг/сут), фабомотизола (30-60 мг/сут).

Эти препараты менее эффективны, чем препараты первой и второй линии, однако при оценке соотношения риск/польза у них по сравнению с производными бензодиазепина имеется ряд преимуществ, в частности, отсутствие риска формирования зависимости и возможность длительного назначения. Особенно это следует иметь в виду при подозрении на коморбидную зависимость от ПАВ, в клинической беседе нередко эти пациенты стремятся минимизировать или скрыть от врача свой аддитивный анамнез.

У пациентов с ГТР при применении психотропных препаратов рекомендуется регулярно оценивать следующие возможные побочные эффекты психотерапии: седация, сонливость, заторможенность, задержка мочеиспускания, запоры или поносы, тошнота, головные боли, головокружение, нарушение координации, нарушение концентрации внимания, нарушение памяти, формирование зависимости и толерантности к препаратам и др. Необходимо оценивать побочные эффекты конкретно назначаемых препаратов с целью оценки соотношения эффективности/переносимости.

Адекватные дозировки и режим назначения лекарств строго по показаниям значительно снижают риск развития побочных эффектов.

Пациентам с ГТР при применении психофармакологических препаратов рекомендуется оценка эффективности и переносимости терапии, которая проводится на 7-14-28-й дни психофармакотерапии и далее 1 раз в 4 недели до окончания курса лечения с целью своевременной коррекции проводимого лечения.

В случаях с недостаточной эффективностью монотерапии через 4-6 недель рекомендована смена препарата или использование комбинированных схем лечения. При непереносимости или недостаточной эффективности проводится коррекция дозировок или смена препарата.

Психотерапия. Психотерапия является доказанным эффективным методом лечения невротических расстройств, в т.ч. и генерализованного тревожного расстройства. Оптимальным является сочетание психофармакотерапии и психотерапии, поскольку это в максимальной степени соответствует современной биопсихосоциальной концепции формирования психических расстройств и позволяет реализовать принципы персонализированной медицины, повысить эффективность терапевтических вмешательств.

Имеются доказательные исследования в отношении ряда методов психотерапии. Однако необходимо помнить, что дизайн доказательных исследований в психотерапии достаточно сложен и клиническая практика по многим параметрам отличается от научного эксперимента. Большое количество источников, показывающих эффективность когнитивно-поведенческой психотерапии, связано, скорее, с возможностью в рамках научных исследований воспроизводить определённые техники, а не с безусловным приоритетом этого метода для пациентов с генерализованным тревожным расстройством. Другие методы психотерапии, имеющие на сегодняшний день меньшую доказательную базу, могут быть не менее, а, возможно, в определённых случаях более эффективными, чем когнитивно-поведенческая психотерапия.

Противопоказания и ограничения к психотерапевтическому лечению:

- 1) пациенты со страхом перед самораскрытием и преобладанием отрицания в комплексе используемых механизмов психологической защиты;
- 2) пациенты с недостаточной мотивацией к изменениям, очевидной вторичной выгодой от болезни;
- 3) пациенты с низкой интерперсональной сенситивностью;
- 4) пациенты, которые не смогут регулярно посещать сеансы психотерапии;
- 5) пациенты, которые не будут участвовать в процессе активной вербализации и слушания в индивидуальной и групповой психотерапии;
- 6) пациенты, чьи характерологические особенности не позволят им конструктивно работать в индивидуальной и групповой психотерапии и извлекать из этой работы пользу (которые постоянно отыгрывают свои эмоции вовне в качестве защитной реакции, а не наблюдают за своим психологическим состоянием; или пациенты с серьёзным негативизмом или ригидностью).

В лечении пациентов с ГТР рекомендовано использовать различные виды психотерапии в комбинации с психофармакотерапией с целью более эффективного и стойкого снижения тревоги, научения релаксации, коррекции иррациональных установок, осознания глубинных механизмов и противоречий. Пациентам с ГТР рекомендовано использование релаксационных методов психотерапии 10-15 сеансов с целью снижения тревоги и напряжения, обучения навыкам саморегуляции и для снижения уровня напряжения.

Пациентам с ГТР рекомендовано использование методики биообратной связи – 10 сеансов с целью снижения тревоги и напряжения, обучения навыкам саморегуляции и для снижения уровня напряжения.

Пациентам с ГТР рекомендовано использование когнитивно-поведенческой психотерапии с целью снижения тревоги

и напряжения, изменения иррациональных установок и овладения навыками адаптивного мышления и поведения.

Когнитивная модель генерализованно-тревожного расстройства. В мышлении тревожного пациента доминируют темы опасности, то есть он предполагает события, которые окажутся пагубными для него, для его семьи, для его имущества и для других ценностей. Тревожные индивиды испытывают трудности в распознавании сигналов безопасности и других свидетелей, которые уменьшают угрозу опасности.

Мишенями когнитивно-поведенческой психотерапии для ГТР являются: низкая толерантность к неопределённости; позитивные убеждения относительно беспокойства; отсутствие ориентации на решение проблем; когнитивное избегание.

Для лечения ГТР могут использоваться следующие техники в рамках когнитивно-поведенческой психотерапии.

1. Когнитивное реструктурирование. Проводятся вмешательства по коррекции ошибочных представлений и интерпретаций телесных сенсаций. Может дополняться экспозицией in vivo для получения дополнительной информации, которая будет опровергать ошибочные суждения.
2. Тренировка дыхания. Показана в случае выраженного гипервентиляционного компонента в структуре тревоги. Тренинг может дополняться принудительной гипервентиляцией с приобретением навыков контроля симптоматики за счёт дыхания в мешке.
3. Прикладная релаксация. Использование прогрессивной мышечной релаксации и обучение пациентов навыкам контроля за своим физическим состоянием.
4. Тренинг по осознанию беспокойства (с записями о времени и содержании беспокоящих мыслей).
5. Тренинг, направленный на осознание и преодоление собственной низкой толерантности к неопределённости.
6. Тренинг, направленный на выработку навыков проблемно-решающего поведения. Также могут быть использованы и другие техники когнитивно-поведенческой психотерапии.

Пациентам с ГТР рекомендовано использование динамической личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии (индивидуальной и/или групповой) с целью снижения тревоги и напряжения, осознания глубинных механизмов заболевания, разрешения внутренних противоречий, реконструкции системы отношений.

Психотерапия направлена на восстановление нарушенной системы отношений большого через изучение специфики его личностных расстройств, анализ и осознание особенностей формирования системы отношений пациента, патогенной ситуации и невротического конфликта. Сбалансированное использование механизмов лечебного воздействия (конфронтации, эмоционально-

корректирующего опыта и научения) позволяет изменять нарушенные отношения большого, учитывая три плоскости ожидаемых изменений (в когнитивной, эмоциональной и мотивационно-поведенческой сферах), причём индивидуальная психотерапия, в отличие от групповой, сфокусирована в большей степени на когнитивных аспектах.

Пациентам с ГТР рекомендовано проводить обследование в динамике при помощи шкалы тревоги Гамильтона (The Hamilton Anxiety Rating Scale, сокр. HARS) с целью оценки эффективности проводимого лечения.

Отвечая на терапию считается снижение общего балла по шкале тревоги Гамильтона на $\geq 50\%$, достижение ремиссии ≤ 7 баллов (The Hamilton Anxiety Rating Scale, сокр. HARS).

Медицинская реабилитация. Пациентам с ГТР рекомендуется использовать реабилитационные мероприятия с целью укорочения временной утраты трудоспособности, ранней социализации в обществе, улучшения качества жизни.

Пациентам с ГТР с целью укорочения периода временной утраты трудоспособности, ранней социализации в обществе, улучшения качества жизни рекомендуется использовать социотренированные и психотренированные суппортивные психотерапевтические методы.

Пациентам с ГТР в целях повышения качества и эффективности лечения в качестве специальных видов реабилитации рекомендуются семейная, социально-психологическая, профессиональная суппортивная психотерапия и/или психокоррекция.

Пациентам с ГТР в целях повышения качества и эффективности лечения как одна из важных форм реабилитационных мероприятий рекомендуется суппортивная психотерапия, которая может проводиться амбулаторно в виде индивидуальной и групповой психотерапии.

Пациентам с ГТР рекомендуются наблюдение и курация врачом-психотерапевтом или врачом-психиатром для коррекции терапии и корректной её отмены, проведения психотерапии.

Пациентам с ГТР рекомендуется диспансерное наблюдение врачом-психиатром в случаях наличия суицидального риска, тяжёлого течения, коморбидной психической патологии, резистентности к терапии с целью динамической оценки состояния, определения показаний для коррекции амбулаторного лечения, своевременной госпитализации в стационар.

Профилактика и диспансерное наблюдение. Специфической профилактики ГТР не существует. Профилактика ГТР заключается во внедрении принципов здорового образа жизни, мероприятий, направленных на поддержание психического здоровья населения, ограничение употребления алкоголя и психоактивных веществ, а также

информирование населения о признаках ГТР с целью раннего выявления и своевременного обращения за медицинской помощью.

Пациентам с ГТР рекомендуется приверженность принципам здорового образа жизни, внедрение мероприятий, направленных на поддержание психического здоровья населения в целях профилактики тревожных нарушений.

Организация оказания медицинской помощи. Показания для госпитализации в медицинскую организацию:

1. Выраженная тревога, требующая подбора фармакотерапии в стационаре.
2. Наличие коморбидных психических расстройств, требующих подбора медикаментозной терапии в стационаре.
3. Наличие коморбидных соматических расстройств, требующих подбора медикаментозной терапии в стационаре.
4. Выраженные фобические состояния с ограничительным поведением.
5. Плохая переносимость медикаментозной терапии.

Показания к выписке пациента из медицинской организации:

1. Подбор адекватной и эффективной фармакотерапии.
2. Отсутствие выраженных нежелательных явлений.
3. Снижение уровня тревожности.
4. Стабилизация психического состояния.
5. Стабилизация соматического состояния.
6. Купирование фобических состояний с преодолением ограничительного поведения.

Актуальность: 2021, применяется

Анна ВАСИЛЬЕВА,
главный научный сотрудник отделения пограничных психических расстройств и психотерапии ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» МЗ РФ, член Российской психотерапевтической ассоциации, член Российского общества психиатров, доктор медицинских наук, доцент.

Юрий ЗИНЧЕНКО,
главный внештатный специалист по медицинской психологии Минздрава России, декан факультета психологии МГУ им. М.В. Ломоносова, директор Психологического института Российской академии образования, доктор психологических наук, профессор, академик РАО.

Елена ИСАЕВА,
заведующая кафедрой общей и клинической психологии ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. И.П. Павлова» МЗ РФ, главный внештатный специалист по медицинской психологии Комитета по здравоохранению Санкт-Петербурга, член Российского общества психиатров, доктор психологических наук, профессор.

Понятие «трофобластическая болезнь» (далее – ТБ) (синонимы: трофобластические опухоли (далее – ТО), трофобластические неоплазии (далее – ТН)) включает в себя связанные между собой формы патологического состояния трофобласта: простой пузырный занос, инвазивный пузырный занос (далее – ИПЗ), хориокарциному, опухоль плацентарного ложа и эпителиоидную трофобластическую опухоль. ТО составляют 1% всех онкогинекологических опухолей и поражают женщин преимущественно репродуктивного возраста. ТО характеризуются высокой злокачественностью, быстрым отдалённым метастазированием и при этом высокой частотой излечения только с помощью химиотерапии даже при наличии отдалённых метастазов. После излечения сохраняется репродуктивная функция у абсолютного большинства молодых женщин.

Этиология и патогенез. ТО всегда ассоциированы с беременностью. Наиболее часто предшественником злокачественных ТО (далее – ЗТО) является пузырный занос (далее – ПЗ), полный или частичный.

ПЗ представляет собой аномальную беременность с патологией эмбрионального развития в результате генетических нарушений. Существует два вида ПЗ: полный пузырный занос (далее – ППЗ) и частичный пузырный занос (далее – ЧПЗ).

ППЗ целиком возникает из отцовского генома, чаще всего является диплоидным и содержит кариотип 46XX, в 5% случаев может иметь 46-й геном XY. При ППЗ отсутствуют элементы плода. ППЗ характеризуется диффузным отёком ворсин, различной степенью пролиферации трофобласта (от незначительной до выраженной). После эвакуации ППЗ в 20% наблюдений происходит опухолевая трансформация с развитием персистирующих ТО.

