

# Медицинская

1 ноября 2023 г.  
среда  
№ 43 (8112)

# Газета®



130 лет

ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ВРАЧЕБНОЕ ИЗДАНИЕ

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

[www.mgzt.ru](http://www.mgzt.ru)

IX съезд Национальной медицинской палаты собрал делегатов от Чукотки до Калининграда.

Стр. 6-7

Можно ли рассчитывать на развитие отрасли, если финансировать её в пределах 3,6% от ВВП?

Стр. 10

Председатель Республиканской организации Башкортостана Профсоюза работников здравоохранения РФ Р.Халфин о взаимодействии с социальными сетями.

Стр. 11

В центре внимания

## Как предотвратить катастрофу?

### В России прошла Неделя борьбы с инсультом



Во многих странах в конце октября отметили Всемирный день борьбы с инсультом. Информационно-просветительские мероприятия по этому случаю состоялись и в нашей стране. Цель их проведения – информирование населения о профилактике факторов риска развития инсульта и его симптомах.

– Инсульт стремительно молодеет, – заявила руководитель Федерального агентства медико-биологического агентства Вероника Скворцова. – От 5 до 8% случаев наблюдаются у людей до 45 лет, а каждые последующие 10 лет риск заболевания увеличивается в 3 раза. При этом опасные последствия болезни можно предотвратить с помощью профилактики и медицинского контроля.

Сегодня инсульт – одна из главных причин смертности и инвалидности во всём мире. Россия – не исключение. Ежегодно в стране регистрируется более 450 тыс. случаев острого нарушения мозгового кровообращения. Заболеваемость такими сосудистыми катастрофами в

Каждый день в московские многопрофильные больницы поступают сотни пациентов с инсультом

год составляет 2,5-3,5 случая на 1000 населения в год.

– Методы нейрореабилитации подбираются индивидуально в зависимости от того, какой отдел мозга повреждён при инсульте и какие функции пострадали, – поясняет невролог, заместитель главного врача по внебюджетной деятельности Университетской клинической больницы № 3 Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М.Сеченова, ассистент кафедры нервных болезней и нейрохирургии Института клинической медицины им. Н.В.Склифосовского Ксения Шевцова. – Это могут быть лечебная физкультура, массаж, занятия, направленные на развитие речи, памяти, внимания и мышления. Что касается новых методов нейрореабилитации, то в нашем университете активно применяются различные методы биологической обратной связи и VR-терапия. Биологическая обратная связь – это обучение клеток нервной системы утраченным навыкам с по-

мощью компьютерной программы и определённых видеоигр. Принцип VR-терапии – такой же. Только при этом используются VR-очки или шлем. С помощью БОС и VR-терапии, например, можно улучшить походку, моторику рук и скорректировать другие пострадавшие функции.

Самыми уникальными компетенциями в сфере лечения нарушений мозгового кровообращения и нейрореабилитации обладает Федеральный центр мозга и нейротехнологий ФМБА России. Клиника имеет мощную клиническую и научную базу, оснащена диагностическим оборудованием для высокоточной визуализации органов и тканей с использованием магнитно-резонансной и мультиспиральной рентгеновской компьютерной томографии.

Алексей ПИМШИН.

Фото  
Олега КИРЮШКИНА.

Итоги

## Опередили США и Канаду

Россия достигла наименьшего за всю историю показателя младенческой смертности – 3,9 промилле. Об этом свидетельствует новое статистическое исследование Агентства ООН по оценке детской смертности (United Nations Inter-Agency Group for Child Mortality Estimation), которое составило рейтинг стран мира по уровню младенческой смертности – числу случаев смерти детей в возрасте до года на 1000 родившихся живыми. Эти показатели в разных странах регулярно рассчитываются в рамках специальной программы на основе статистических данных, получаемых от национальных институтов и международных организаций

Россия значительно обошла такие страны, как США (там уровень младенческой смертности составляет 5,4 промилле), Канаду (4,3), КНР и Саудовскую Аравию (по 5,7), другие государства, в том числе постсоветского пространства. Например, в Туркмении показатель младенческой смертности составил 35,1 промилле, в Азербайджане 16,5. Самый высокий уровень в мире в Нигерии – 73,0 промилле.

Младенческая смертность является одной из базовых в оценке общего уровня социально-демографического развития и достаточно точно характеризует социальное положение населения, состояние национальных систем здравоохранения и отношение к человеческой жизни в целом на территории той или иной страны. Коэффициент младенческой смертности применяется в качестве средства анализа для построения сравнительных рейтингов, отражающих качество жизни населения в различных странах, а также используется для расчёта индекса человеческого развития.

Россия системно и целенаправленно повышает число спасённых младен-

цев, что является результатом политики государства по созданию современных перинатальных центров, системы маршрутизации пациентов в федеральные клиники, мониторинга рожениц.

– Работа проводится в рамках задач, определённых Президентом РФ Владимиром Путиным и реализуемых Министерством здравоохранения. За показателями кроется эффективная система, которая создана и функционирует. А главное, это реальные цифры спасённых жизней, сохранённых и крепких семей, – сказал главный неонатолог Минздрава России ректор Санкт-Петербургского государственного педиатрического медицинского университета Дмитрий Иванов.

По его словам, в стране выровнена материально-техническая база в стационарах, нет дефицита медикаментов и расходных материалов. Рейтинг ООН, подготовленный в период санкций, показал: Россия укрепляется, медицина страны улучшает свои результаты.

Виктор  
КОТЕЛЬНИЧЕСКИЙ.

## КАПИТАНЫ ОТРАСЛИ

### Егор КОРЧАГИН

Главный врач Красноярской краевой клинической больницы:

Для отрасли в целом тотальное обеспечение «яркими личностями» – путь деструктивный. Если все до единого управленцы окажутся лидерами, они никогда не договорятся друг с другом.

Стр. 4



## Новости

## Исключить право на ошибку

В отделение урологии поступила 45-летняя пациентка на плановое оперативное лечение: нефролитомия справа, резекция объёмного образования правой почки.

В 2013 г. при прохождении обследования у пациентки выявлена агенезия левой почки. Спустя 10 лет, в июле у неё появились боли в поясничной области справа. После проведения КТ почек и МВП с контрастированием медиками выявлено объёмное образование правой почки.

Пациентку срочно направили на госпитализацию. Ей была выполнена операция – хирурги удалили образование единственной правой почки в пределах здоровых тканей.

– Это был сложный случай. Пациентка имела тяжёлый анамнез. Врачи урологического отделения понимали, что операция может быть сопряжена с рисками, но решили сделать всё возможное, чтобы помочь пациентке. Так как у неё оставалась только одна почка, права на ошибку не было. Наши врачи смогли успешно провести эту операцию и дать пациентке надежду на выздоровление, – отметил главный врач больницы Одиссей Хаджиев.

Медикам уверены, что благодаря слаженной работе команды врачей и наличию современной медицинской аппаратуры пациентка сможет полностью восстановиться и вернуться к полноценной жизни.

Рубен КАЗАРЯН.

Ставропольский край.

## Результаты скрининга

За 8 месяцев этого года расширенный неонатальный скрининг прошли более 12 тыс. новорождённых. Тест-бланки из медицинских организаций Югры генетики Центра охраны материнства и детства отправили в межрегиональный центр РНС в Екатеринбург.

В группу риска попало 358 детей, в том числе 277 – по наследственным болезням обмена, 78 – по первичным иммунодефицитам, 3 – по спинальной мышечной атрофии.

Для дополнительных исследований 352 набора биоматериала с сопроводительным пакетом врачи направили в референс-центр (МГНЦ им. Н.П.Бочкова).

Получены результаты 340 детей. У семи малышей установлены заболевания: у 3 – фенилкетонурия, 3 – первичный иммунодефицит, 1 – спинальная мышечная атрофия. По словам специалистов, обследование проводится у новорождённых в первую неделю жизни всего по 8 каплям крови и позволяет выявить редкие генетические заболевания. Такие результаты достигнуты благодаря увеличению неонатального скрининга с 1 января 2023 г. до 36 нозологий.

Оператором программы в Югре является Сургутский окружной клинический центр охраны материнства и детства.

Алёна ЖУКОВА.

Ханты-Мансийский автономный округ – Югра.

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

Ушёл из жизни врач, посвятивший неонатологии весь свой долгий профессиональный путь,

**Валерий Григорьевич  
АКСЕЛЬРОД**

Родился Валерий Григорьевич 26 марта 1951 г. Окончил 2-й Московский ордена Ленина государственный медицинский институт им. Н.И.Пирогова (ныне РНИМУ им. Н.И.Пирогова) по специальности педиатрия. Свой профессиональный путь он связал с неонатологией. После образования первой в стране кафедры неонатологии на базе Института усовершенствования врачей под руководством профессора Виктора Васильевича Гаврюшова стал сотрудником кафедры. Здесь получали последипломное образование врачи роддомов из разных уголков страны.



Валерий Григорьевич был основным консультантом для разработчиков отечественных образцов медицинской техники, а именно: инкубаторов и мониторов для выхаживания новорождённых детей, аппаратов искусственной вентиляции лёгких, а также диагностического оборудования. Благодаря его усилиям в Москве стали проводиться первые выставки медицинского оборудования, что впоследствии помогло организовать первые поставки современного медоборудования в СССР из-за рубежа.