Трофобластические опухоли

ЧПЗ встречается значительно реже. На ранних сроках беременности сложно установить этот диагноз. ЧПЗ включает как материнский, так и отцовский генетический материал. Чаще возникает кариотип 69XXX, редко – 69XXY. При ЧПЗ обязательно присутствуют элементы плода. В отличие от ППЗ локальная пролиферация трофобласта выражена слабо. Частота малигнизации при ЧПЗ – 4-7,5%.

Самой частой формой ЗТО является персистирующая ТБ, которая развивается после ПЗ и характеризуется сохранением пролиферативной активности элементов трофобласта, что сопровождается повышенным или растущим уровнем бета-хорионического гонадотропина. При этом не всегда обнаруживаются те или иные проявления болезни (в матке, влагалище, лёгких и других локализаций).

Морфологически персистирующие ТО могут быть представлены ИПЗ, хориокарциномой, эпителиоидной ТО или трофобластической опухолью плацентарного ложа.

ЗТО, являясь результатом генетических нарушений развития эмбриона, характеризуются двумя различными биологическими процессами: персистенцией в организме матери трофобластических клеток после завершения беременности (феномен, наиболее часто встречается после ЧПЗ или ППЗ) и трофобластической малигнизацией (ИПЗ, хориокарцинома, опухоль плацентарного ложа, эпителиоидная опухоль). Заболевание сопровождается специфическими паранеопластическими нарушениями, возникающими в результате гиперэкспрессии и секреции гормонов беременности, в частности хори-

онического гонадотропина человека (далее – ХГЧ). Этиология ТБ включает не только хромосомные аномалии в развитии эмбриона, но и нарушения дифференцировки и пронулеарного расщепления, децидуальной имплантации и инвазии миометрия, а также иммунную толерантность организма матери.

Злокачественная трансформация элементов трофобласта (цито-, синцитиотрофобласта, промежуточных клеток) может встречаться как во время беременности (нормальной и эктопической), так и после её завершения (роды, аборт), но наиболее часто это происходит после полного пузырного заноса.

Эпидемиология. В странах Европы ТН встречаются в 0,6-1,1 случая на 1000 беременностей, в США – в 1 случае на 1200 беременностей, в странах Азии и Латинской Америки – в 1 случае на 200 беременностей, в Японии – в 2 случаях на 1000 беременностей.

Частота возникновения различных форм ТБ, по данным одного из самых крупных трофобластических центров (межрегиональный центр в Шеффилде, Великобритания), следующая: ППЗ – 72,2%, ЧПЗ – 5%, хориокарцинома – 17,5%, другие формы – 5,3%.

Клиническая картина заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

К основным клиническим симптомам ПЗ относятся: влагалищное кровотечение (более 90%), несоответствие размеров матки сроку гестации: размеры матки больше срока беременности (более 50% при ППЗ), меньше срока – при ЧПЗ, двухсторонние тельоцитиновые кисты 8 см и более (20-40%). У женщин детородного возраста первыми

симптомами заболевания могут быть различные нарушения менструального цикла: от аменореи до гиперполименореи. Возможны симптомы беременности: тошнота, головокружения, вкусовые нарушения. К другим проявлениям болезни относятся: увеличение живота в объёме, самостоятельное обнаружение опухоли во влагалище, пальпация опухоли в тазу через переднюю брюшную стенку. Нередко встречаются такие симптомы, как кашель с кровохарканьем. При распространённых формах ТО возможны головные боли, головокружения, нарушение зрения, обмороки. У женщин перименопаузального периода, а также у пациенток, перенёсших ранее гистерэктомию, возможно случайное обнаружение очагов опухоли (в лёгких, печени и других паренхиматозных органах), что нередко ведёт к диагностическому поиску по ошибочному пути.

Диагностика. Критерии установления диагноза/состояния:

Для постановки диагноза ЗТО достаточно наличия двух составляющих: беременность (нормальная или патологическая) в анамнезе и динамическое увеличение сывороточного уровня ХГЧ.

Критерии диагноза ЗТО: плато/увеличение уровня ХГЧ в сыворотке крови после удаления ПЗ в 3 последовательных исследованиях в течение 2 недель (1, 7, 14-й дни исследования), или повышенный уровень ХГЧ через 6 и более месяцев после удаления ПЗ, или гистологическая верификация опухоли (хориокарцинома, опухоль плацентарного ложа, эпителиоидная трофобластическая опухоль).

(Окончание следует.)

В «МГ» № 27 от 12.07.2023 мы начали разговор о роли и месте роботических технологий в современной медицине. В канун предстоящего съезда хирургов России хотелось бы собрать всё разнообразие мнений о том, каковы преимущества роботассистированной хирургии перед «классической» эндовидеохирургией и открытыми вмешательствами и есть ли они в принципе.

Рост уверенный, но незначительный

Сколько в нашей стране хирургических роботизированных платформ, много ли хирургов владеет данной технологией, какое количество и каких именно оперативных вмешательств выполняется за год с использованием роботических установок, не знает, по всей вероятности, никто. Во всяком случае, на интернет-ресурсах Министерства здравоохранения РФ и его главных специалистов найти такую информацию нельзя. Более-менее представить масштабы присутствия роботассистенции в отечественной хирургии можно лишь по статистике, которую приводят сами продавцы оборудования.

Так, 30 декабря 2022 г. на сайте официального представителя в РФ компании-разработчика роботической хирургической системы da Vinci были опубликованы следующие данные: всего с начала реализации в 2007 г. роботической программы в России выполнено около 28 тыс. таких операций. «За 2022 г. было проведено 4463 операции, что показывает хоть и незначительный, но уверенный рост в сравнении с прошлым годом (4099 операций в 2021 г.)», – заявляет поставщик медтехники.

Здесь же приводится список клиник, наиболее активно применяющих роботические платформы. Лидером по количеству таких операций является НИИ – ККБ № 1 им. С.В.Очаповского (Краснодар), далее следуют в порядке убывания ГКБ им. С.П. Боткина (Москва), МКНЦ им. А.С.Логина (Москва), ГКБ им. С.И.Спасокукоцкого (Москва), КДЦ «Здоровье» (Ростов-на-Дону) и клиника Башкирского государственного медицинского университета (Уфа).

Что касается количества хирургических роботов данной марки в нашей стране, их, по разным источникам, то ли 32, то ли 35. А вот сколько аппаратов других производителей уже работает в российских хирургических клиниках, такой статистики, к сожалению, найти не удалось. Между тем долгое время оставшийся единственным представителем оборудования данного класса робот da Vinci уже не одинок: на мировом рынке за последние несколько лет появилось около десятка моделей роботизированных эндовидеохирургических систем – итальянская Senhance, британская Versius, китайская Toumai, Hugo из США, корейская Revo-i, индийская SSI Mantra, японская Hinotori, швейцарская Dexter. Ещё ряд хирургических роботизированных платформ разрабатывают компании Германии, США, Китая. Так что теперь «роботическая операция» вовсе не означает «операция на da Vinci».

Другой вопрос, сумеют ли новички пробиться на российский рынок роботической техники, давно и прочно занятый монополистом, который явно не заинтересован в конкурентах и неизбежном снижении запределных цен на свою продукцию? Впрочем, это – тема другой статьи. В данный момент нас более интересует сама целесообразность развития роботассистированной хирургии:

стоит ли она в принципе и такого внимания, и таких денег?

Ни да, ни нет

Заведующий кафедрой экспериментальной и клинической хирургии медико-биологического факультета РНИМУ им. Н.И.Пирогова, доктор медицинских наук, профессор Николай Матвеев с роботическими хирургическими платформами разных марок знаком давно и не понаслышке. Имеет опыт работы на

обречены на неудачу. Появление технологии роботической хирургии предопределено предшествующей историей этой области медицины, можно сказать, оно было неизбежно.

– Во все времена и во всех сферах деятельности человека есть примерно 10% энтузиастов, которые хотят что-то внедрить, усовершенствовать. Хирургия не исключение, она прогрессирует благодаря пассионарным личностям и их смелым идеям, – считает Н.Матвеев.

в то же время прямые инструменты с ограниченным функционалом так и остаются прямыми, а это обуславливает предел их мобильности и частую смену положения внутри операционного поля.

– Конечно, роботические системы для хирургии тоже пока несовершенны. Но можно ли требовать от столь сложного устройства полного совершенства всего через четверть века от начала реализации самой идеи? Разве кому-то пришло бы в голову требовать от Юрия Гагарина, что-

предлагают другие концепции визуализации, различен уровень задействования компьютерных технологий.

– Определённо сказать, какой из этих конструктивных вариантов предпочтительнее, можно будет после накопления существенного опыта и его детального анализа. Но в любом случае конкуренция – двигатель прогресса, поэтому идеология и инжиниринг роботассистенции и дальше станут развиваться, – не сомневается эксперт.

Острая тема

Дорого да мило? Не факт...

Ценность хирургической технологии определяется не только её ценой



роботах разных производителей в России и за рубежом. Кому же ещё, как не ему правильно будет задать главный вопрос: есть ли у роботассистированной хирургии будущее? Доказано ли мировым опытом, что рука робота может делать то, чего не может рука хирурга?

– Нет опубликованных доказательных данных, которые подтверждали бы медицинские преимущества каких-либо роботических операций, кроме простатэктомии, перед обычными видеозендоскопическими. Ни при какой другой патологии, ни по показателям осложнений, ни по онкологическому эффекту, ни по отдалённым результатам, ни по продолжительности операции преимуществ у роботассистенции пока нет. И стоимость вмешательств пока тоже существенно выше, – отвечает профессор Матвеев.

Означает ли это, что на данной теме без сомнений можно поставить точку? Нет, не означает. Говоря о будущем роботической хирургии, следует учитывать три фактора. Первый – научно-технический прогресс невозможно остановить. Второй – в реализации любой идеи следует руководствоваться здравым смыслом. Третий – экономика здравоохранения постоянно требует учитывать её интересы. Таким образом, подчёркивает мой собеседник, в настоящее время прямого и однозначного ответа на вопрос, надо ли стремиться к активному внедрению роботассистенции в хирургию, быть не может. Любой ответ – положительный или отрицательный – окажется смысловой конструкцией «да, но».

Результат эволюции

Попытки сопротивляться научно-техническому прогрессу

Так, в 1901 г. российский врач Дмитрий Оскарович Отт впервые провёл диагностику органов малого таза через разрез в заднем своде влагалища, что и стало началом истории лапароскопической хирургии. В 1980-х годах немецкий хирург Курт Земм использовал лапароскопию в гинекологии сначала в качестве диагностического инструмента, затем для интервенционной хирургии, в частности, он первым провёл аппендэктомию лапароскопически. Эстафету подхватил его соотечественник Эрих Мюэ, который в 1985 г. впервые выполнил лапароскопическую холецистэктомию. Но истинный прорыв в эндоскопической хирургии произошёл, когда индустрия предложила медикам миниатюрные эндоскопические видеокамеры, а затем – всё более совершенные системы для диссекции и гемостаза, эндоскопические степлеры. С момента своего появления минимально инвазивная хирургия абсолютно зависит от технологий.

– Два критерия, которыми мы руководствуемся в хирургии, – эффективность и безопасность. Лапароскопическая хирургия оказалась во многих аспектах более эффективной и безопасной, чем традиционная, по этой причине она получила взрывообразное развитие: прежде никогда не было, чтобы в хирургии всего за 10-15 лет произошёл столь мощный технологический переворот. За это время были выполнены эндоскопически практически все операции на органах брюшной полости и малого таза в большем или меньшем количестве – и на почках, и на поджелудочной железе, и на желудке, и на кишечнике, и на репродуктивных органах. Только эмпирически можно было определить области применения лапароскопии, показания и противопоказания к ней. То же самое сегодня происходит с роботассистированной хирургией, – продолжает Н.Матвеев.

По большому счёту, если оставить в стороне фантазии насчёт возможности оперировать с помощью робота-ассистента дистанционно по беспроводному каналу связи в режимах «Земля – Космос» или «прифронтовая зона – военный госпиталь третьего уровня», то надо признать: технические способности этого оборудования оказались просто-напросто очередным неизбежным этапом развития эндовидеохирургии, которая в классическом своём виде достигла технологического потолка. Да, видеокамеры, швивающие аппараты и энергетические устройства – ультразвуковые диссекторы, компьютеризированные биполярные коагуляторы продолжают совершенствоваться,

бы он во время своего первого, революционного 108-минутного космического полёта выполнил какие-то сложные биологические эксперименты, как это делают космонавты сегодня? Или посмотрите на историю с электромобилями: ещё вчера все считали, что это дорого и ненадёжно. Однако индустрия взялась за эту тему всерьёз, и теперь электромобили стали дешевле, надёжнее, быстрее и далеко ездят, – проводит параллели Николай Матвеев.