Первые контакты с врачами из Европы и США состоялись опять же при активной работе и неутомимой энергии Валерия Григорьевича. В Москву по его приглашениям стали приезжать ведущие врачи и профессора из Англии, Швейцарии, Италии, Германии, Голландии, Франции, Японии, Китая и других стран для обучения наших специалистов и внедрения новых технологий лечения и выхаживания маленьких пациентов. Благодаря этому налаживались связи между российскими врачами и специалистами из разных стран. Наши врачи осваивали новые технологии лечения и диагностики, защищали диссертации, их научные труды публиковались в зарубежных журналах.

В 1995 г. Валерий Григорьевич создал ООО «Центр перинатальной медицины», который известен не только в нашей стране, но и за рубежом как флагман в оснащении роддомов и перинатальных центров медоборудованием. Сейчас в стране работает сеть перинатальных центров, где могут выхаживать детей с экстремально низкой массой тела.

Благодаря инициативе и при непосредственном участии Валерия Григорьевича была создана Ассоциация специалистов перинатальной медицины, которая объединила врачей различных специальностей в области перинатологии из разных уголков страны от Калининграда до Дальнего Востока.

Благородное дело, которому Валерий Григорьевич посвятил всю свою жизнь, развивается и приносит бесценную пользу в виде тысячи спасённых жизней новорождённых детей. Память о нём навеки останется в наших сердцах.

Коллеги и друзья.

## Работают мастера

## Титановый имплантат заменил кость грудины

Специалисты Национального медицинского исследовательского центра онкологии Минздрава России смогли помочь молодой женщине с метастатическим поражением грудной стенки. Два года назад 36-летняя пациентка получила комплексное лечение по поводу рака молочной железы. Но летом женщина заметила уплотнение на груди и обратилась в ростовский онкоцентр.

Осмотр и обследование подтвердили метастатическое поражение грудной стенки. Опухоль достигала 5 см в диаметре. Торакальные хирурги НМИЦ онкологии Минздрава России нашли эффективное решение, которое позволило избавиться от опухоли, восстановить функциональность организма и качество жизни пациентки. Было показано хирургическое лечение с удалением грудины и последующей установкой титанового имплантата.

– Подобные клинические случаи встречаются редко. В Ростовской области хирургическое вмешательство с реконструкцией грудной стенки титановым имплантатом выполнено впервые. Это стало возможным благодаря участию НМИЦ онкологии в клинической апробации метода по применению индивидуальных 3D-имплантатов



при опухолях грудины, – говорит генеральный директор центра академик РАН Олег Кит.

Для изготовления титанового имплантата по форме, повторяющей конфигурацию костного дефекта пациентки, хирурги вместе с рентгенологами центра подготовили 3D-модель компьютерной томографии. Методом трёхмерной печати российская биомедицинская компания изготовила индивидуальный титановый имплантат и крепления.

Вес конструкции не превысил 100 г. – Чтобы стабилизировать состояние пациентки и не допустить роста опухоли в период изготовления титановой конструкции, было назначено два курса химиотерапии. Благодаря этому опухоль остано-

вила свой рост, была назначена операция. Мы удалили пациентке кость грудины, поражённую опухолью, и установили титановый имплантат. Под ним разместили специальную сетку, которая выполняет дополнительную каркасную функцию, – разъяснил заведующий отделением торакальной онкологии НМИЦ онкологии Дмитрий Харгаезов.

Операция прошла успешно, для восстановления даже не понадобился корсет. Установленная титановая конструкция повторяет анатомию тела и не вызывает дискомфорта. Пациентка выписана домой и готовится выйти на работу.

Анатолий ПЕТРЕНКО.

## Инициатива

Правительственная комиссия по законопроектной деятельности одобрила инициативу, по которой врачи получают право назначать пациентам БАДы и выписывать на них рецепты, сообщил член комиссии, председатель правления Ассоциации юристов России Владимир Груздев.

«Законопроект наделяет медработников правом назначать БАДы, отвечающие по качеству законодательству РФ и зарегистрированные в соответствии с ним. Проектом также запрещается распространение информации, содержащей предложения о розничной торговле биологически активными добавка-

## БАДы по рецепту

ми, в том числе дистанционным способом», – сказал он.

Кроме того, правительство получит полномочия по установлению качества БАДов и сырья для их изготовления в зависимости от степени их влияния на здоровье человека, добавил эксперт. Правительство сможет устанавливать способы регистрации БАДов, произведённых отечественными производителями, а также особенности применения БАДов на территории России.

Структуру регулирования биологически активных добавок предлагается выстроить по аналогии с контролем лекарственных препаратов и медицинских изделий, в отношении которых с 2020 г. действуют особенности их регистрации и обращения.

Вводимые изменения могут снизить обороты рынка БАДов, поскольку в большинстве случаев граждане приобретают их без рецептов и предварительной консультации медицинских работников.

Антон СОКОЛОВ.

## Перемены

## Тотальное отклонение от нормы

Учёные Научно-исследовательского института комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний (Кемеро) исследуют изменения в костно-мышечно-жировой структуре у пациентов с ишемической болезнью сердца. Одна из целей проекта – подтвердить или опровергнуть гипотезу о том, что атеросклероз и нарушения костно-мышечно-жировой системы – результаты развития одного и того же патологического процесса, в частности, хронического воспаления, которое запускает отклонение от нормы в жировой, мышечной и костной тканях.

Исследователи изучают клинико-анамнестические особенности, данные инструментальных и лабораторных исследований, биохимические маркеры крови, которые отображают изменения в костно-мышечно-жировых структурах. В целом планируется посмотреть выборку из 800 пациентов с ишемической болезнью сердца, к настоящему времени уже получена необходимая информация о

387 пациентах. В их числе у 13% выявлена саркопения, у 7% – остеопения, у 6,5% – остеосаркопения. А ещё у 2% обследованных обнаружили остеосаркопеническое ожирение (ОСО), пока не до конца изученное, но весьма небезобидное заболевание костно-мышечно-жировой системы.

Как пояснила научный сотрудник лаборатории коморбидности при сердечно-сосудистых заболеваниях института кандидат медицинских наук Кристина Кривошапова, остеосаркопеническое ожирение – это синдром, который сочетает три патологических состояния: остеопению, саркопению, увеличение объёма жировой ткани и замещение ею мышечных и костных структур.

– В рамках проекта мы изучаем обширный спектр биомаркёров, которые могут быть задействованы в развитии изменений костно-мышечно-жировых структур при остеосаркопеническом ожирении. В планах – разработать диагностический алгоритм для выявления ОСО, который будет состоять из наиболее специфичных инструмен-

тальных и лабораторных методов исследования. Сейчас единого стандарта диагностики не существует. Также опробуем для выявления структурных изменений в костно-мышечно-жировой ткани технологию лучевой диагностики: компьютерную томографию, УЗИ мышц, денситометрию, – объясняет К.Кривошапова.

Внимание кардиологов к изменениям в костно-мышечно-жировой структуре у пациентов с ССЗ не теоретическое, а вполне прикладное. Особую тревогу у специалистов вызывает остеосаркопеническое ожирение при ИБС, поскольку оно считается предиктором неблагоприятного прогноза. На фоне постарения населения и экспоненциального роста числа людей в возрасте старше 65 лет следует ожидать такого же быстрого роста распространённости атеросклероза и синдрома ОСО в ближайшие несколько лет. К этому медицина должна быть готова.

Елена ЮРИНА.

Кемеро.

Тенденции

## В ожидании новой вакцины

**Обновлённая вакцина против коронавируса «Спутник V» может быть введена в гражданский оборот сразу после подтверждения безопасности, сообщил главный специалист по инфекционным болезням Минздрава России профессор Владимир Чуланов.**

«С правовой точки зрения, сегодня ничто не сдерживает производство: Национальный исследовательский центр им. Н.Ф.Гамалеи может производить вакцину уже сейчас, чтобы с момента завершения клинических исследований её выпустить, — это их полномочия, так как у них есть в том числе и необходимые про-

изводственные мощности. Если клиническая эффективность и безопасность вакцины будут подтверждены, а академик Александр Гинцбург выразил в этом уверенность, вакцина сможет быть сразу введена в гражданский оборот», — сказал В.Чуланов.

Вакцина «Спутник V» с новым антигенным составом прошла доклинические исследования, в настоящее время совместно с Департаментом здравоохранения Москвы проводятся клинические исследования препарата. «Ориентировочный срок завершения наблюдения за участниками клинического исследования — около 4 недель», — добавил главный инфекционист.

При этом, по его словам, в настоящее время в стране не наблюдается активного роста заболеваемости и, что особенно важно, значительного роста числа госпитализаций.

Между тем как показал опрос «АльфаСтрахование», 70% россиян не боятся новой волны коронавируса и не планируют ревакцинироваться. Каждый третий считает, что вирус ослабевает от штамма к штамму. Болели коронавирусом один раз 41% опрошенных. Пока не сталкивались с вирусом 47%. При этом 61% не прививались. Больше половины — 55% — перенесли болезнь в лёгкой форме. Со средней тяжестью течения заболевания столкнулись

38% респондентов, но всё обошлось без госпитализации. 41% россиян не следят за новостями о ковиде и о новых штаммах не слышали. Каждый четвёртый в курсе, что появился новый вид вируса — пиrola. Свои знания за-тормозили на кракене 18%.

Наиболее эффективной мерой борьбы с вирусом каждый четвёртый опрошенный называет самоизоляцию. В действенность масочного режима верят 22%, 20% — в вакцинацию. За отмену массовых мероприятий выступают 13%, ещё 15% — за переход на удалёнку. Непопулярной мерой борьбы с вирусом россияне считают закрытие границ и обязательное ПЦР-тестирование. В опросе приняли участие 1222 человека.

Владимир ЧЕРНОВ.

Сотрудничество

## Алма-Атинской декларации 45 лет

**В рамках рабочего визита в Республику Казахстан министр здравоохранения РФ Михаил Мурашко выступил на Глобальной конференции по медико-санитарной помощи с докладом «Технологии трансформации первичной медико-санитарной помощи в РФ». Глобальная конференция приурочена к 45-летию Алма-Атинской и 5-летию Астанинской декларации — ключевым документам, в которых сформулированы главные принципы первичной медико-санитарной помощи.**

Как отметил министр, Алма-Атинская декларация фактически закрепила 45 лет назад в качестве эталонной модели развития первичной системы здравоохранения принципы, заложенные советским наркомом здравоохранения Н.Семашко. В системе Н.Семашко лежит приоритет профилактики как основы сохранения здоровья и всеобщей доступности медицинской помощи в первичном звене здравоохранения.

Первичная медико-санитарная помощь — ключевое звено в системе здравоохранения. По словам М.Мурашко, фактически сегодня распределение ресурсов в стране происходит так: 40% — первичная медико-санитарная помощь, 40% — стационарная, 20% — скорая помощь. Первичная помощь обеспечена в каждом населённом пункте: в городах — большие поликлинические подразделения, в сельской местности — ФАПы, врачебные амбулатории, быстровозводимые модульные конструкции, передвижные комплексы для проведения профосмотров и диспансеризации. Применяются технологии экстренной медпомощи и эвакуации санавиацией. Система здравоохранения помогает формировать здоровье в детстве, в зрелости сохранять его и поддерживать у лиц старшего возраста. Сегодня эти этапы включены в цифровой профиль пациента.

В рамках визита в Астану М.Мурашко также провёл ряд двусторонних встреч, в том числе с генеральным директором ВОЗ Тедросом Гебрейесусом, руководителем Европейского бюро ВОЗ Хансом Клюге, министром здравоохранения Казахстана Ажар Гиният, а также с министром здравоохранения Киргизии Алымкадыром Бейшеналиевым.

Обсуждались вопросы взаимодействия, касающиеся борьбы с инфекционными заболеваниями: различные их виды, обмен информацией, проведение совместных мероприятий по профилактике и борьбе с туберкулёзом, ВИЧ-инфекцией. Кроме того, обсуждался блок вопросов по неинфекционным заболеваниям, — рассказал М.Мурашко.

Он отметил материал по работам географически удалённого офиса по неинфекционным заболеваниям в Москве за предыдущие периоды — отчёт о том, что Россия сделала совместно с Европейским бюро ВОЗ. Обсуждалось также взаимодействие в регуляторной политике медицинской продукции. Это направление крайне важно, потому что единые подходы в регуляторной практике позволяют активно взаимодействовать с другими странами, в том числе облегчают выход российской продукции на рынки других стран.

Дмитрий ДЕНИСОВ.

Опросы

## Сколько денег нужно медикам для счастья?

**Представители разных профессий рассказали, сколько денег им нужно для счастья: самые высокие требования — у программистов, главных бухгалтеров, врачей и маркетологов. В опросе сервиса по поиску высокооплачиваемой работы SuperJob приняли участие представители различных профессий и специальностей.**

Среднестатистическому россиянину для счастья нужно 200 тыс. руб.

в месяц. Запросы растут с уровнем дохода. Среди представителей распространённых профессиональных групп также можно отследить эту закономерность. Так, своё счастье наиболее высоко оценивают те, кто зарабатывает больше: программисты со средней зарплатой в Москве в 270 тыс. руб. в месяц и главные бухгалтеры с заработком в 190 тыс. Российским разработчикам ПО и главным бухгалтерам в месяц нужно по 300 тыс. для счастья (данные в целом по РФ).

Врачи — на втором месте, их «счастливая» сумма составляет 250 тыс. руб. в месяц (при средней зарплате в Москве в 130 тыс. в месяц). Медицинские сёстры оценили счастье ниже — в 210 тыс., при этом их средняя зарплата в столице равна 70 тыс.

Российским дизайнерам для счастья требуется 240 тыс. ежемесячно, что примерно соответствует средним заработкам в UI/UX-дизайне в Москве (220 тыс.). Достаточно высокие за-

просы также можно наблюдать у представителей профессий, которые по роду своей деятельности распоряжаются большими бюджетами: у снабженцев (235 тыс.), пиарщиков (220 тыс.).

Сравнительно скромные суммы могут осчастливить воспитателей, охранников и операторов колл-центров (по 160 тыс. в месяц). Меньше всего денег для счастья нужно продавцам — 135 тыс. руб. в месяц в среднем по стране.

Павел БАЛАГИН.

Криминал

**Экс-заведующего кафедрой судебной медицины и права Северного государственного медицинского университета и бывшего профессора Московского университета МВД России Геннадия Дерягина осудили за надругательство сексуального характера над 14-летним мальчиком.**

Минувшим летом в Онеге пропал 14-летний подросток. Ребёнок приехал из Архангельска на каникулы к бабушке, ушёл погулять и не вернулся. Спустя несколько дней восьмиклассника нашли в квартире профессора.

## Профессор осуждён за педофилию

— Пенсионер пригласил в гости подростков, согласившихся за денежное вознаграждение оказать помощь в колке дров. Осуждённый всячески пытался увлечь детей, угощал их спиртным. Воспользовавшись беспомощным состоянием опьяневшего ребёнка, совершил в отношении него действия сексуального характера, — сообщили в пресс-службе Онежского городского суда.

Преступника удалось оперативно задержать, потому что маль-

чика искали знакомые и родные, которые после внезапного исчезновения ребёнка обратились в полицию.

В ходе следствия, а также в суде Дерягин утверждал, что раздел ребёнка для оказания помощи, однако такую версию опровергли очевидцы событий. В итоге суд приговорил его к 10 годам колонии строгого режима. В качестве смягчающих обстоятельств были учтены преклонный возраст подсудимого, наличие у

него хронических заболеваний и инвалидность.

Г.Дерягин — судебный медик, доктор медицинских наук, член редакционной коллегии журнала «Сексология и сексопатология». В 2011 г. профессора уволили из Московского университета МВД из-за пропаганды гомосексуальной педофилии и прочих извращений в учебном пособии «Криминальная сексология», которое он написал для будущих полицейских. Все учебники утилизированы.

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](mailto:mg.podpiska@mail.ru); [mg.podpiska@mail.ru](mailto:mg.podpiska@mail.ru).

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

– Егор Евгеньевич, ежегодно сотни работников отрасли обучаются организации здравоохранения, но по-настоящему эффективными управленцами становятся единицы из них. Нужно ли стремиться к тому, чтобы все до единого управленцы в отрасли были яркими личностями, или настоящий лидер – явление «штучное»?

– По моему мнению, ничего плохого нет в том, что у нас в отрасли много руководителей, которые не являются лидерами в вашем понимании этого слова, а просто добросовестно выполняют свою рутинную работу. Каждый хороший управленец знает, как из точки «а» переместиться в точку «б», и организует перемещение своего трудового коллектива по этому маршруту с наименьшим количеством проблем. Это важное умение.

Лидер же отличается тем, что может увлечь тот же коллектив некими новыми идеями. Как утверждают эксперты в области менеджмента, объективно не все управленцы могут быть лидерами. Можно постараться воспитать его, снабдив теоретическими знаниями о том, как двигаться вперёд самому и вести за собой отрасль, коллектив учреждения или одного отделения больницы. Но далеко не у всех организаторов будет хватать на это сил, времени, а главное – желания.

У меня есть опыт преподавательской работы в медуниверситете на кафедре организации здравоохранения. Казалось бы, люди приходят на такого рода образовательные программы осознанно, с целью научиться эффективной работе организатора. Тем не менее, к сожалению, далеко не все готовы были использовать полученные знания в своей практике. Меня это сильно расстраивало, в итоге я решил, что заниматься преподаванием в вузовском формате больше не буду. Зато с удовольствием делюсь опытом адресно с теми, кому это действительно важно узнать и попробовать в своих лечебных учреждениях.

– Какова, по-вашему, верхняя административная ступенька, на которой должны быть истинные лидеры? Имеет ли смысл ожидать от министра, который реализует государственную политику в сфере здравоохранения, чтобы он был генератором оригинальных идей и решений?