В роботизированных хирургических платформах уже сейчас предусмотрены различные варианты дополнительных степеней свободы движения инструментов. Симулируется тактильная чувствительность. Всё это позволяет хирургу более уверенно оперировать в малых пространствах, в частности, в малом тазу, под диафрагмой, в средостении, в области корня лёгкого и т.п.

Другим достоинством роботизированных платформ, которым не обладает обычное видеозендоскопическое оборудование, эксперт называет потенциально безграничные возможности задействования технологий на основе искусственного интеллекта, машинного обучения, виртуальной и дополненной реальности. В частности, создаваемая до операции с помощью КТ и МРТ трёхмерная модель той анатомической зоны пациента, на которой предстоит оперировать, может во время операции накладываться на «живую» картинку, чтобы хирург видел на мониторе скрытые анатомические структуры. Фактически речь идёт о системе поддержки хирургических манипуляций и принятия врачебных решений, которые обеспечат дополнительную безопасность оперативного вмешательства.

Завершая тему неотвратимости научно-технического прогресса, следует сказать, что и оборудование для роботической хирургии уже претерпевает идеологические и конструктивные изменения. Так, если первый производитель, пользуясь своим монопольным положением, долгое время тиражировал лишь одну конструкцию – единую консоль, на которую крепятся четыре «руки»-манипулятора, и 3D-перископ, куда фиксирует голову хирург, – то в настоящее время другими разработчиками созданы хирургические роботы с отдельными четырьмя универсальными манипуляторами, которые можно располагать по сторонам операционного стола. При такой конфигурации у хирургов появилась возможность во время операции менять области вмешательства, широко перемещая манипуляторы и видеокамеру. Также альтернативные роботические системы

Искусство ради искусства?

Надо признать, что эргономика традиционной эндовидеохирургии для хирурга серьёзно уступает роботассистенции. И на этот существенный аспект эксперт тоже обращает внимание.

– Как человек, который за 30-летнюю эндохирургическую практику «заработал», как и многие хирурги, серьёзные проблемы с позвоночником и с суставами кистей рук, я бы для собственного комфорта все операции выполнял на работе. Разумеется, при условии, что экономика здравоохранения позволила бы это делать. Во время лапароскопической операции ты часами стоишь неподвижно и постоянно смотришь в монитор, твои руки устают, руки устают, спина болит. Отчасти поэтому число лапароскопических хирургов, которые делают большие операции, со сменой поколений практически не увеличивается. Коллеги овладевают технологией малоинвазивной хирургии и останавливаются на холецистэктомии или паховых грыжах. Специалистов, которые прогрессируют до резекций кишечника, желудка или поджелудочной железы, мало. Почему? Потому что это физически трудно. А чем больше хирург устал, тем хуже он оперирует, – отмечает профессор Матвеев.

И здесь мы подошли ко второму фактору, на который следует ориентироваться, принимая стратегические решения в отношении активного внедрения роботизированной хирургии в практику российского здравоохранения, – фактору здравого смысла. Как уже сказано, роботассистированная эндоскопическая хирургия пока не имеет доказанных клинических преимуществ перед обычной лапароскопией (за исключением простатэктомии).

– Зато она эргономичнее и комфортнее для хирурга, который удобно сидит в кресле у консоли с манипуляторами, перед ним большой экран или перископ, трёхмерное изображение операционного поля. Не нужно надевать стерильное бельё, обрабатывать руки антисептиком; в любой момент можно встать, размяться, выпить кофе и даже, извините, сходить в туалет. Это, согласитесь, немаловажно. Такой режим работы позволяет продолжать использовать зачастую огромный опыт немолодых хирургов, которые уже физически не могут «выставать» длительные операции. Получается, что пока роботическая хирургия – в основном технология для хирурга, а не для пациента и не для отрасли, поскольку ни пациент, ни отрасль ничего не выигрывают, – резонно замечает Николай Матвеев.

Можно было бы продолжить: роботассистированная хирургия в данный момент является «искусством ради искусства». Это творческий поиск при сопоставимых клинических результатах операций и высокой затратности технологии. По мнению профессора Матвеева, хирургическое сообщество должно выработать четкие критерии этого поиска, чтобы он не превратился в торжество технологии над здравым смыслом или в оправдание исключительно коммерческих целей.

Хотя подобные попытки предпринимались. В частности, на одном из онкологических форумов разгорелась дискуссия о том, оправдана ли роботассистированная тиреоидэктомия с хирургическим доступом через полость рта. Авторы такого подхода руководствуются желанием обеспечить косметический эффект хирургического лечения, тогда как, по мнению их оппонентов, стремление избежать едва заметного послеоперационного шрама на шее не та цель, ради которой следует тратить сотни тысяч рублей. В нынешних условиях ограниченных возможностей это как раз пример необоснованного увеличения технологии.

– На мой взгляд, типичные примеры навязанных хирургических технологий – идеи лапароскопических вмешательств с доступом через естественные отверстия или через один порт, которые вдруг стали популярными несколько лет назад. Это был период «кризиса жанра», когда практически всё в «классической» лапароскопии было освоено, рынок насыщен оборудованием, его продажи падали. Нашлись хирурги, которые возжелали оставить свой след в истории, ещё раз впервые в мире выполнив холецистэктомию, но теперь уже через влагалище или через пупок. Их усилия были быстро подхвачены как спасительная соломинка промышленности, которая освоила производство и, естественно, продажу не очень совершенного оснащения для этих целей. Правда, очень быстро выяснилось, что хирургия единого доступа не имеет никаких плюсов. Зато минусы очевидны: количество пупочных грыж увеличилось, холецистэктомии вместо одного часа стали продолжаться 3 часа. Не хотелось бы, чтобы роботическая хирургия была дискредитирована подобным образом, – предупреждает завкафедрой РНИМУ им. Н.И.Пирогова.

Роскошь по сути

Даже с появлением на мировом рынке не десятка, как сейчас, а 20 компаний-производителей роботизированные хирургические платформы не станут доступны абсолютному большинству лечебных учреждений. Почему? Потому что чем больше в это оборудование будет добавляться функционала, тем дороже оно должно становиться, несмотря на растущую конкуренцию продавцов.

К тому же каждый производитель заинтересован в постоянном получении прибыли. Вот почему регламентное техническое обслуживание уже приобретённого оборудования стоит очень-очень дорого, а инструменты ко многим системам либо одноразовые, либо чипованные, рассчитанные всего на 10-20 применений, то есть требуют регулярной замены на новые.

Эти обстоятельства мешают включить роботассистированные операции в российскую систему ОМС в таком же объёме, как лапароскопические. На них выделяют весьма небольшое количество квот в системе ВМП, причём тарифы рассчитываются

под единственную марку хирургического робота da Vinci, в то время как, по словам профессора Матвеева, в клиниках страны уже есть и другие варианты роботов с отличающейся себестоимостью операций при сопоставимом их функционале оборудования. У некоторых новых роботических платформ себестоимость операций не очень отличается от таковой для обычной лапароскопии.

Насколько важной на сегодняшний день для отечественного здравоохранения является задача расширить спектр тарифов на роботические операции и их квотирование? Или всё-таки важнее определение показаний к роботассистированной хирургии?

– Чтобы определить показания, мы должны начать оперировать на роботе всё. А чтобы начать оперировать всё, мы должны иметь финансовую возможность это делать. Круг замкнулся. Наверное, здесь что-то нужно менять? Например, одна из моделей хирургического робота обеспечивает такую себестоимость холецистэктомии, аппендэктомии, паховой герниопластики, операции на придатках матки, пищеводном отверстии диафрагмы и т.п., которая укладывается в московский тариф ОМС. Казалось бы, вот путь к оценке эффективности роботической хирургии! Но, если мы начинаем оперировать на роботе у москвичей грыжи и желчные пузыри, и в протоколе операции указываем «роботическая холецистэктомия», то нас может ждать неприятный сюрприз от эксперта страховой компании, ведь «роботического» тарифа на эти операции нет. Такой тариф есть только для определённых операций, причём он рассчитан, исходя из стоимости расходников da Vinci, и для холецистэктомии неприменим, – подчёркивает эксперт.

В программе предстоящего съезда хирургов России запланирована секция по роботической хирургии. Среди заявленных докладов нет ни одного по организационно-экономическим аспектам роботассистенции. Мало того, большинство хирургов по-прежнему отождествляют понятие «роботассистированная хирургия» только с одной моделью – da Vinci.

Профессор Матвеев убеждён: делиться опытом выполнения тех или иных роботизированных операций, конечно, нужно. Вот только развитию роботической хирургии в широком смысле это не способствует. Подобные разговоры должны вестись не в узком кругу представителей Минздрава России и ФФОМС. Тогда разговоры о необходимости развивать роботассистированную хирургию обретут реальное значение.

* * *

По словам моего собеседника, в настоящее время общемировая практика такова: всего 3% от всех операций, которые теоретически можно было бы выполнять с помощью роботических платформ, выполняются на них. Строятся планы увеличить этот показатель до 15%.

Ну, ладно бы так было только в России, где роботов мало, поскольку не каждый регион готов выложить около 300 млн руб. за такую «игрушку». Но почему так мало роботических операций выполняются в странах, где это оборудование разработали и выпускают и где оно стоит существенно дешевле? Ответ напрашивается сам собой: роботассистенция если и станет рутинной практикой в нашей стране или за рубежом, то весьма нескоро, поскольку везде умеют считать деньги и учитывать смыслы.

Елена БУШ,
обозреватель «МГ».

Кагры

Первые шаги, первые знакомства

Прошёл День знаний, завершились ознакомительные мероприятия для первокурсников и начинает набирать обороты полноценный образовательный процесс по подготовке будущих врачей. Так как же прошли эти две недели для тех, кто смог поступить в медицинские вузы нашей страны.

Посвящение и уникальный студент

Начать стоит с 1-го Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. И.П. Павлова. В этом году, по словам помощника министра здравоохранения России Алексея Кузнецова, вуз был наиболее популярным среди абитуриентов. Средний конкурс составил 33 человека на место.

Первое знакомство с университетом для первокурсников началось с обзорной экскурсии и прохождения интерактивного задания. Самых активных и инициативных студентов ждали очень интересные награды. Группы-победитель получала возможность побывать в музее-аптеке доктора Пеля и сыновей, где есть древняя химическая лаборатория, башня грифонов и многое другое. За второе и третье место были подготовлены памятные сувениры от университета.

Далее ребят ждало ещё одно важное мероприятие – посвящение в студенты. «Эти 6 лет превратят вас из школьников в настоящих врачей», – сказал в напутственной речи к вчерашним абитуриентам ректор вуза Сергей Багненко. И действительно, впереди у студентов интересный, порой сложный, но при этом очень насыщенный путь к их мечте. В этот день главные герои мероприятия также получили символические студенческие билеты и принесли клятву студента-первокурсника. Завершилось всё творческой программой.

Первый учебный день начался с лекций по введению в специальность. Первокурсникам рассказали об истории, традициях учебного заведения, достижениях студентов и выпускников.

Среди поступивших в этом году в университет в Санкт-Петербурге есть юноша, чей характер может стать примером. Александр Суходолов в интервью на сайте фонда «Свет Дети» отмечал, что не любит, когда его выделяют среди других, а особенно, если делают поправки. Но его история уникальна. Детскую мечту стать пожарным разрушил рак IV стадии – лимфома Ходжкина. Дальше несколько лет борьбы с болезнью, осложнения на коже и слизистой, конфликт клеток донора и пациента. Но за эти годы нахождения в НИИ детской онкологии, гематологии и трансплантологии им. Р.М. Горбачёвой Александр выработал для себя принцип: «Помогли тебе – помоги и ты». Он окончил Институт сестринского образования при Первом медицинском университете, прошёл практику в той же Горбачёвке, где так хорошо всё знает. И вот новый этап и новый вызов – он студент медицинского университета. Александр мечтает стать хирургом, но переживает, что здоровье будет «ставить подножки». Всё обязательно получится! Характер и мечта помогут преодолеть любые препятствия.