– Имеет. Не соглашусь с вами в том, что министр не может или не должен быть лидером в том понимании, о котором мы сейчас говорим. Какие бы задачи перед ним ни ставил его руководитель, то есть глава Правительства, министр всё равно должен трансформировать их в свою собственную версию. Ему ведь просто обрисовывается проблема, например, высокая смертность от заболеваний. А дальше всё зависит от человека, который в данный момент является министром: какие у него и его команды появятся варианты решения данной задачи, как они будут эти решения воплощать, сумеют ли достичь ожидаемого результата.

Думаю, люди с конструктивным лидерским потенциалом могут появиться на любом уровне административной лестницы и даже вне её. Я вижу таких среди студентов-медиков, которые приходят к нам на практику: они пытаются изменить мир вокруг себя и увлекают этой идеей других, что-то оптимизируют на своих рабочих местах, стараются улучшить взаимодействие сотрудников друг с другом. Из таких ребят вполне могут впоследствии получиться настоящие капитаны отрасли.

– Ситуация сегодня такова, что на каждый регион есть лишь единицы лечебных учреждений, которые в плане организации работы и показателей качества на три шага всех опережают. Остальные же стоят на месте именно потому, что их возглавляют добросовестные функционеры, которые действуют строго в пределах «с восьмью до семнадцати». Может быть, всё-таки назначать на каждую

должность главного врача или министра яркую личность, а не просто хорошего исполнителя?

– Мой ответ удивит вас, но для отрасли в целом тотальное обеспечение «яркими личностями», как вы их назвали, – путь деструктивный. Если все до единого управленцы окажутся лидерами, они никогда не договорятся друг с другом. Поэтому сто процентов организаторов

должности главного врача? К тому моменту медицинская организация должна быть уже настолько вовлечена в новую систему управления качеством, чтобы после смены руководителя эта политика не изменилась. В этом смысле мне важно, чтобы здесь остался не один человек, которому можно доверить начатое, а группа единомышленников, которые не дадут

часть коллектива в том, что главный всё-таки пациент, мы работаем для него, а не он существует для нас.

Примерно полгода мы спорили, доказывали друг другу, ходили с толковыми словарями под мышкой, пытались сформулировать, что такое ценности коллектива медработников и какова миссия лечебного учреждения. В итоге сформулировали, в настоящее

сократить время обследования, но обеспечить стандарт, при этом устранить основания для дефектов оказания медицинской помощи. Мы выделили действия персонала, которые не просто бесполезны, но даже мешают. В итоге удалось время пребывания больного в приёмном отделении сократить до 40 минут. И что особенно важно – позитива во взаимоотношениях

## Капитаны отрасли

# Из тех, кому больше всех надо

Человек с лидерским потенциалом может появиться на любой должности

В программе недавнего Петербургского международного экономического форума (ПМЭФ-2023) впервые была секция «Лидеры в сфере здравоохранения: лучшие практики». Модератор секции директор Института лидерства и управления здравоохранением Сеченовского университета профессор Руслан Хальфин попросил поделиться опытом пятерых менеджеров. Они возглавляют медицинские организации разного уровня и статуса, объединяет же этих людей то, что они из редкой породы истинных, а не формальных лидеров здравоохранения, то есть те, кто опережает время и не боится перемен. «Тебе что, больше всех надо?», – спрашивают такого управленца коллеги по цеху. «Не только больше, но и лучше», – отвечает он.

Один из «суперэффективных» организаторов, согласно характеристике профессора Хальфина, – главный врач Красноярской краевой клинической больницы Егор КОРЧАГИН. Хирург по специальности, он в один прекрасный момент вышел из операционной с намерением изменить к лучшему всю систему оказания медицинской помощи. И вот



уже 24 года занимается организацией здравоохранения, имеет опыт работы начальником медицинского информационно-аналитического центра, заместителем и руководителем территориального органа управления здравоохранением. По инициативе Е. Корчагина была разработана первая региональная программа информатизации медицинской отрасли, а также более десятка других программ по оптимальной организации и повышению качества медицинской помощи в крае.

С 2011 г. Е. Корчагин возглавляет краевую больницу. Здесь он вместе с командой единомышленников начал внедрять современные методы управления медицинской организацией, элементы цифровизации, систему менеджмента качества тогда, когда на федеральном уровне подобное ещё только задумывалось.

О том, как из рядового хирурга выйти в капитаны отрасли, может ли такой путь при желании проделать любой врач, а главное – сколько ярких организаторов «на квадратный метр» нужно иметь системе здравоохранения, мы беседуем с Е. Корчагиным.

лидеров в здравоохранении – это многовато, хотя бы четверть – в самый раз.

Однако, как я уже сказал, не у всех есть желание развивать свой управленческий потенциал. К нам в больницу за год приезжает от 50 до 80 делегаций из разных учреждений здравоохранения страны. Только что были коллеги из НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина, которым интересен наш опыт организации рабочих процессов. Очень хотелось бы, чтобы коллеги из лечебных учреждений Красноярского края тоже активно пользовались нашим опытом с подачи регионального Минздрава.

– Что вас заставляет на протяжении столько лет не успокаиваться? Казалось бы, давно пора заскучать, достигнув всех потолков: больница известна в стране, вы – тоже.

– Прежде всего, я не считаю, что больница достигла всех потолков. Чем дальше мы занимаемся улучшением деятельности учреждения, тем больше новых горизонтов открывается.

Мне немного и смешно, и грустно смотреть на руководителей лечебных учреждений, которые ещё не вовлечены в подобного рода процессы. Когда начинаешь обсуждать с ними какие-то идеи, что-то предлагать, говорят, что у них и так всё путём: пациенты на ступеньках не падают, таблетки не путаются при раздаче, операции проводятся без осложнений. Между тем, если начинаешь погружаться в тему обеспечения безопасности и качества медицинской помощи, то видишь, что на самом деле риски инцидентов существуют, и даже усилия, которые ты направляешь на минимизацию этих рисков, не всегда сразу дают эффект. В этом смысле предела совершенству нет.

Вы можете спросить, что произойдёт, когда рано или поздно мне придётся завершить работу в

больнице вновь стать «среднестатистической».

Такая команда в нашем коллективе есть. Наблюдая за каждым, вижу, что некоторые из коллег вполне могут стать настоящими лидерами, у них есть «гены организатора». Правда, сначала они должны стать просто хорошими управленцами, это я рассматриваю как базовую ступень перед тем, как состоится лидер.

– Когда вы пришли в краевую больницу, как у вас формировался перечень преобразований, которые хотелось совершить: на основе исключительно своих представлений или изучения российского и зарубежного опыта?

– И то, и другое. Мне очень нравится рекомендация «Если не знаешь, как делать, спроси у того, кто знает». Никогда не стесняюсь спрашивать и учиться у других.

Ещё во время работы в краевом Минздраве мне довелось побывать в командировках в ведущих клиниках России, Европы, а также Японии. Вопросам обеспечения качества и безопасности медицинской помощи в нашей стране тогда уделялось не столь пристальное внимание, как сегодня, а за рубежом это давно стало важной целью. Насмотревшись, как это делается «там, у них», я вдохновился и, придя в крупнейший стационар региона, предложил воплотить кое-какие идеи в отдельно взятом учреждении.

Разумеется, сначала не всё шло гладко. Стартовали мы в 2011 г. с того, что обсудили с коллективом, кто главный в больнице – врач или пациент, и для чего вообще мы каждый день ходим на работу. Для меня ответ уже тогда был очевиден, а многие искренне удивились самой постановке вопроса. В дискуссии участвовали все сотрудники от главного врача до буфетчицы. Нелегко оказалось убедить большую

часть коллектива в том, что главный в основе политики больницы в области качества – выполняем свою работу ответственно, наилучшим образом решая проблемы каждого пациента. Когда мы это продумали и облекли в слова, сразу всё стало проще.

Далее, чтобы новая философия лучше приживалась, начали внедрять такие элементы повышения эффективности рабочих процессов, от которых каждый сотрудник сразу видел какой-то эффект лично для себя и для пациентов тоже. Например, все давно понимали, что надо оптимизировать ход обследования пациентов в приёмном отделении. Предложили обсудить эту тему коллегиально, с участием всех причастных, закрепить на бумаге выработанный алгоритм и чётко его придерживаться.

Приведу пример. Стандарт оказания медицинской помощи говорил, что пациенту с признаками острого нарушения мозгового кровообращения на уровне приёмного отделения нужно выполнить компьютерную томографию, набор лабораторных исследований, провести осмотр у невролога. Правда, этот набор элементов расписан просто в линию, и, когда мы действуем вот так линейно, пациент проводит в приёмном отделении 2,5 часа. При этом сотрудники разных подразделений умудряются ещё и поспорить из-за того, кто-то не пришёл вовремя, кто-то не сделал то, что нужно, или вовремя не передал информацию.

Начали работать над ошибками. Вообще, ошибки надо не скрывать, а фиксировать их, чтобы не совершать в будущем. Мы меняли парадигму – теперь ищем не кто виноват, а что виновато, то есть не стрелочника, а системную проблему.