Погружение в профессию

Посвящение в студенты с творческими номерами, клятвами, знакомство с вузом – важная часть



Ребятам дали возможность оставить свой след в истории Волгоградского государственного медицинского университета – в холле первого этажа главного корпуса они смогли расписать баннер «Первокурсник 2023»

начала нового пути. Но не менее значимым является погружение в профессию с первых дней. В Ярославском государственном медицинском университете для первокурсников всех факультетов организовали экскурсии в крупнейшие медицинские и фармацевтические организации Ярославля.

В частности, студенты 1-го курса лечебного и педиатрического факультетов посетили станцию скорой медицинской помощи и Центр медицины катастроф. Ребятам показали фильм о работе «скорой», а затем была проведена увлекательная экскурсия по всем подразделениям станции. Участники смогли не просто посмотреть, но и побывать внутри машины медицины катастроф и в диспетчерской. Студенты оценили такой формат. Они смогли задать интересующие вопросы и услышать исчерпывающие ответы опытных специалистов.

Южно-Уральские «МЕДУЗЫ»

Главная осенняя вечеринка для первокурсников и студентов Южно-Уральского государственного медицинского университета стала яркой и незабываемой. Вначале для ребят подготовили ярмарку студенческих отрядов и объединений вуза. Затем стартовал сам фестиваль. Мероприятие с очень интересным и интригующим названием «МЕДУЗЫ» открыл исполняющий обязанности ректора Александр Мирошниченко. Он уточнил: «Сегодня важный праздник – посвящение в студенты! Название фестиваля «МЕДУЗЫ» выбрано не случайно – мы гордимся тем, что ЮУГМУ – одна большая семья. Теперь и с вами мы связаны теплыми медицинскими узами».

В такой день не обошлось без гостей. Первокурсников поздравил министр здравоохранения области Агата Ткачёва: «Вы одержали большую победу – поступили в медуниверситет. На вашем пути встретятся чудесные преподаватели, которые будут вкладывать в вас душу, делиться своим мастерством. Идите по жизни легко, удача на экзаменах».

Фестиваль оставил только положительные эмоции и заряд бодрости. Творческие номера, поздравления, игры и конкурсы наверняка надолго запомнятся

студентам-первокурсникам Южно-Уральского государственного медицинского университета.

Символические зачетки

В Новосибирский государственный медицинский университет в этом году зачислено 1169 первокурсников. Для них в День знаний прошли торжественные посвящения в студенты. На всех факультетах первокурсники получали студенческие билеты и зачетные книжки. «Да, учиться в медицинском вузе непросто, но я надеюсь, вы сделали осознанный выбор в пользу профессии врача. Я сам был студентом этого университета и могу вас заверить, что учиться хорошо можно, главное – желание. И окончить медицинский вуз с отличием возможно. У нас есть примеры ребят, в зачетках которых за все 6 лет не было ни одной четверки! Поздравляю вас с новым статусом студента и желаю удачи в обучении», – напутствовал ребят ректор НГМУ профессор Игорь Маринкин.

Министр здравоохранения Новосибирской области Константин Хальзов подчеркнул, что ребята будут приходить на практику в изменившиеся медицинские учреждения, которые наполнены самым современным медицинским оборудованием. «Хочется, чтобы вы все пришли именно в наши лечебные учреждения, а целевики – в те медицинские организации, от которых получили направления. И с гордостью, с высоким качеством оказывали медицинскую помощь. Это не услуга, это врачевание! Всех вас поздравляю с этим днем, с праздником. Вы достойно окончили школу, у вас впереди очень достойное медицинское образование», – сказал К. Хальзов.

Ректор и министр подписали символическую зачётную книжку и вручили её Валерии Полухиной – золотой медалистке с самым высоким баллом ЕГЭ.

День знаний и знакомство с университетами у первокурсников позади. Теперь им предстоит изо дня в день познавать одну из самых важных и гуманных профессий – профессию врача.

Пожелаем ребятам удачи, покориения новых высот и профессионального роста!

Подготовил
Сергей БУДАЧЕНКОВ,
корр. «МГ».

В 2023 г. отмечается 30-летие системы ОМС. За эти годы обязательное медицинское страхование доказало свою состоятельность и стало основным источником финансирования отечественной системы здравоохранения. Воронежский фонд ОМС был образован одним из первых в стране. Равняться в те времена было не на кого. Многие из того, с чем потом связывалось поступательное развитие системы ОМС, отрабатывалось на региональном уровне. Опыт работы воронежцев изучали рабочие группы и делегации из других регионов России. Об истории и сегодняшнем дне ОМС мы поговорили с директором ТФОМС Воронежской области Александром ДАНИЛОВЫМ.

– Александр Валентинович, с какими показателями подошел территориальный фонд ОМС к своему 30-летию?

– В 2023 г. стоимость территориальной программы ОМС по плану должна составить 35,56 млрд руб. Для сравнения, 5 лет назад финансовое обеспечение программы составляло 24,97 млрд руб. В этом году среди приоритетов её формирования можно выделить рост объёма медицинской помощи в амбулаторном звене на проведение профилактических мероприятий – выше объёма 2022 г. на 11,6%. В вопросах финансирования мы переносим акцент с оплаты лечения на профилактику заболеваний и их раннее выявление. Всего за прошлый год в профилактических мероприятиях приняли участие больше 1 млн воронежцев.

Довольно существенная поддержка оказывается первичному звену в целом, что выражается в ежегодном увеличении объёма финансирования. Так, на 2023 г. доля финансового обеспечения первичной медико-санитарной помощи в общем объёме субвенции ТФОМС увеличится до 39%.

Два предшествующих юбилейному года стали очередной проверкой на прочность системы ОМС – колоссальным нагрузкам и огромным финансовым затратам подвергла систему здравоохранения страны пандемия новой коронавирусной инфекции. Расходы воронежского фонда за счет межбюджетных трансферов на дополнительное финансовое обеспечение медицинской помощи пациентам с COVID-19 составили в 2020 г. 297 млн руб., в 2021-м – 4462,1 млн руб., в 2022-м – 1267,7 млн руб. В этом году объём случаев госпитализаций пациентов с заболеванием новой коронавирусной инфекцией COVID-19 планируется увеличить более чем в 2 раза по сравнению с прошлым годом.

С увеличением финансирования сложные и дорогостоящие виды и методы лечения стали ещё доступнее. Так, по данным ТФОМС, за последние 8 лет количество случаев оказания высокотехнологичной медицинской помощи в рамках базовой программы ОМС в РФ увеличилось в 3,5 раза. Увеличение потребности в применении высоких технологий для лечения сложных заболеваний с каждым годом приводит к погружению в программу ОМС новых видов ВМП. Это продиктовано заботой о населении в части доступности новых видов и методов лечения сложных заболеваний с помощью высоких медицинских технологий. По территориальной программе Воронежской области за 5 лет пролечено 43 574 человека, из них в медицинских организациях Воронежской области – 38 550 человек. Стоимость оказанной за это время ВМП составила более 7,48 млрд руб.

Со сменой парадигмы российского здравоохранения меняются и наши приоритеты. Так, если раньше основной нашей задачей было обеспечение финансовой стабильности здравоохранения, то сегодня это защита прав граждан на бесплатную качественную медицинскую помощь. Особое внимание уделяется информационному сопровождению застрахованных на всех этапах оказания медицинской помощи, индивидуальному сопровождению пациентов с хроническими неинфекционными заболе-

ваниями под контролем страховых представителей.

– Насколько изменилась за последние годы территориальная программа ОМС?

– С 2022 г. стартовал федеральный проект «Оптимальная для восстановления здоровья медицинская реабилитация», в рамках которого в целях восстановления здоровья граждан после перенесённых заболеваний и травм предусмотрена модернизация системы медицинской реабилитации до 2030 г. На его реализацию с учётом оказания медицинской помощи федеральными государственными учреждениями в рамках базовой программы ОМС

Также руководители профильных служб ТФОМС участвовали в рабочих группах ФОМС по направлениям информатизации и тарифообразования. Тогда в воронежскую систему ОМС была внедрена группировка тарифов с использованием региональных КСГ.

ТФОМС Воронежской области всегда занимал позиции лидера и в сфере информатизации ОМС. Уже в наши дни, в 2014 г. усовершенствовал подходы к ведению персонализированного учёта застрахованных лиц в сфере ОМС, присоединился к пилотному проекту ФОМС по использованию электронных полисов ОМС, внедрил собственный

компьютеров, коммуникаций, в период бюджетного безденежья делали всё возможное для создания одной из наиболее значимых социальных структур региона, которая сегодня является гарантом финансовой стабильности и развития системы здравоохранения Воронежской области.

Сердцем любого коллектива являются люди, которые с честью занимаются любимым делом не один десяток лет. Почётными гостями юбилейного мероприятия стали первый директор фонда, один из первопроходцев в системе ОМС страны Борис Соломахи, первый главбух, а впоследствии тоже директор ТФОМС Воронежской об-

заканчивая утверждением отчёта о его исполнении.

В правление фонда входят председатель Воронежской областной организации профсоюза работников здравоохранения РФ Татьяна Сапрыкина и председатель совета Союза медицинского сообщества «Ассоциация работников здравоохранения Воронежской области» Михаил Иванов. Деятельность комиссии по разработке территориальной программы ОМС также не обходится без участия представителя ассоциации. Татьяна Сапрыкина и Михаил Иванов входят в Координационный совет по организации защиты прав застрахованных лиц при предоставлении медицинской

ОМС: реальность и перспективы

Выдержали проверку на прочность

Воронежская область на протяжении трех десятилетий была одним из лидеров развития системы ОМС

в 2022 г. утверждено финансовое обеспечение в размере 48,9 млрд руб., в 2023 г. – 51,9 млрд руб. Впервые с 2022 г. выделены нормативы объёмов и предусмотрена оплата медицинской помощи по медицинской реабилитации в амбулаторных условиях.

С этого года впервые выделены нормативы объёма и финансовых затрат на единицу объёма медицинской помощи по профилю «Медицинская реабилитация» в условиях дневных стационаров. При этом нормативы объёма и финансовых затрат на единицу объёма медицинской помощи по профилю «Медицинская реабилитация» по всем условиям оказания медицинской помощи выделены в самостоятельный раздел «Медицинская реабилитация».

С 2023 г. профилактические медицинские осмотры, диспансеризация и диспансерное наблюдение выведены из подушевого норматива финансирования. Кроме того, в программе ОМС на 2023 г. увеличены объёмы медицинской помощи в условиях дневного стационара по профилю «онкология» и при проведении ЭКО.

В реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС на территории Воронежской области, в 2023 г. включено 108 медицинских организаций, в том числе 27 частных.

– Давайте в год 30-летия системы ОМС вспомним о её истории...

– Это история большой, напряжённой и слаженной работы настоящих профессионалов, специалистов высочайшего класса, которые за относительно небольшой период времени создали отраслеобразующую систему, объединяющую все функции и механизмы здравоохранения.

Многое из того, что в последствии легло в основу нового закона об ОМС, наша область отработала в 90-е годы. Так, в 1994 г. в качестве пилотного проекта в региональную систему ОМС были включены негосударственные медицинские организации, в том числе учреждения Министерства путей сообщения. Чтобы обеспечить конвертируемость полиса, выданного жителю Воронежской области, на всей территории России, в 1994 г. воронежский ТФОМС разработал механизм межрегиональных взаиморасчетов, что позволило жителям Воронежской области при предъявлении медицинского полиса лечиться в любом регионе страны. Это стало возможным благодаря активному участию ТФОМС Воронежской области в рабочей группе Федерального фонда ОМС.

программный комплекс «Автоматизированная поддержка контроля реестров счетов, реэкспертизы МЭЭ, ЭКПМ».

Сегодня система ОМС переживает очередную цифровую трансформацию. Происходит процесс полной перестройки деятельности медицинских организаций, вывода взаимодействия с пациентами на новый уровень. Он призван превратить здравоохранение в единую экосистему, которая позволит решать мелкие и значимые проблемы, уделяя при этом максимум внимания пациенту. В октябре 2022 г. в рамках XIII ежегодного Международного конгресса «Информационные технологии в медицине» разработана сотрудниками нашего фонда «Региональная подсистема учёта прикрепленных к медицинским организациям застрахованных лиц, использующая интеграционные сервисы взаимодействия» была награждена дипломом ежегодного всероссийского конкурса разработок в области информатизации здравоохранения «Лучшее ИТ-решение для здравоохранения».