Применительно к работе приёмного отделения это выглядит следующим образом. Была задача

сотрудников больницы между собой и с пациентами стало больше.

– Кстати, о пациентах. Они заметили все те преобразования, которые произошли в больнице за 10 лет, меньше ли стало жалоб? Или по привычке продолжают с порога нападать на медиков?

– Во-первых, персонал больницы не даёт повода на себя нападать. Для конфликта нужно, чтобы и вторая сторона реагировала встречным негативом, а у нас такого практически не бывает. Во-вторых, пациенты реально оценили, что в данной клинике всё организовано не так, как они привыкли видеть в лечебных учреждениях.

В то же время есть и обратная сторона прогресса – содержание претензий изменилось. Например, не все пациенты и посетители довольны качеством wi-fi связи в больнице. Всё остальное, дескать, довели до ума, лечите хорошо, а с беспроводным интернетом недоработка.

– Если это единственное, на что жалуются пациенты краевой больницы, то все главные врачи могут вам только позавидовать.

– Не стану лукавить, бывают и случаи судебных исков по поводу оказания медицинской помощи, если пациент субъективно недоволен результатами.

Общение с пациентами и их родственниками после нежелательных последствий или неблагоприятных исходов оказания медицинской помощи – важнейшая часть системы менеджмента качества. Руководитель не должен пускать подобные ситуации на самотёк, самоустраиваться от неприятных диалогов. У нас в таких беседах с пациентами всегда участвуют лечащий врач, главный врач и юрист. Мы стараемся выслушать и понять, в итоге в половине случаев удаётся снять накал страстей и решить проблему миром, не довести до суда.

Акценты

# Приоритет новизны

## Высшая аттестационная комиссия отмечает 90-летие

К слову, самих случаев неблагоприятных исходов оказания помощи, которые вызваны именно дефектами диагностики или лечения, сталократно меньше.

– Судя по небольшому проценту уголовных дел, которые доходят до суда, претензии пациентов к лечебным учреждениям в основном необоснованные. Хотя в целом их не становится меньше, как бы рядовые медики и лидеры отрасли ни старались. Не является ли это следствием той самой формулы «пациент – главное лицо в системе здравоохранения»?

– Признаю, существуют явления пациентского экстремизма и пациентского инфантилизма, но это не признак наших дней, люди с таким поведением всегда были, есть и будут. Спустя несколько месяцев после сложного лечения большое число людей не придерживается врачебных рекомендаций и их состояние ухудшается вновь. На кого они обращают свой гнев? Естественно, на врачей, которые якобы неправильно лечили.

Пациент всегда прав? Нет, не всегда. Но он действительно главное лицо в системе здравоохранения, иначе нашей профессии не было бы.

Конечно, врачебное сообщество расстроено тем, что сегодня в РФ нет никакой законодательно обозначенной и экономически обусловленной ответственности человека за сбережение своего здоровья. Пациент, которому выполнили дорогостоящую операцию на сердце, вскоре перестал принимать препараты и продолжает курить, а затем опять поступает к нам на повторное лечение. Государство и в этом случае гарантирует ему оказание бесплатной медицинской помощи. Разве это правильно и с гуманистической, и с экономической точек зрения?

При этом у каждого гражданина есть право обратиться в СКР с заявлением, что в лечебном учреждении, по его мнению, ему некачественно оказали медицинскую помощь, и машина правоохранительной системы задействует все свои механизмы, чтобы этот иск удовлетворить. В то же время у медицинской организации нет возможности подать встречный иск к пациенту в случае, если его претензия оказалась необоснованной, тогда как врачи полгода напрасно тратили время на общение со следователем и судьями, доказывая свою невиновность. Кто компенсирует медикам затраты времени, душевных сил, незаработанные деньги? А ведь кто-то и вовсе ушёл из профессии, не выдержав эмоционального напряжения, то есть отрасль потеряла специалиста.

У меня просьба к законодательной власти – необходимо чётко определить ответственность пациентов за невыполнение врачебных рекомендаций и рискованное поведение, которое приводит к развитию заболеваний.

– Егор Евгеньевич, главный вопрос: как управленцу-лидеру реализовать свои здоровые идеи, если он работает в условиях единых рамок и правил, установленных для всех? Если быть винтиком в системе и не торчать, лидером не станешь.

– Можно ли развивать лечебное учреждение, не нарушая правила? Можно. Правда, он должен чувствовать поддержку со стороны своего непосредственного руководства. Когда же такой активный управленец испытывает постоянное давление сверху, когда его пытаются «приземлить», чтобы не высывался на общем фоне, конечно же, никаких лидерских решений быть не может. В итоге человек сломается и уйдёт, потому что ему станет неинтересно. Не все готовы быть распятыми на кресте даже во имя благой идеи.

Беседу вела  
Елена БУШ,  
обозреватель «МГ».

В Российской империи учёные степени присуждались университетами и институтами, причём система была одноступенчатой (например, защищались диссертации на степень доктора медицины).

В 1930-е годы в СССР была создана сталинская модель науки. Постановлением Совета народных комиссаров Союза ССР (№ 79 от 13.01.1934) установлены учёные степени кандидата и доктора наук и учёные звания ассистента (высшие учебные заведения) или младшего научного сотрудника (научно-исследовательские учреждения), доцента (высшие учебные заведения) или старшего научного сотрудника (научно-исследовательские учреждения) и профессора (высшие учебные заведения) или действительного члена научно-исследовательского учреждения. Эти степени и звания присуждает Высшая аттестационная комиссия (ВАК), которая неоднократно меняла ведомственную подчинённость (сейчас находится при Министерстве науки и высшего образования РФ).

К 90-летию ВАК в Москве прошла пресс-конференция с участием её председателя президента Российского университета дружбы народов Владимира Филиппова, экс-председателя, декана биологического факультета МГУ им. М.В.Ломоносова академика РАН Михаила Кирпичникова, директора Департамента аттестации научных и научно-педагогических работников Министерства науки и высшего образования РФ Сергея Пахомова и директора НМИЦ акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И.Кулакова, советника ВАК, академик РАН Геннадия Сухих.

Как отметил В.Филиппов, сейчас готовится соглашение о взаимном признании учёных степеней стран СНГ. В связи с этим предстоит изучить накопленный опыт последних десятилетий, создать единую номенклатуру научных специальностей в странах СНГ и модернизировать существующую в РФ систему присуждения учёных степеней и званий. В частности, предусмотрено включение в состав диссертационных советов обладателей иностранной учёной степени и кандидатов наук с высокой публикационной активностью в высокорейтинговых изданиях. Поставлена цель обеспечить качество диссертаций, которые должны отличаться новизной, и внедрение полученных результатов в практику (документальное подтверждение внедрения). Предлагается вернуть защиту диссертаций с грифом ДСП, создавать разовые диссоветы, предусмотреть возможность защиты диссертаций аспирантами по докладу (при наличии не менее 10 публикаций в перечне ВАКовских журналов). Для защиты докторских диссертаций по гуманитарным и социально-экономическим наукам обязательна публикация монографии. Расширен список организаций, имеющих право самостоятельно присуждать учёные степени. Их теперь 110. Это все федеральные университеты (10), все национальные исследовательские университеты (29), национальные исследовательские центры, государственные научные центры, вузы, имеющие право реализации собственных стандартов, а также «Сколково». Критерии присуждения при этом должны быть не ниже ваковских.

М.Кирпичников в своё время рассказал на страницах «МГ» о своём видении реформы ВАК (см. «МГ» № 52 от 13.07.2011). В 2005 г. в РФ ежегодно защищалось 35



Участники пресс-конференции

тыс. диссертаций, то есть столько же, сколько в СССР (при том, что научных сотрудников было в советские времена втрое больше). Своей заслугой он считает двукратное сокращение числа защит и диссертационных советов. Сейчас, считает академик, вместо экспертизы диссертаций ВАК должен заниматься экспертизой создаваемых диссоветов. Право организации присуждать учёные степени не является её обязанностью. Не может политехнический вуз иметь диссовет по медицине. По существующим правилам человек без базового медицинского образования (например, биолог или филолог) может стать кандидатом или доктором медицинских наук. По мнению М.Кирпичникова, надо постепенно уходить от ваковского списка журналов к научным базам данных (Scopus, WoS, RSI и др.). Что касается использования искусственного интеллекта для создания диссертаций и их оценки, то «искусственный интеллект очень хорош при наличии естественного». «ВАК должен сохранить суперконсерватизм. Не может быть 110 советов, имеющих право давать степени», – считает Г.Сухих. Он также предложил отменить введённое около 10 лет назад правило, согласно которому необходимо получить сначала звание доцента и только потом профессора. «Кандидатскую пишет доктор наук, а докторскую – кандидат наук», – процитировал Г.Сухих известную поговорку, иллюстрирующую ответственность профессоров за своих аспирантов. «Аспирантура не может быть платной», – считает он. К сожалению, размер аспирантской стипендии всего 7 тыс. руб., поэтому в возглавляемом им центре аспирантов берут на контракт и оформляют врачами-стажёрами. Однако, считает М.Кирпичников, наукой занимаются не ради денег. Как говорил Пётр Капица, «учёный – это тот, кто не может не заниматься наукой». Ему необходима, во-первых, конкурентная обстановка на рабочем месте, обеспечение аппаратурой, реактивами и т.д. Но социальная поддержка также важна. Например, в МГУ аспирантам не только предоставляется общежитие, но и субсидируется приобретение собственного жилья.

С.Пахомов рассказал об интеграции новых территорий в российское научное пространство. В Луганской и Донецкой народных республиках работает 49 диссертационных советов, на рассмотрении ВАК находится 161 защищённая там диссертация. Создаются объединённые советы учёных из новых территорий и из других субъектов РФ. В стране имеется 240 диссоветов, где за год не было защищено ни одной диссертации, и 221 совет, где был защищён только одна диссертация. Поэтому, считает В.Филиппов, надо переходить к разовым диссоветам.

На пресс-конференции был затронут вопрос о плагиате и заказных диссертациях. Проверкой

диссертаций на плагиат и иные нарушения более 10 лет успешно занимается сетевое сообщество экспертов «Диссернет». «Антиплагиат – тонкий инструмент, который должен быть в чистых руках», – считает М.Кирпичников. – Врача должен критиковать врач, а не физик-теоретик». Число рассматриваемых заявлений о лишении учёной степени с января по октябрь 2023 г. уменьшилось с 870 до 281. Это связано с тем, что тексты диссертаций и отзывы оппонентов вывешиваются на сайте для всеобщего озна-

комления. Это побуждает авторов более ответственно относиться к их написанию. Кроме того, в прошлом году был ограничен круг лиц и организаций, имеющих право подавать такие заявления. Возникли также вопросы по поводу численности и состава диссоветов. В Санкт-Петербургском государственном университете количество членов диссоветов сократили до пяти, подобно тому, как это работает в Западной Европе и Северной Америке. Как считает М.Кирпичников, необходимо изучить этот опыт. В.Филиппов признал, что введённое лет 10 назад правило, согласно которому членами диссовета могут быть только доктора наук, защитившиеся по шифру данной специальности, ошибочно. «Для включения в диссовет играют роль не специальность по высшему образованию или даже докторской диссертации, а публикации. Если есть публикации по данной научной специальности, то этот человек может войти в диссовет», – подчеркнул он.

Болеслав ЛИХТЕРМАН,  
корр. «МГ».

Москва.

Ушла из жизни врач, организатор, отличник здравоохранения  
**Людмила Викторовна ПУТИЛОВА**

Она родилась в победном 1945 г. в деревне Ярки Курганской области. Будучи старшей среди своих 3 сестёр и брата, она испытала все тяготы сельской послевоенной жизни многодетной семьи. Это послужило серьёзной закалкой характера с мощной внутренней энергетикой, трудолюбием и лидерскими качествами.

В 1969 г. она успешно окончила Свердловский государственный медицинский институт и была направлена санитарным врачом по гигиене детей и подростков в город Артёмовский Свердловской области.

Её организаторские способности, умение аргументировать и отстаивать свою позицию, готовить исчерпывающие отчёты позволили в середине семидесятых годов стать заместителем главного врача Е.Самборского в Центральной районной больнице города Артёмовского по оргметодработе. Она не боялась брать на себя ответственность, много училась и легко находила общий язык как с руководителями, так и рядовыми сотрудниками. Особенно её отличал интерес к организационным новациям в здравоохранении.

Людей подкупала открытость и позитивность Людмилы Викторовны, несмотря на принципиальность и порой обоснованную резкость суждений. Кроме того, она была яркой красивой женщиной, душой компании и нередко становилась запевалой на всевозможных мероприятиях. Деловые и личные качества её не могли не заметить приходящие кураторы и руководители Свердловского облздрава.

В конце 80-х годов в областном объединении «Психиатрия» реализовывался пилотный проект по внедрению нового хозяйственного механизма, послуживший предвестником будущих коренных изменений финансирования всего здравоохранения. Для его осуществления требовались опытные и думающие организаторы. И в 1988 г. Л.Путилова была приглашена Р.Хальфиным на должность заместителя главного врача объединения «Психиатрия». В 1993 г. она становится заместителем директора уже в Департаменте здравоохранения Свердловской области, который возглавил Руслан Альбертович.

На её долю выпала возможность участвовать в разработке механизмов внедрения и отладки революционной в то время бюджетно-страховой модели медицины в регионе вместе с видными организаторами здравоохранения А.Блохиным, Ю.Семёновым, Р.Хальфиным, Б.Чарным, Н.Самковой, А.Боярским и др.

В 1995 г. Людмиле Викторовне поручают возглавить комиссию по лицензированию и аккредитации медицинской и фармацевтической деятельности в Свердловской области. По сути, комиссия давала разрешение на работу на основе разработанной оригинальной системы стандартов. Благодаря этому обеспечивалась вертикаль управления здравоохранением в сложных рыночных условиях.

Авторитет Л.Путиловой был настолько велик, что она в течение 10 лет утверждалась председателем Ассоциации лицензионно-аккредитационных комиссий Урала. В ассоциацию входило 9 регионов, и её члены, благодаря организаторскому и лидерскому чутью Людмилы Викторовны, стали эффективной командой по выработке коллективных рекомендаций для Минздрава России. А ещё ассоциацию величали «поющей» с отличной запевалой.

В 2008 г. Л.Путилова ушла на пенсию, имея за плечами 39 лет работы в отрасли.

За свою трудовую деятельность награждена нагрудным знаком «Отличник здравоохранения» и множеством грамот от областных властей.

Со студенческих времён до самых последних дней сохранила крепкую семью и воспитала двух сыновей.

Светлая ей память и благодарность коллег за самоотверженный и подвижнический труд.

Коллеги и друзья.

От Чукотки до Калининграда – такой была представленность регионов на IX съезде Национальной медицинской палаты (НМП). И это одно из подтверждений того, что союз уверенно движется к своей цели – объединить всё профессиональное медицинское сообщество на принципах саморегулирования для совершенствования системы охраны здоровья населения. Впервые в этом форуме принимали участие, хотя и онлайн, коллеги из вновь присоединившихся территорий.

В направленном участникам съезда приветствии Президент РФ Владимир Путин отметил, что НМП зарекомендовала себя, как одно из наиболее крупных и авторитетных общественных объединений в сфере здравоохранения, а поднимаемые ею вопросы имеют без преувеличения общенациональное значение.

Открывая съезд, президент НМП и Научно-исследовательского института неотложной детской хирургии и травматологии Леонид Рошаль приветствовал коллег, работающих в новых регионах: «Миссия во время войны у медиков особая. Мы стараемся помочь этим территориям всем возможным. Сейчас вахтовым методом сотрудники нашего института работают в Луганске. Через Народный фронт нами направлено 300 бронезилетов для сотрудников «скорой» в ДНР. Приветствуем тех, кто выполняет врачебный долг, они настоящие герои!»

### Аккредитация – без шероховатостей, но со сложностями

Важную новость сообщил министр здравоохранения РФ Михаил Мурашко: Минздравом издан приказ о соответствии союза «НМП» критериям, утвержденным постановлением Правительства РФ № 292 от 17.03.2018 «Об утверждении критериев, при условии соответствия которым медицинским профессиональным некоммерческим организациям, их ассоциациям (союзам) может быть передано осуществление отдельных функций в сфере охраны здоровья граждан в РФ». По словам главы Минздрава, это ключевой документ доверия и взаимодействия, который позволит сторонам находиться в прозрачном диалоге.

Какие именно функции Минздрав готов передать НМП? Рассуждая об этом, Л.Рошаль высказал пожелание, чтобы это были «пусть небольшие, но конкретные функции, связанные с аккредитацией, разработкой профессиональных стандартов, непрерывным профессиональным образованием, допуском к профессии. При этом всё это под строгим контролем Минздрава и с решением ряда организационных вопросов, соответствующим финансированием, отметил он.

На съезде подтвердили, что НМП готова взять на себя функции по подготовке к профессиональной деятельности, в первую очередь это аккредитация медицинских работников. Тем более что уже сформирован положительный опыт по проведению первичной, первично-специализированной и периодической аккредитаций. «Эту миссию мы взвалили на свои плечи и достойнейшим образом ведём эту работу, и в первичной и первично-специализированной аккредитации практически уже нет шероховатостей», – сказала вице-президент НМП Наталья Аксёнова. Она сообщила, что только за последние три года

по всем видам было аккредитовано 684 720 специалистов, среди которых более 350 тыс. врачей, а первичную и первично-специализированную аккредитацию прошли 224 тыс. человек. Работают 64 аккредитационные комиссии, которые возглавляют председатели региональных врачебных палат, в них состоит более 30 тыс. врачей-экспертов. И всё это на общественных началах. Всё громче звучат голоса за оплату работы членом комиссий.

Сложности в формировании комиссий возникают в том чис-

деральном мультипрофильном аккредитационно-симуляционном центре Воронежского государственного медицинского университета им. Н.Н.Бурденко. С 2022 г. там же заработала площадка для проведения аккредитации специалистов с неспециальным образованием по трём специальностям – медицинские биохимия, биофизика, кибернетика. В этом году первично аккредитовано 3501 специалистом, не аккредитовано 170. Периодическая аккредитация доступна для 69 специальностей.