Создание подсистемы автоматизации учёта прикрепления застрахованных лиц к медицинским организациям позволяет обеспечивать актуальность, полноту и достоверность больших массивов данных. Они могут быть использованы для планирования работы амбулаторно-поликлинического звена, расчета финансирования медицинских организаций по подушевому принципу, экспорта сведений о фактах прикрепления застрахованных лиц к медицинским организациям на портал Госуслуг; а также для иных целей в сфере обеспечения прав граждан на оказание бесплатной качественной медицинской помощи. Подсистема обеспечивает качество информации и принимаемых с её использованием управленческих решений.

– Наверное, на торжественном заседании по случаю юбилея системы ОМС наградили лучших сотрудников... Кого бы из них вы хотели выделить?

– Успех любого дела, особенно на старте, зависит от наличия единомышленников и союзников. Любая система – это люди. Всё, чего мы достигли за это время, было бы невозможно без знаний, профессионализма, преданности своему делу наших ветеранов, без всего нашего большого и дружного коллектива. Я благодарю наших первопроходцев, пионеров медицинского страхования, за смелость и самоотдачу, за то, что они в непростое время 90-х годов, невзирая на организационные неурядицы, отсутствие подготовленных кадров,

ласть Лидия Антонова. Константин Московченко занимался разработкой тарифов и вышел на пенсию в 75 лет. На заслуженный отдых отправились Нина Устименко и Ирина Гужвина, контролировавшие качество медицинской помощи, оказанной жителям Воронежской области на её территории и за её пределами. В ряду ветеранов также Василий Соловьёв, занимавшийся организацией ОМС. Почти 10 лет Воронежский ТФОМС возглавлял доктор медицинских наук Пётр Чесноков, к сожалению, уже ушедший из жизни.

За многолетнюю плодотворную трудовую деятельность, высокий профессионализм, ответственное отношение к порученному делу и в связи с празднованием 30-летия со дня создания системы ОМС 55 работников фонда удостоены высоких наград, в том числе Федерального фонда обязательного медицинского страхования, почётных грамот и благодарностей правительства Воронежской области, областной Думы, Департамента здравоохранения Воронежской области; 12 работников вручены памятные знаки «30 лет ОМС в Российской Федерации». Благодаря их ежедневному труду, как и всего коллектива в целом, в Воронежской области удалось сформировать по-настоящему пациентоориентированную модель, направленную на повышение качества и доступности медицинской помощи, а значит, и продолжительность жизни воронежцев.

– Как строится взаимодействие территориального фонда с профессиональными ассоциациями и органами управления здравоохранением?

– Региональная система ОМС неразрывно связана с многолетними и надёжными партнерами, такими как Воронежская областная Дума, Департамент здравоохранения Воронежской области, Союз медицинского сообщества «Ассоциация работников здравоохранения Воронежской области», областные Управление федерального казначейства, Контрольно-счётная палата, Управление Росздравнадзора, организация Профсоюза работников здравоохранения РФ.

Много лет непосредственное участие в управлении бюджетом системы ОМС Воронежской области принимает председатель областной Думы Владимир Нетёсов. Как член правления ТФОМС Воронежской области и как председатель высшего органа законодательной власти региона он проходит весь бюджетный процесс, начиная с этапа формирования и утверждения бюджетного плана фонда и

помощи и реализации законодательства в сфере ОМС. Постоянным членом КС является заместитель руководителя Управления Федеральной службы России по надзору в сфере здравоохранения по Воронежской области Людмила Афанасенко. В данное управление поступает информация о ходе проведения контрольно-экспертных мероприятий в сфере ОМС и выявленных нарушениях при оказании медицинской помощи, результаты рассмотрения обращений граждан в фонд и страховые медицинские организации.

Территориальный фонд ОМС, Департамент здравоохранения Воронежской области, Союз медицинского сообщества «Ассоциация работников здравоохранения Воронежской области» на паритетных началах участвуют в работе комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования и заключению тарифного соглашения на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию на территории области. Председателем комиссии является первый заместитель руководителя Департамента здравоохранения Воронежской области Олег Минаков.

Долгое и тесное сотрудничество связывает наш фонд с Воронежским государственным медицинским университетом им. Н.Н. Бурденко. Совместная работа университета и территориального фонда по организации дополнительного профессионального образования медицинских работников с целью дальнейшего совершенствования подготовки врачей-экспертов и других медицинских специалистов и организаторов здравоохранения, разработка инновационных методик и внедрение новых форм работы по приоритетным направлениям развития в сфере ОМС, реализации эффективных управленческих решений всегда проходит в тесном контакте с учеными университета. Большая научная работа, которую осуществляют специалисты фонда на базе ВГМУ, имеет огромное значение для поиска прогрессивных подходов к организации и управлению региональным здравоохранением.

– Ваши пожелания коллегам, клиницистам, организаторам здравоохранения в день 30-летия...

– Исполнять свои обязанности и впредь так же профессионально, как и сейчас. Помните, что от качества нашей работы зависит здоровье наших сограждан.

Беседу вёл Алексей ПИМШИН.

Волгоградская областная организация профсоюза работников здравоохранения РФ совместно с Комитетом здравоохранения Волгоградской области поддерживает развитие спорта и на протяжении 39 лет ежегодно проводит Спартакиаду работников медицинских организаций. В этом году долгожданное и всеми любимое мероприятие прошло 8-9 сентября. Для участия в XXXIX Спартакиаде, проходившей в ДЗОЛ «Чайка» хутора Заяр Среднеахтубинского района, пригласили посостязаться в силе и ловкости врачей, средний медицинский персонал и других специалистов государственной системы здравоохранения области.

Соревнования среди сотрудников учреждений здравоохранения проводятся для активизации

аде недостаточно, претендентов отбирают по ряду критериев. Спортсмен должен быть штатно трудоустроен в медучреждении и являться членом отраслевого профсоюза, причём не менее одного года.

С учётом этих требований в соревнованиях приняли участие около 1000 человек. Команды были разделены на три группы в зависимости от категории лечебного учреждения: организации с численностью более 300 человек, представители центральных районных больниц, сборные учреждений численностью менее 300 человек. В программу включены состязания по волейболу, мини-футболу, настольному теннису, дартсу, стрельбе. Кроме того, прошли легкоатлетическая эстафета, соревнование «Мама, папа, я – спортивная семья» и состязание по перетягиванию каната.

Лицензированный учебный центр НМО в России
«МЕДСТАНДАРТПРОФ»

- АККРЕДИТАЦИЯ
- ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ПЕРЕПОДГОТОВКА
- ПОВЫШЕНИЕ КВАЛИФИКАЦИИ

Выдаем документы установленного государством образца с внесением в ФИС ФРДО. Доставка документов по адресу в течение 3-х рабочих дней.

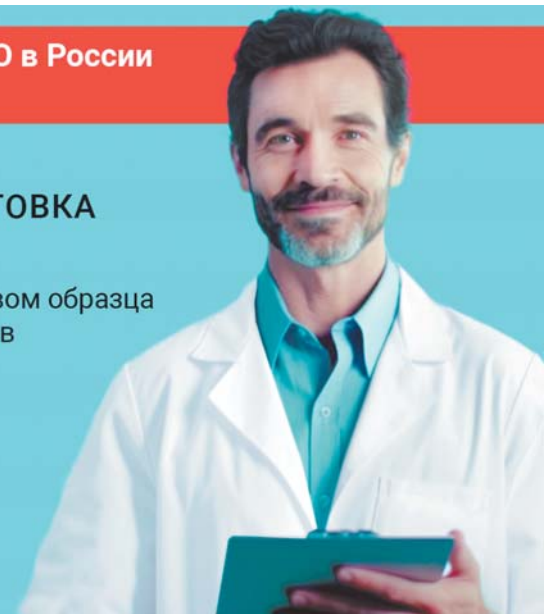


8 (800) 550-08-61



medstandartprof.ru

* 2000Р скидка на программу обучения



Профилактика

Спорт – для здоровья врача и престижа профессии



спортивной и оздоровительной работы в организациях региона, привлечения членов профсоюза работников здравоохранения и их семей к систематическим занятиям физической культурой и спортом. А конечная их цель – укреплять здоровье граждан и само профсоюзное движение. В Волгоградской области с этими задачами успешно справляются уже не первый год. За многолетнюю историю проведения спартакиады лишь однажды был сделан вынужденный перерыв на 2 года в связи с пандемией коронавируса. В прошлом году соревнования возобновились, а в этом мероприятие проходило под девизом: «Россия! Единство! Спорт! Профсоюз! Мы вместе! Мы сила! Великий союз!»

С приветственными словами к участникам спартакиады обратилась председатель Волгоградской областной организации профсоюза работников здравоохранения РФ Ирина Ерохина. Она пожелала успехов участникам и вручила памятный нагрудный знак «За многолетнюю и активную работу в отраслевом профсоюзе» доценту кафедры физической культуры и здоровья ВолгГМУ, главному судье спартакиады – Валерию Неумоину. Кроме того, медалью «За активную работу по развитию физкультуры и спорта в учреждениях здравоохранения» были награждены 12 участников из различных команд, которые на протяжении многих лет принимают участие в спартакиадах.

В этом году состязались 53 команды. Отметим, что просто желания участвовать в спартаки-

Впервые в этом году в программу включили тиреоборьбу с элементами ГТО среди главных врачей, которые посоревновались в дартсе,

стрельбе и бросках в баскетбольное кольцо.

Также впервые был проведён танцевальный батл «Профсоюзный

И.ЕРОХИНА:

«Здоровье сотрудника уже давно не считается его личным делом: слишком дорого оно обходится работодателю. Часто болеющие подчинённые пропускают работу, сильнее устают и работают менее эффективно. Сохранять и поддерживать здоровье работника с помощью физической культуры, вовлекать его в спорт – это важная социальная задача, решение которой должно осуществляться на различных уровнях, в том числе и на уровне профсоюзных организаций. В этом году мы собрали ещё больше активных и спортивных сотрудников медицинских организаций: кто-то мечтал взять реванш за два пропущенных года, кто-то получил возможность впервые попробовать свои силы. Девиз этого года отражает наше стремление к солидарности и единению в непростое для страны время, когда, как никогда, важны наша сила и сплочённость».



ритм». Он показал, что медицинским работникам не чужды современные танцы, и они находят время успешно их осваивать. Удовольствие от батла получили и участники, и зрители.

По традиции самая упорная борьба развернулась среди волейболистов, потому что все соперники играли на достаточно высоком

уровне и никак не хотели уступить победу. Состязания по волейболу длились два дня, спортсмены с раннего утра и до позднего вечера не покидали площадку, игра закончилась прямо перед закрытием спартакиады. А команды, участвующие в мини-футболе, сражались до самого конца под проливным дождём.

По итогам спартакиады лучшими в командном зачёте стали: в 1-й группе – Волгоградская областная клиническая больница № 1, клиническая больница № 12, Волгоградский областной клинический кардиологический центр; во 2-й группе – Старополтавская ЦРБ, ЦРБ Суворовкинского муниципального района, Калачёвская ЦРБ; в 3-й группе – городская детская поликлиника № 2, Волгоградский областной центр по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекцион-

И.ЕРОХИНА:

«Это наш общий вклад в популяризацию здорового образа жизни. Популярность спартакиады подтверждается расширением видов соревнований и ежегодным ростом числа участников, а также заинтересованных новых учреждений. Участие в соревнованиях – это не только случай проявить свой спортивный талант, физическую подготовку, но и отличная возможность встретиться с коллегами в неформальной обстановке. Кроме того, спортивные состязания способствуют укреплению отношений в трудовом коллективе, развитию командного духа».



ными заболеваниями, стоматологическая поликлиника № 9.

И организаторы, и участники отметили, что спартакиада решает одновременно несколько задач: укрепляет спортивный дух коллективов, объединяет и вовлекает молодёжь в профсоюзы, способствует пропаганде здорового образа жизни! Социально ответственные, активные врачи, все медицинские работники, отвечающие за здоровье и жизнь других людей, осознают, как важно улучшить собственное здоровье, уровень физической подготовленности, качество жизни. И самое главное – спартакиада помогает делать коллектив дружным и сплочённым.

Римма ШЕВЧЕНКО,
к.р.р. «МГ».

Гипотезы

Активность ночью увеличивает риск диабета

Специалисты Женской больницы Бригама в Бостоне (США) связали вечерний хронотип с повышенным риском диабета II типа. Согласно исследованию, опубликованному в журнале *Annals of Internal Medicine*, ночная активность увеличивает вероятность развития этого заболевания на 19% по сравнению с «жаворонками».