В частности, поступило предложение внести изменения в закон № 323-ФЗ, которые бы позволили медицинским профессиональным НКО, которые основаны на личном членстве врачей и объединяют не менее 25% от общей численности врачей на территории субъекта РФ, участвовать в формировании аккредитационных комиссий и проведении аккредитации специалистов. Иными словами, речь идёт о том, чтобы это участие стало обязательным для членом профессионального сообщества.

трия Рогачёва, члена Комитета Госдумы по охране здоровья Александра Румянцева, системного взаимодействия нет, не говоря уже о тех, кто ещё не вошёл в НМП.

Есть специальности, в которых пять и более профессиональных сообществ (например, в иммунологии, терапии), и это только мешает общему делу. «То есть фактически каждый научный центр или каждый лидер создаёт такую организацию, которая выполняет определённые функции. Нет некоторых позиций, которые

## Ориентиры

# Съезд общенационального значения

Его результатом стали практические решения по самым важным отраслевым проблемам



М.Мурашко (слева), А.Румянцев, Л.Рошаль

ле по причине нехватки кадров. Темы коснулся в своём докладе Л.Рошаль, раздосадованный недавними словами заместителя министра здравоохранения Татьяны Семёновой: «Она заявила, что в России практически нет дефицита врачей. Я думаю, что она имела в виду стационары, а мы говорим о первичном звене и включаем сюда и узких специалистов, которые работают в первичном звене на 1,5 или более ставок. Такое разве возможно? А анестезиологов, ревматологов хватает? Разве число хирургов не уменьшается? Зачем делать такие политические заявления?».

Н.Аксёнова тоже посетовала на то, что кадровый состав в регионах всё время уменьшается, и квалифицированных специалистов, имеющих стаж работы 5-10 лет и способных трудиться в аккредитационных комиссиях, становится всё меньше.

Положительный опыт профессионального сообщества по проведению первичной и первично-специализированной аккредитации подтвердил ряд выступлений. Так, председатель аккредитационной комиссии Воронежской области, председатель Ассоциации работников здравоохранения Воронежской области, главный врач Воронежской ГKB скорой медицинской помощи № 10 Михаил Иванов рассказал, что количество аккредитационных подкомиссий в области – 76, а в 2016 г. было всего 2. Первичной аккредитацией заняты 7 подкомиссий, первично-специализированной и периодической – 69, каждая состоит в среднем из 8 человек. Аккредитация специалистов с высшим медицинским образованием проводится в Фе-

Ежегодно в IV квартале ассоциация обобщает сведения о количестве отработанного в течение года времени каждым членом аккредитационной подкомиссии и направляет письмо с этими данными руководителю Департамента здравоохранения Воронежской области с просьбой разрешить премировать членов аккредитационных подкомиссий, исходя из расчёта участия в работе за полный день: председателю – до 5000 руб., его заместителю и секретарю – до 3000, члену – до 1500. Далее письма за подписью руководителя департамента направляются в адрес главных врачей медицинских организаций, где указываются фамилии врачей, конкретное количество отработанных ими дней и рекомендуется выплатить им денежную премию. Получив такое письмо, главный врач издаёт соответствующий приказ. «Считаю, что каждый субъект РФ по решению областной Думы может найти такие деньги для аккредитационных комиссий, по аналогии с оплатой учителям, которые проводят ЕГЭ в других школах», – заключил М.Иванов.

Решение создать механизм компенсации врачам за участие в работе аккредитационных комиссий зафиксировали в проекте решений съезда. Как сообщил Л.Рошаль, руководство НМП планирует обратиться в Правительство РФ с предложением организовать финансирование в субъектах РФ по аналогии с комиссиями по ЕГЭ в системе образования или через целевую субсидию союзу «НМП».

Кроме того, участники съезда высказались за усиление роли НМП в формировании комиссий и проведении аккредитации.

В стремлении развивать профессиональный уровень медработников НМП сотрудничает с десятками организаций – общественных, пациентских, профсоюзных. Председатель Профсоюза работников здравоохранения РФ и Общественного совета при Минздраве России Анатолий Домников в своём приветственном слове привёл примеры успешного сотрудничества. «У профсоюза и НМП одна общая задача – обеспечивать трудовые и профессиональные права работников здравоохранения для повышения качества медицинской помощи гражданам», – сказал он. Достигнуто взаимодействие в определении концептуальных направлений кадровой политики в отрасли, в отлаживании механизмов аккредитации и аттестации, разработке профессиональных стандартов, введении дополнительных соцгарантий для медработников.

касаются общих вопросов, а именно подготовки кадров, потому что должен быть какой-то учебный блок, который объединит все организации», – обрисовал ситуацию А.Румянцев. По его словам, действующие в рамках одной специальности различные профессиональные медицинские организации нарушают взаимодействие при подготовке клинических рекомендаций, а ведь для этого планировалась площадка НМП, а не Научно-практический совет Минздрава. «Мы столкнулись с тем, что на уровне Минздрава главные специалисты и сотрудники, которые участвуют в Научно-практическом совете, решают вопрос согласования целого ряда клинических рекомендаций. Хотя это должна бы делать НМП. Так же и с учебными планами, документами, включая порядки оказания помощи, которые утверждаются в Минздраве», – сказал он.



### Положительные практики

Сегодня НМП объединяет более 200 тыс. врачей (а с остальным медицинским персоналом гораздо больше) и продолжает расти. Однако о работе, опыте профессиональных и территориальных медицинских организаций подчас известно слишком мало, а с некоторыми практически нет контактов. Исключение здесь составляют крупные профессиональные объединения (онкологи, кардиологи), отчёты которых регулярно заслушивают, обсуждают и оценивают. С остальными же, по словам первого вице-президента НМП, президента Национального медицинского исследовательского центра детской гематологии, онкологии и иммунологии им. Дми-

В профессиональных объединениях происходит очень много интересного, зреют идеи и решения, но остальному медицинскому сообществу о них мало известно.

О некоторых положительных практиках как раз и говорилось на съезде. Вице-президент НМП, генеральный директор Национального медицинского исследовательского центра им. В.А.Алмазова, президент Российского кардиологического общества (РКО) Евгений Шляхто сообщил, что помимо традиционных мероприятий, обществом ведётся серьёзная работа с молодёжью. Рабочая группа «Молодые кардиологи» практикует такие форматы, как битвы эрудитов, кардиогрифы, форум молодых кардиологов, пу-



А. Домников

бликационные деревни молодых кардиологов, их рейтинг и др.

Наряду с профессиональными мероприятиями РКО реализует социальные проекты: школы для пациентов, всероссийскую акцию «Здоровье сердце», национальный просветительский проект «Музей здоровья». Последний – предмет особой гордости, потому что направлен ещё и на привлечение молодых кадров. При поддержке Фонда президентских грантов для школьников 9-11-х классов Санкт-Петербурга проводят профориентационные мероприятия и планируют распространить эту практику на другие регионы. Ведётся работа с губернаторами на предмет организации «Музея здоровья» в каждом городе, чтобы о кардиологии узнавали не только школьники, но и дошкольники.

В Российском обществе акушеров-гинекологов (РОАГ), стремясь консолидировать деятельность онкологов и репродуктологов в области онкофертильности, в 2022 г. создали Комитет по онкофертильности, рассказал первый вице-президент РОАГ, директор Национального медицинского исследовательского центра акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И.Кулакова Геннадий Сухих. Этот комитет займётся в том числе решением вопросов, связанных с созданием специализированных центров сохранения репродуктивного материала в различных федеральных округах, подготовкой методических писем и клинических рекомендаций, других нормативных документов, регламентирующих данное направление, повышением уровня специалистов в вопросах онкофертильности. А в 2023 г. в РОАГ создали Комитет по медицинской генетике – для консолидации деятельности врачей генетиков, репродуктологов, акушеров-гинекологов и неонатологов в области репродуктивной и перинатальной генетики.

С января 2023 г. заработала Специализированная вертикально-интегрированная медицинская информационная система «Акушерство и гинекология» и «Неонатология», которую, как сказал Г.Сухих, теперь активно используют не только для информационных потоков при проведении расширенного неонатального скрининга в стране, но и для круглосуточного общения с коллегами, для профессионального развития и управления.

На фоне слабеющей активности из-за уменьшения возможностей, снижения интереса компаний к конгрессам и другим мероприятиям такого рода Федерация анестезиологов и реаниматологов (ФАР) продолжает расти и развиваться. И даже сохраняет членство в международных организациях: ни одна из них в течение последних лет не отторгла ФАР. Объяснить это президент ФАР, заведующий кафедрой

анестезиологии и реаниматологии им. В.Л.Ваневского Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И.Мечникова Константин Лебединский не берётся. Но изложил концептуальную идею, которая определяет нынешнее развитие организации: «В своё время мы создавались как научное общество врачей по специальности, и если хотите, как организация из профессоров, для профессоров и возглавляемая профессорами. Сейчас абсолютно другое время и абсолютно другие задачи, необходима трансформация научного общества в общественную организацию со всем комплексом задач, которые она решает».