В ходе работы авторы проанализировали данные 63 тыс. участников (все были женщины), собранные в 2009-2017 гг. Затем испытуемых распределили по группам в зависимости от их хронотипа, который был определен во время опроса. Также учитывались качество питания, вес и индекс массы тела (ИМТ), курение, употребление алкоголя, физическая активность, количество сна в сутки и семейный анамнез.

Около 11% участниц сообщили о вечернем хронотипе, 35% — об утреннем. Остальная выборка (примерно половина) была отнесена к промежуточному типу.

Результаты показали, что «совы» подвержены на 72% большему риску формирования диабета по сравнению с «жаворонками». Однако такая статистика наблюдалась до учёта факторов образа жизни. После корректировки увеличение вероятности заболевания для «сов» было 19%.

Интересно, что среди участников, ведущих самый здоровый образ жизни, только 6% имели вечерний хронотип. А среди тех, кто вёл самый нездоровый образ жизни, 25% относились к «совам». Кроме того, люди с вечерним хронотипом чаще употребляли алкоголь в больших количествах, хуже питались, спали меньшее количество часов в сутки, а также курили. Однако «совы» имели нормальные показатели веса, ИМТ и физической активности.

Между тем учёные из Цзинаньского университета (Китай) нашли в ферментированном чае вещество для борьбы с диабетом. Они выяснили, что теабраунин из чёрного чая может повысить чувствительность к инсулину. Исследование опубликовано в журнале *Nutrients*.

Ранее было продемонстрировано, что биоактивный компонент тёмного китайского чая теабраунин повышает чувствительность к инсулину в скелетных мышцах и снижает уровень глюкозы в крови натощак, а также способствует росту полезных кишечных бактерий. В новом исследовании учёные провели эксперименты на клетках. Они подтвердили, что теабраунин нетоксичен для клеток, в том числе и в высоких концентрациях.

Обработка теабраунином снижала уровень активных форм кислорода, повреждающих клетки, в митохондриях. Это привело к ослаблению окислительного стресса в клетках. Кроме того, теабраунин замедлял работу молекулы HMGCR, участвующей в синтезе холестерина.

Теабраунин, выделенный из чая любой степени ферментации, вызывал усиление поглощения и переработки глюкозы клетками. Но теабраунин из чая длительной ферментации (14 дней) был эффективнее, чем из чая короткой ферментации (7 дней).

Ракурс

Учёные из Бирмингемского университета (Великобритания) пришли к выводу, что увлечение вейпами может нарушить работу иммунной системы. Исследование, опубликованное в *Journal of Allergy and Clinical Immunology*, показало, что воздействие паров электронных сигарет подавляет активность нейтрофилов.

Вейпы нарушают иммунитет



В ходе работы авторы взяли образцы крови у здоровых добровольцев, которые никогда не курили обычные и электронные сигареты. После чего из образцов были выделены нейтрофилы, способные уничтожать патогенные микроорганизмы и продукты распада тканей организма. Следующим этапом было воздействие на клетки 40 затычками вейпа без ароматизатора. Согласно предыдущим исследованиям, это равно среднему ежедневному потреблению. Также часть образцов обрабатывали парами с содержанием никотина, а часть — смесями без никотина.

Команда исследователей обнаружила, что во всех группах нейтрофилы остались живыми,

но менее работоспособными, поскольку они начинали двигаться медленнее. Этот процесс был вызван повышением уровня F-актина, который располагается внутри клеток и помогает им менять свою форму. В результате у нейтрофилов нарушалась защитная функция.

Команда предполагает, что у потребителей вейпов может быть повышенный риск респираторных заболеваний. Кроме того, нейтрофилы связаны со старением, хроническими обструктивными болезнями и с повреждением тканей, поэтому подавление активности этих клеток способно спровоцировать долгосрочные последствия для здоровья.

Исследования

Источник детских аллергий — в кишечнике

Несбалансированный микробиом кишечника связан с четырьмя распространёнными детскими аллергическими состояниями — экземой, астмой, пищевой аллергией и сенной лихорадкой, выяснили учёные. Результаты исследования, опубликованные в журнале *Nature Communications*, должны привести к разработке методов прогнозирования развития аллергии у ребёнка, а также способов предотвращения её развития, считают авторы.

Учёные из Университета Британской Колумбии и Детской больницы Британской Колумбии (Канада) обнаружили, что особенности микробиома кишечника и влияние раннего периода жизни связаны с развитием этих четырёх распространённых аллергий. Хотя эти аллергии имеют свои уникальные симптомы, исследователи хотели выяснить, имеют ли они общее происхождение, связанное с микробиомом кишечника младенцев.

Одна из авторов доклада Чаррис Петерсен отметила, что, хотя аллергии технически являются разными диагнозами, на клеточном уровне они «имеют много общего». Исследователи изучили клиниче-

ские данные 1115 детей, за которыми велось наблюдение с момента рождения до 5-летнего возраста. Примерно у половины из них аллергия ни разу не проявлялась, но у 592 детей врач диагностировал одно или несколько аллергических расстройств.

Изучая образцы кала, взятые при клинических осмотрах в 3 месяца, а затем в возрасте 1 года, учёные обнаружили бактериальную сигнатуру у тех детей, у которых к 5 годам развилась любая из аллергий. Эта бактериальная сигнатура является отличительным признаком несбалансированного микробиома кишечника, что, вероятно, приводит к нарушению целостности кишечной оболочки и усилению воспалительной реакции в кишечнике.

«Обычно наш организм терпимо относится к миллиону бактерий, живущих в кишечнике, поскольку они делают много полезного для нашего здоровья. Некоторые из способов переноса бактерий заключаются в создании прочного барьера между ними и нашими иммунными клетками, а также в ограничении воспалительных сигналов, которые могли бы побудить эти иммунные клетки к действию. Мы обнаружили общий сбой в этих механизмах у младенцев, предше-

ствующий развитию аллергии», — говорит соавтор исследования Кортни Хоскинсон.

Причиной такого дисбаланса может быть целый ряд факторов, включая диету, способ рождения ребёнка, место его проживания и воздействие лекарств, например антибиотиков. Антибиотики могут уничтожить чувствительные бактерии, в то время как грудное вскармливание, как известно, пополняет и обеспечивает необходимой пищей бактерии в кишечнике младенца.

По словам профессора кафедры педиатрии UBC Стюарта Турви, это позволяет сделать немало выводов.

«Из полученных данных видно, что такие факторы, как использование антибиотиков в первый год жизни, с большей вероятностью приведут к развитию аллергических заболеваний впоследствии, в то время как грудное вскармливание в течение первых 6 месяцев является защитой. Это универсально для всех изученных нами аллергических расстройств», — отметил профессор.

Исследователи надеются использовать полученные результаты для поиска методов лечения, корректирующих несбалансированный микробиом кишечника, сообщает *EuropeNews*.

Память

Умер создатель первой клонированной овцы

В возрасте 79 лет ушёл из жизни Иэн Уилмут — британский эмбриолог, один из создателей первого в мире клонированного млекопитающего, овцы по имени Долли, сообщает Би-Би-Си.

Профессор Уилмут работал в Рослинском институте изучения животных при Эдинбургском университете, где его работы заложили основу для исследования в области стволовых клеток. Это направление в науке сфокусировано на излечение многих болезней старения, позволяя организму регенерировать повреждённые или утратившие свою функциональность ткани. Научное наследие Уилмута включает в себя создание новой отрасли, известной как регенеративная медицина. Она имеет огромный потенциал, поскольку в будущем может позволить людям жить дольше и оставаться здоровыми.

Создание Долли в 1996 г., вероятно, принадлежит к числу величайших научных достижений XX века. Профессор Уилмут был одним из руководителей группы учёных, которая использовала клетку молочной железы от мёртвой взрослой овцы, чтобы создать живой организм, ге-

нетически идентичный донору. Эксперимент с Долли был первым опытом клонирования живого организма из клетки взрослого животного.

Технология клонирования заключалась в том, что ДНК взрослой клетки была помещена в пустую яйцеклетку овцы. Затем на неё воздействовали электричеством и химическими реагентами, что привело к «омоложению» взрослой ДНК, превратившейся в эмбрион. Далее его имплантировали в суррогатную овцу, которая и доносила клонированный эмбрион до срока.

Через много лет после рождения Долли японские исследователи, опираясь на работу профессора Уилмута, нашли способ, как создать без клонирования клетки, которые вели бы себя так же, как эмбриональные стволовые клетки человека. Они назвали их «индуцированными плюрипотентными стволовыми клетками» (iPS). Учёные по всему миру уже смогли вырастить широкий спектр разнофункциональных человеческих клеток, используя iPS. На данный момент они работают над тем, чтобы убедиться в их безопасности и эффективности. И только после этого могут начаться клинические испытания на пациентах.

В клиниках и лабораториях

Нейросеть выявит болезнь Паркинсона

В Университете Рочестера (США) создали онлайн-тест для определения тяжести болезни Паркинсона на основе искусственного интеллекта (ИИ). Результаты исследования описаны в журнале *Digital Medicine*.

Разработка представляет собой нейросеть, которая помогает людям с болезнью Паркинсона дистанционно оценить тяжесть их симптомов за несколько минут. Модель использует единую шкалу оценки болезни Паркинсона Междуна-

родного общества по изучению двигательных расстройств (MDS-UPDRS). Пользователю нужно 10 раз постучать пальцами перед веб-камерой, и алгоритм оценит двигательную активность и тяжесть тремора по шкале от 0 до 4. Для этого ИИ автоматически анализирует вычислительные показатели, включая скорость, амплитуду, частоту и период движений.

В рамках эксперимента программу протестировали на 250 участниках с болезнью Паркинсона со всего мира. Затем выводы

алгоритма сравнили с оценками 3 неврологов и 3 врачей первичной медицинской помощи. Опытные хирурги диагностировали стадию нейродегенеративного заболевания лучше, однако модель превзошла по знаниям фельдшеров.

Авторы считают, что их разработка демонстрирует полезное внедрение искусственного интеллекта в систему здравоохранения. Таким образом, нуждающиеся люди смогут получить консультацию за пределами клиник.

Вспомним царевича Ивана Ивановича, обладавшего всеми качествами, необходимыми правителю страны, и его раннюю смерть, о причинах которой специалисты спорят до сих пор. Попробуем составить общую картину, опираясь на известные факты, мнения специалистов, выводы исследователей.

Летописи и мемуары иностранных дипломатов свидетельствуют, что во времена опричнины правительство Грозного зачастую себя не утруждало судебной процедурой. Шли тайные убийства неугодных, тела которых обнаруживались затем в разных местах... Судебно-медицинской экспертизы не существовало, и причина смерти устанавливалась при необходимости по результатам врачебного наружного осмотра тела. Здесь следует упомянуть, что ко времени последних Юриковичей относится возникновение в Москве особого порядка опознания неизвестных трупов, число которых в ту эпоху существенно выросло. Для организации их сбора на улицах и установления личности существовал штат специальных служителей, называемых божедомами. В открытых гробах неизвестные трупы выставлялись на трое суток в определённом месте Китай-города, на одном из переулков (крестце). Оставшиеся неопознанными тела отвозились в особо отведённое, вне кладбищ, место (скудельню). Захоронение происходило в общей могиле. Этот процесс опознания был отражён великим русским художником А.М.Васнецовым в историческом пейзаже «На крестце в Китай-городе».

В возрасте 48 лет Иван Грозный тяжело заболел, объявив при этом, что оставляет царство сыну Ивану. Государя уже хотели соборовать, как вдруг он поднялся со смертного одра как ни в чём не бывало. Этот эпизод дал основание многим историкам считать заболевание Грозного симуляцией. Может быть, царь хотел испытать верность лукавых бояр и князей, а затем расправиться с изменившими ему. Возможен и иной вариант: Иван действительно заболел (например, простудным заболеванием), но не тяжело и притворно усилил признаки своего страдания. В медицине это явление давно известно и носит название аггравации.

Историки считают, что именно с момента массовой казни 1570 г., от которой содрогнулась вся Москва, началось глухое скрытое сопротивление царя и старшего сына, обладавшего нравом не менее крутым, чем отец. Вокруг царевича сплотились бояре, возглавляемые Захарьиными, его родственниками по матери. Царевич Иван Иванович редко упоминается в русских летописях и документах. Иноземные авторы рисуют его копией отца – жестоким, властным, подражателем нравов и обычаев Грозного (Д.Флетчер, Д.Горсей и др.).

Обстоятельства последней ссоры Ивана IV со старшим сыном в начале ноября 1581 г. известны из описания иезуита А.Поссевина (1893), прибывшего в Москву вскоре после похорон царевича. Он, в свою очередь, узнал о деталях происшедшего от своего земляка-переводчика, в момент конфликта находившегося во дворце. Внезапно вошедший в покои сына царь якобы застал невестку одетой «недостойно». Известно, что Иван Иванович пытался защитить беременную жену от отца, при этом схватил его за руки. Возникла ссора. Разгневанный царь нанёс сыну удар посохом в висок.

Польский хронист XVII века Р.Гейденштейн (1889) полагал, что истинной причиной трагедии была не спонтанная семейная ссора, а принципиальные полити-

ческие расхождения отца и сына, в частности, по вопросам внешней политики.

Д.Флетчер (1906) писал о смерти царевича Ивана «от головного ушиба, нанесённого ему отцом в припадке бешенства палкою, или... острым концом её, вонзившимся в голову». Сохранилось письмо Ивана IV к земским боярам, написанное 9 ноября 1581 г., через четыре дня после конфликта: «...которого вы дня от нас поехали и того дни Иван сын разнемогся и нынче конечно болел...» После того, как царь ударил сына жезлом, «тот или от удара,

что до травмы царевич был совершенно здоров.

Заметим, что удар таким массивным предметом, как посох, причинённый физически крепким человеком, каким был в то время Грозный, находившийся к тому же в состоянии возбуждения, бесспорно был нанесён с большой силой. Отсутствие сведений о клинической картине не позволяет судить, какие функции оказались нарушенными у царевича после травмы головы. Однако локализация места приложения силы (левая височная область) позволяет предположить, что у

Научно-исследовательского института судебной медицины Министерства здравоохранения СССР профессора В.И.Прозоровский, В.И.Алисиевич, кандидаты наук Э.И.Кантер и А.Ф.Рубцов, было проведено вскрытие в Архангельском соборе гробниц Ивана IV Грозного, его сыновей царевича Ивана и царя Фёдора: с целью проведения антропологического, химико-токсикологического и исторического исследований.

Судебным медикам было необходимо выяснить несколько новых вопросов: есть ли на останках трупов следы каких-либо меха-

ние остеоцитов. Каких-либо иных патологических изменений костей не обнаружено. Судя по скелету, Иван Грозный обладал большой физической силой, рост его был около 178-179 см.

Кости царевича Ивана сохранились значительно хуже. Соответственно расположению черепа в саркофаге были обнаружены только часть нижней челюсти, серо-белая порошкообразная масса и волосы. Кости предплечий и кистей лежали в поперечном положении на уровне нижней части грудной клетки. Шейные позвонки, левая ключица, рукоятка грудины

Забывшие имена

Царевич Иван, сын Грозного



или от сильной душевной боли впал в падучую болезнь, потом в лихорадку, от которой и умер» (Гейденштейн Р., 1889). Смерть последовала не сразу – у Ивана Ивановича развилась «падучая болезнь» и «горячка», которые через 11 дней после травмы свели его в могилу.

А.К.Толстой, прекрасно знавший архивные источники по русской истории, в трагедии «Смерть Иоанна Грозного» так описывает обстоятельства происшедшего. Старый слуга, характеризую царю пожар дворца, в котором произошла ссора государя с сыном, вспоминает:

...В морозное, безоблачное утро
Нашла гроза. В твою

Проникла с треском молонья –

и разом
Дворец вспылал. Никто

из старожил

Того не помнит, чтоб когда

Была гроза!

Иоанн (про себя)

Да! Это Божий гнев!

В покое том я сына умертвил,

Там он упал – меж дверью

и окном –

Раз только вскрикнул, и упал –

хотел

За полог ухватиться, но не мог,

И вдруг упал – и кровь его

из раны

На полог брызнула...

Этот эпизод русской истории был перенесён на полотно другим гением – И.Е.Репиным (картина «Иван Грозный и сын его Иван 16 ноября 1585 года»).

М.Н.Тихомиров (1973) обоснованно утверждает, что современники, по понятным причинам, старались замолчать сыноубийство. Большинство русских летописей говорит, что царевича «не стало в живых в Александровской слободе». Только Псковский летописец указывает, что царь убил сына «осном» (стальное четырёхгранное остриё посоха). – Ю.М.)

Ивана Ивановича могли сразу же нарушиться ориентация в окружающем пространстве, речь, слух, практические навыки, центры регуляции которых располагаются в височных долях головного мозга. Малая ударная поверхность острия, сконцентрировавшая эту силу, обусловила, как мне представляется, несомненное повреждение чешуи височной кости, как известно, одной из наиболее тонких костей свода черепа.

Примерное судебно-медицинское заключение «по материалам дела» может быть сформулировано следующим образом: смерть царевича Ивана Ивановича, 27 лет, последовала от открытой черепно-мозговой травмы с переломом костей черепа, ушибом головного мозга, ушибленной раной левой височной области и осложнившейся воспалением ткани головного мозга и его оболочек.

Раскрывая этот тезис, следует пояснить следующее. Отсроченная на 11 дней от момента травмы гибель царевича позволяет исключить смерть от другого частого, наряду с ушибом, проявления мозговой травмы – сдавления головного мозга массивным кровоизлиянием. «Лихорадка» и «падучая болезнь» (судорожный синдром) явились проявлением инфекционных осложнений травмы, типичных для подострого периода её течения. Помимо инфекции в полости черепа вследствие внесения её орудием травмы, скорее всего, развилась и пневмония (воспаление лёгких), осложняющая, как правило, течение черепно-мозговой травмы.

Семнадцать лет прожил Грозный в Александровской слободе, покинув её навсегда вместе с похоронной процессией, сопровождавшей в Москву тело сына. В стране был объявлен траур, царь отправился на покаяние в Свято-Троице-Сергиев монастырь.

* * *

Прошли столетия... В рамках масштабных реставрационных работ в храмах Кремля 23 апреля 1963 г. специальной комиссией Министерства культуры СССР (председатель – доктор исторических наук А.П.Смирнов), в состав которой входили сотрудники

нических повреждений, каков их характер и механизм, какими орудиями они были нанесены, есть ли признаки отравления. Приводимые в дальнейшем сведения основаны на публикациях В.И.Прозоровского и соавт. (1969, 1970). Решение поставленных задач было связано с трудностями, обусловленными тем, что с момента захоронения прошло около 400 лет. За столь длительный период многие яды могли исчезнуть или измениться, с другой стороны, при гнилостном разложении могли образоваться новые химические соединения. Поэтому исследование останков производили на ограниченные группы веществ, главным образом, на так называемые «металлические» яды. Существенный научный интерес представляло изучение влияния длительного нахождения трупов в саркофагах на сохранность тел.

Все гробницы были однотипными. Сверху каждой находилась сделанный в начале XX века медный кожух с крестом и надписями имён погребённых, под ним – надгробия из кирпича; у каждого из них лежали белокаменные плиты с надписями (взяты XVII века) имён умерших, дат их смерти. Под надгробиями оказались вырубленные из цельных известковых глыб однотипные саркофаги, полукруглые в изголовье и расширяющиеся соответственно положению плеч. Они были закрыты белокаменными плитами с надписями имён погребённых, дат их смерти и захоронения.

Ивана Грозного похоронили в схиме. Останки царевича Ивана и его брата были завернуты в шёлковые покрывала из камки, спелёнутые тесьмой. В саркофагах царей находились стеклянные сосуды в виде бокалов с желтоватобурой густой жидкостью и плотной массой на дне, представлявших, по-видимому, елей.

В саркофагах находилось много чёрно-бурого порошкообразного тлена, содержащего полуистлевшие мелкие частицы ткани одежды и тканей трупов. Внутренняя поверхность саркофагов была влажной. Извлечение останков из саркофагов производилось под непосредственным руководством известного антрополога профессора М.М.Герасимова, входившего в состав комиссии.

Кости скелета Ивана Грозного были правильно расположены. Череп слегка повернут влево, небольшой, с сильно развитым рельефом, низким лбом, значительно выступающими надбровьем и подбородком. Кости правого предплечья согнуты в области локтевого сустава так, что концевые фаланги кисти соприкасались с нижней челюстью. Левое предплечье находилось в нижней части грудной клетки поперёк. Скелет сравнительно хорошо сохранился, на поверхности костей имелись отложения кристаллов солей. Обращало на себя внимание резко выраженное разраста-

и левая малая берцовая кость представляли собой крошащуюся серо-беловатую массу. Рёбра состояли из фрагментов чёрно-бурого цвета. На поверхности сохранившихся костей – отложения кристаллов.

При исследовании волос царевича Ивана установлено, что их роговое вещество в связи с длительностью захоронения приобрело диффузную ярко-жёлтую окраску, поэтому первоначальный цвет волос установить не удалось. Корневые концы большинства их имели луковицу коричнево-бурого цвета. Наибольшая длина волос на голове равнялась 5,8 см. Наличия крови на них обнаружено не было. При химическом исследовании порошкообразной чёрно-бурой массы, отдельных костей, волос, ногтей, одежды найден мышьяк в количестве от 8 до 150 мкг в объектах из саркофага Ивана Грозного, от 14 до 267 мкг – в пробах из захоронения царевича Ивана (в пересчёте на 100 г). В объектах из саркофагов Ивана Грозного и царевича Ивана обнаружена ртуть: в саркофаге Грозного – от 20 до 1330 мкг, царевича Ивана – от 12 до 1330 мкг. Медь найдена в количестве от 2,5 до 162 мг. Такое высокое её содержание комиссия связала с использованием для отделки погребальной одежды большого количества медьсодержащих украшений. Обнаруженное количество мышьяка не даёт оснований говорить об отравлении. Повышенное количество ртути, выявленное в останках Ивана Грозного и царевича Ивана, могло быть обусловлено применением ртутьсодержащих препаратов, широко применявшихся в то время с лечебной целью. Однако возможность острого или хронического отравления этими препаратами комиссия полностью не исключила.

Механических повреждений на сохранившихся костях Грозного и его сыновей не обнаружено. «Длительное нахождение трупов в негерметично закрытых саркофагах из известняка, установленных в нишах пола, при резких колебаниях температуры и проникновении в могилы грунтовых вод способствовало развитию гнилостных процессов, приведших к полному превращению мягких тканей в порошкообразный тлен и к частичному разрушению костей скелета».

22 ноября 1965 г. после исследований останки царей Ивана Грозного, Фёдора Ивановича, царевича Ивана были возвращены в саркофаги: кости скелетов и черепа, пропитанные воском с каинифолью, положены в анатомическом порядке под защитный слой песка. Весь процесс захоронения и восстановления гробниц был снят на кино- и фотоплёнку. Возможности науки XX века не смогли дать ответы на причины смерти Ивана Грозного и его сына Ивана.

Юрий МОЛИН,
заслуженный врач России,
профессор.

Санкт-Петербург.

Утром в пятницу у Алексея было прекрасное настроение, хотя после работы предстояло заступить на очередное дежурство. Но зато в субботу он махнёт к приятелю на дачу, а там его ожидает поход в лес за грибами, после – банька и шашлык на берегу озера. Опять же сегодня вечером он пригласил на чаепитие своего пациента, интереснейшего собеседника, и основательно приготовился к разговору с ним. Пришлось вспомнить о своих поэтических способностях молодости: придумал оригинальное завершение фразы «Нырря взглядом в декольте...» – «поклон шлю вашей красоте» и припомнил собственную рифму к слову «солнце»: «Учитель наш – второе Солнце, в его лучах растут питомцы!» Последняя фраза была когда-то придумана для поздравления профессору-кардиологу В.М.Яковлеву. Алексей предвкушал эффект самоутверждения в глазах пациента и его товарищей – поэтов, но день пошёл по негативному сценарию.

Только он ступил на порог ординаторской, как услышал ехидный тон своего извечного оппонента в вопросах политики и спорта – терапевта Валентина Петровича:

– Ну что? Продули твои супермены – и Медведев, и Рублёв. Я ж говорил, что это не звёзды, а временные выскочки!

– Они не обязаны каждый раз выигрывать! Я радуюсь, что в первой десятке мирового тенниса появились россияне! – сдерживая раздражение, отпарировал Алексей.

– Как мало нужно для счастья ведущему кардиологу клиники! Почти как реаниматологу – пациенты живы и ладно, – ещё более ехидно продолжил коллега.

Тут Алексей чуть было не позволили себе бранный ответ, но вовремя сдержался, поскольку в этот момент в ординаторскую вошёл заведующий отделением.

Планёрка прошла вполне мирно, но в конце заведующий сообщил, что в адрес Алексея, вместо привычных благодарностей от пациентов, поступила жалоба от его пациентки Клары Борисовны Маркиной, которая утверждает, что Алексей Викторович обещал, что после лечения она будет бегать на дискотеку, но на деле сил хватает только на ближайшие магазины и аптеки.

Завотделением обратился ко всем менторским тоном:

– Коллеги! Напоминаю уже который раз! Нынче в этике общения

ТОМ

Вечернее дежурство

Рассказ

Анатолий ИВАНОВ



с пациентами действует правило правдивости, а «ложь во благо» потеряла свои былые позиции. Никаких необоснованных обещаний больному!

Алексей молча проглотил обидное для него, но, конечно, справедливое замечание. Дело в том, что при поступлении Клара Борисовна вообще не верила в выздоровление и собиралась умирать, даже просила пригласить родственников, чтобы попрощаться. Алексей кое-как её успокоил и вернул для красного словца про эту дискотеку. Зато больная поверила в успех лечения, стала усердно выполнять все его рекомендации и выписалась с записью в истории болезни «состояние удовлетворительное».

В дальнейшем, правда, ничего негативного не произошло, но и позитива не было – рядовой рабочий день врача-кардиолога.

После вечернего обхода Алексея, как всегда, собирался попить чаю в ординаторской. «Интересно, придёт Александр Михайлович или нет?» – подумал он, поскольку напоминать ему специально о своём прошлом приглашении не стал из-за своего испорченного настроения.

Пришёл! Постучать в дверь постеснялся, но стал прохаживаться по коридору своей шаркающей походкой, как и в прошлый раз. Алексей вышел из ординаторской и пригласил его войти. Сразу предупредил о своём неважном настроении и предложил рассказать что-нибудь весёлое про балагура Шурика, с которым Александр Михайлович пребывал в палате прошлый раз.

– С великим удовольствием! – ответил Александр Михайлович. – Такой яркий человек, что я запомнил почти всё, о чём он балагурил. Ну вот, например, его рассказ, как по совету участкового терапевта он занялся садоводством-огородничеством, чтобы укрепить здоровье. Вначале, говорит, замучила аллергия, видимо, на клубнику соседа: «Она у него крупная и сладкая, а моя – мелкая и кислая». Затем начались проблемы с внутренними органами, поскольку что бы ни сеял, упорно росли мак и конопля. После посещения гражданина в погонах пришлось бросить это оздоровительное занятие.

Алексей рассмеялся: «Артист, ему бы на сцене в программе Петросяна выступать».

Александр Михайлович тоже посмеялся за компанию с доктором и продолжил:

– Над собой он очень оригинально подтрунивал. В шахматы здорово играл – всех обыгрывал. Заявил, что мог бы стать гроссмейстером, но увлёкся домино и крепкими напитками. После первого инфаркта сделал первый шаг к трезвому образу жизни – водку стал запивать пивом безалкогольным. А после второго инфаркта вообще перешёл из класса млекопитающих и спиртоядных в отряд кефиропотребляющих. Вот так теперь и живёт – песок пока не сыпется, но уже льётся вместе с мочой.

Сосед по палате Семён стал постоянным объектом для шуток Шурика. Когда тот поступил, то сказал о себе, что он трудоголик, поэтому и оказался в кардиологическом отделении. На это Шурик отозвался трагическим голосом: «Я в своей жизни знал одного такого – работал дегустатором на ликёро-водочном заводе, тоже плохо кончил». А как-то вслед выходящему из палаты Семёну бросил: «Учитесь, коллеги, у нашего трудоголика, как надо уважать себя, – он мочу на анализ несёт с таким достоинством, будто идёт сдавать донорскую кровь!»

Алексей в очередной раз рассмеялся и спросил своего собеседника, что занятого балагур Шурик говорит о врачах.

– Его расхожей поговоркой было: «Как любит говорить наш участковый терапевт, жизнь вообще не сахар, особенно если у вас сахарный диабет» – стал вспоминать Александр Михайлович. – А однажды в споре с Семёном он заявил, что сегодня найти хорошего врача и клинику не так уж трудно – трудно заплатить. А ещё как-то Шурик рассказывал про врача, которого пациенты прозвали Айболитом, но не потому, что добрый, как можно подумать, а потому, что работал как ветеринар.

– Понятно, весёлые шутки закончились даже у балагура Шурика, осталась только сатира, – сказал Алексей. – У меня к вам будет личный вопрос, Александр Михайлович, вы пациент с большим опытом. Вот скажите, какого врача вы бы предпочли: кто говорит жёсткую правду о состоянии вашего здоровья или сглаживает ситуацию, чтобы не травмировать вашу психику?

– Знаете, Алексей Викторович, по-моему, любой больной хочет знать правду о своём состоянии здоровья, – подумав, ответил пациент-собеседник. – Но от врача не хочется слышать сообщений о самых мрачных, пусть и обоснованных его ожиданиях, тем более приговора, как от судьбы. Пусть врач всегда оставляет надежду на лучшее, хоть самую маленькую. А ещё, коль зашёл такой разговор, мы, больные, не любим слышать от врача укоров типа, что он «с таким же холестерином, сахаром и давлением» пришёл на работу, а не слоняется по поликлиникам. Здесь сравнения неуместны – он врач, профессионал, а больная пришёл к нему за помощью! Со всем другим делом, когда доктор рекомендует пациенту то же, что и самому себе. Например, как вы: и сами целебный чай для сердечников пьёте и нам рекомендуете, а меня даже угощаете.

– Я понял вас, спасибо за искренность и увлекательные рассказы. Действительно, интересные люди встречаются среди пациентов кардиологического отделения! Александр Михайлович, на следующей неделе проведём заключительное исследование с нагрузкой и, думаю, мы вас выпишем во вполне удовлетворительном состоянии. Но чуть что – звоните, всегда найдём возможность вас принять, обращайтесь только к нам.

Санкт-Петербург.

СКАНВОРД																																																																																																																																																																																		
Мегидролин	Областной центр										Вентиль	Залив, Гренландия																																																																																																																																																																						
			Заявленная лента	Узкая канавка	Испан. плац	Пророксан							Открыл Америку	Буква кириллицы	Отчизна	Топь																																																																																																																																																																		
Предал Христа	Природа		Часовня под храмом				Маленькие пирожки	Рязанов, фильм	Злак		Кошелек, Русь	"Скупой", перс.			Ботанический	Художник Арт ван дер ...																																																																																																																																																																		
			Резерв	"Медвежья лапа"	Бриллиант	Кладовая	Литер. жанр						Одновр. звучание																																																																																																																																																																					
От дождя	Опера Леонкавалло					Клин, удержание		Монстр	Гавана	Армян. коньяк			Отеч. грузовик	Маяковский, стих.																																																																																																																																																																				
Звено гусеницы					Обманщик		Жуелица			... наплакал	Подельный камень																																																																																																																																																																							
Минер. вода	Англ. единица длины				Сонм		Мастер на все ...																																																																																																																																																																											
					Счеты, Др. Рим		У слона																																																																																																																																																																											
Автор Валерий Шаршуков	Застой крови				Перунов		Число, месяц, год																																																																																																																																																																											
<table border="1"> <tr> <td>Р</td><td>Е</td><td>О</td><td>О</td><td>К</td><td>И</td><td>Р</td><td>М</td><td>Л</td><td>К</td><td>Е</td><td>Р</td> </tr> <tr> <td>З</td><td>Е</td><td>Р</td><td>О</td><td>О</td><td>К</td><td>И</td><td>Р</td><td>М</td><td>Л</td><td>К</td><td>Е</td><td>Р</td> </tr> <tr> <td>Л</td><td>Б</td><td>А</td><td>С</td><td>К</td><td>З</td><td>Е</td><td>Р</td><td>Н</td><td>О</td><td>Р</td><td>А</td><td>Р</td><td>Х</td><td>И</td><td>В</td><td>А</td><td>О</td> </tr> <tr> <td>Л</td><td>И</td><td>В</td><td>Р</td><td>К</td><td>О</td><td>К</td><td>К</td><td>О</td><td>К</td><td>Л</td><td>А</td><td>Б</td><td>А</td><td>К</td><td>С</td><td>В</td><td>Г</td><td>Р</td><td>О</td><td>М</td> </tr> <tr> <td>У</td><td>А</td><td>Г</td><td>О</td><td>Л</td><td>А</td><td>С</td><td>Т</td><td>С</td><td>Г</td><td>У</td><td>М</td><td>И</td><td>М</td><td>О</td><td>К</td><td>Р</td><td>У</td><td>Х</td><td>А</td> </tr> <tr> <td>О</td><td>М</td><td>А</td><td>Ч</td><td>Б</td><td>А</td><td>М</td><td>Н</td><td>К</td><td>Г</td><td>У</td><td>М</td><td>Е</td><td>Н</td><td>И</td><td>К</td><td>О</td><td>С</td><td>И</td><td>Н</td> </tr> <tr> <td>С</td><td>Ч</td><td>С</td><td>А</td><td>П</td><td>О</td><td>Г</td><td>И</td><td>И</td><td>С</td><td>Е</td><td>Р</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>В</td><td>Ы</td><td>С</td><td>Т</td><td>У</td><td>П</td><td>Л</td><td>Х</td><td>О</td><td>Л</td><td>О</td><td>П</td><td>Н</td><td>И</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>А</td><td>К</td><td>И</td><td>Н</td><td>О</td><td>В</td><td>А</td><td>Р</td><td>Ь</td><td>С</td><td>М</td><td>А</td><td>К</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>															Р	Е	О	О	К	И	Р	М	Л	К	Е	Р	З	Е	Р	О	О	К	И	Р	М	Л	К	Е	Р	Л	Б	А	С	К	З	Е	Р	Н	О	Р	А	Р	Х	И	В	А	О	Л	И	В	Р	К	О	К	К	О	К	Л	А	Б	А	К	С	В	Г	Р	О	М	У	А	Г	О	Л	А	С	Т	С	Г	У	М	И	М	О	К	Р	У	Х	А	О	М	А	Ч	Б	А	М	Н	К	Г	У	М	Е	Н	И	К	О	С	И	Н	С	Ч	С	А	П	О	Г	И	И	С	Е	Р									В	Ы	С	Т	У	П	Л	Х	О	Л	О	П	Н	И							А	К	И	Н	О	В	А	Р	Ь	С	М	А	К							
Р	Е	О	О	К	И	Р	М	Л	К	Е	Р																																																																																																																																																																							
З	Е	Р	О	О	К	И	Р	М	Л	К	Е	Р																																																																																																																																																																						
Л	Б	А	С	К	З	Е	Р	Н	О	Р	А	Р	Х	И	В	А	О																																																																																																																																																																	
Л	И	В	Р	К	О	К	К	О	К	Л	А	Б	А	К	С	В	Г	Р	О	М																																																																																																																																																														
У	А	Г	О	Л	А	С	Т	С	Г	У	М	И	М	О	К	Р	У	Х	А																																																																																																																																																															
О	М	А	Ч	Б	А	М	Н	К	Г	У	М	Е	Н	И	К	О	С	И	Н																																																																																																																																																															
С	Ч	С	А	П	О	Г	И	И	С	Е	Р																																																																																																																																																																							
В	Ы	С	Т	У	П	Л	Х	О	Л	О	П	Н	И																																																																																																																																																																					
А	К	И	Н	О	В	А	Р	Ь	С	М	А	К																																																																																																																																																																						

Ответы на сканворд, опубликованный в № 36 от 13.09.2023.

Полное или частичное воспроизведение или размножение каким-либо способом материалов, опубликованных в настоящем издании, допускается только с письменного разрешения редакции газеты. Мнение редакции может не совпадать с точкой зрения авторов. Редакция имеет право публиковать присланные в свой адрес материалы. Факт пересылки означает согласие автора на передачу редакции прав на публикацию и получение соответствующего гонорара.

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 № 2339. Тираж 14 009 экз. Распространяется по подписке в Российской Федерации и зарубежных странах.



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

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