Такой путь уже проделала ФАР, преобразовавшись из Всероссийского научного общества анестезиологов и реаниматологов в общественную организацию с полным комплексом функций. «Мы перестали быть организацией для профессоров, в чём нас обвиняли наши коллеги и друзья с периферии. Теперь это организация профессионального сообщества», – сказал К.Лебединский. Этот процесс идёт, но пока не завершился: «Сказать, что мы в каждом регионе России имеем такую активную ячейку, как хотели бы видеть – с людьми, имеющими драйв, приверженными не только профессии, но и общественной деятельности, пока не можем».

Клинический фармаколог – специальность молодая. Ассоциация, объединившая этих специалистов, была создана относительно недавно, она совсем небольшая. Тем не менее президент Общества фармакогенетики, фармакокинетики и персонализированной терапии, член правления Ассоциации клинических фармакологов, ректор Российской медицинской академии непрерывного профессионального образования Дмитрий Сычёв рассказал сразу о нескольких интересных направлениях работы. Когда в ассоциации начали готовить профессиональный стандарт, в рабочую группу по его разработке включили не только профессоров, заведующих кафедрами, академиком, но и практикующих врачей, клинических фармакологов медорганизаций. И очень активно и добросовестно сотрудничали с НМП, юридическим департаментом Минздрава. В результате профстандарт был создан и утверждён в 2020 г. И когда в мае 2023 г. в ассоциации поставили вопрос о его пересмотре, оказалось, что... пересматривать незначит. «То есть сделали такой практикоориентированный профстандарт, что прошло 3 года, а никаких изменений в него вносить не нужно, так как он полностью соответствует реальной практике клинического врача», – рассказал Д.Сычёв.

В Ассоциации клинических фармакологов состоит всего 700

человек. Это даёт возможность выстраивать общение по горизонтали, практически со всеми быть на связи. Есть чат, в котором 560 клинических фармакологов в режиме реального времени обсуждают насущные вопросы, обмениваются опытом.

Весьма эффективной оказалась работа ассоциации и в другом направлении. Её эксперты ежегодно анализируют рынок ДПО, программ, предназначенных для врачей клинических фармакологов, и по результатам формируют рекомендации специалистам о том, где лучше учиться, каким программам отдать предпочтение. «Кстати, на основе этой информации из чата мы генерируем у нас в РМАНПО те программы, которых недостаёт врачам. Мы видим эти недостатки по информации из чата и закрываем пробелы в компетенциях образовательными продуктами. Мы имеем такую карту образовательных программ для всего нашего сообщества».

Клиническая фармакология – это ещё и научная специальность. Поэтому в Обществе фармакогенетики действует ещё и «карта науки» – благодаря ей каждому клиническому фармакологу, который ищет своё научное направление, свою школу и своего научного руководителя, помогают сосоткаться с нужными специалистами. «И как правило, работа с врачом клиническим фармакологом в 60% случаев заканчивается диссертационной работой», – сказал Д.Сычёв.

Руководитель Координационного совета медицинских палат Северо-Кавказского федерального округа, председатель врачебной палаты Кабардино-Балкарской Республики Эдуард Шогенов рассказал, что возглавляемая им палата совместно с медицинским колледжем «Призвание», НИМИ «Астра-Сфера» и НМИЦ им. В.А.Алмазова работает над созданием и внедрением системы оценки риска осложнений коронарного атеросклероза (СОРОКА+). Система пройдёт апробацию среди студентов и сотрудников учебных заведений.

Ассоциация медицинских и фармацевтических работников Иркутской области, которую возглавляет главный врач факультетских клиник Иркутского ГМУ Гайдар Гайдаров, участвует в формировании управленческого кадрового резерва медорганизаций. По просьбе министра здравоохранения области в ассоциации разработали систему отбора претендентов для включения в кадровый резерв на должности главных врачей и заместителей, включающую тестовую базу и банк ситуационных задач. Желающие принять участие в конкурсе заполняли регистрационную форму на сайте Минздрава Иркутской области, после чего членами ассоциации оценивалась информация по соответствию заявителям, в первую очередь в части возраста и уровня образования. Далее конкурсанту открывался доступ сначала к тесту, потом к ситуационным задачам (например, предлагалось разрешить какую-то конфликтную ситуацию в больнице). Информация о конкурсантах, прошедших оба этапа с высоким результатом, предоставляется министру, и он приглашает их к себе на собеседование, зачастую с участием членов ассоциации. В результате два человека уже назначены на должности главных врачей, ещё десять включены в кадровый резерв.

Прозвучавшие выступления показали, что многие объединяющие работают, причём активно,

креативно, интересно, каждый привносит что-то своё. Увы, обмена опытом, живого, волнующего разговора между ними нет. «Но смысл нашей встречи в том, чтобы они услышали друг друга», – сказал Л.Рошаль. Он признал, что необходимо внедрять механизм для такого взаимодействия. На съезде принято решение разработать проект соглашения о сотрудничестве между профессиональными организациями по специальностям и территориальными медицинскими некоммерческими организациями – членами союза «НМП». Также решено разработать положение и создать при союзе два центральных бюро – по работе с входящими территориальными и профессиональными медицинскими объединениями.

### «Иначе нас всех пересажают»

По-прежнему остро стоит тема декриминализации врачебной деятельности. Л.Рошаль по этому поводу сказал: «Бензинчика подбросил Верховный суд, который признал клинические рекомендации обязательными к исполнению. Следственный комитет создал специальный отдел по нашим проблемам, сейчас, как говорят, аналогично будет поступать и прокуратура. Мы же не можем молчать. Нам следует осмысленно действовать, иначе нас просто всех пересажают». Он напомнил, что вскоре в Верховном суде РФ будет рассматриваться известное дело Элины Сушкевич: «Я лично прошу официально привлечь меня как общественного защитника к делу, которое шито белыми нитками».

Решение по поводу клинических рекомендаций подтвердил руководитель Главного управления криминалистики (Криминалистического центра) Следственного комитета РФ генерал-майор юстиции Анатолий Сазонов. В своём выступлении на проходившей в рамках съезда юридической конференции «Современное состояние правового регулирования медицинской деятельности» он обратил внимание аудитории на следующее: «Нарушение рекомендаций при расследовании уголовных дел и следственной, и судебной практиками расценивается как одно из доказательств виновности медицинских работников в преступлении, в котором они обвиняются. Имейте, пожалуйста, это в виду. Если раньше были какие-то споры по поводу того, относятся ли клинические рекомендации к доказательствам виновности, то сейчас эти вопросы сняты».

По словам А.Сазонова, повышенное внимание СК РФ к вопросам выявления и расследования преступлений в области здравоохранения связано с по-прежнему очень высоким количеством обращений в органы СК со стороны граждан и организаций по вопросам ненадлежащего оказания медицинской помощи – их ежегодно фиксируется более 5 тыс. (70% – обращения граждан). Он обратил внимание на то, что в последние три года увеличилось количество (до 300) таких обращений, поступающих от органов здравоохранения. Это связано с тем, что в Удмуртской Республике, Пензенской, Ростовской областях и ряде других регионов следственные управления заключили соглашения с региональными органами здравоохранения об обязательном и незамедлительном информировании следственных органов обо всех случаях смерти в медицинских организациях новорождённых, рожениц, несовершеннолетних.

Это позволяет оперативно рассматривать подобные случаи, не дожидаясь, когда по ним в СК поступят жалобы от пациентов или их родственников. Практика себя хорошо зарекомендовала, и СК просит распространить её на другие регионы, считая, что такие соглашения принесут взаимовыгодную пользу.

Конференция показала, как много острых, интересных вопросов возникает вокруг правового регулирования медицинской деятельности. Указав на это, А.Сазонов поддержал прозвучавшее предложение о проведении конференции по вопросам гражданско-правовой ответственности медицинских работников. «Такая конференция, причём расширенная, на постоянной, пролонгированной основе, принесла бы большую пользу и помогла в совершенствовании законодательства, касающегося регулирования медицинской деятельности», – считает он.

Что касается позиции самого врачебного сообщества, то на съезде вновь прозвучали предложения о создании единой страховой модели. «Нас полностью должны защищать страховые компании, имея опытных адвокатов. Это в мире уже отработано. Если возникают претензии пациентов к врачам, у них голова не болит, не так, как у наших», – сказал глава НМП. Делегаты съезда высказались за внесение в закон № 323-ФЗ пункта об обязательном страховании профессиональных рисков медицинских работников. Предлагается разработать и внедрить единую для всего врачебного сообщества систему страхования профессиональной ответственности, возложив на страховую компанию весь процесс защиты врача и выплаты признанных судом компенсаций.

Участники съезда также настаивают на упразднении термина «услуга» при определении медицинской помощи в соответствии с Конституцией РФ и предлагают внести изменения в закон «О защите прав потребителей», которые бы исключили его применение из сферы оказания медицинской помощи, а также в законодательные акты и нормативные документы, регулирующие медицинскую деятельность. «Этот вопрос стоит очень остро. Конечно, уход от термина «услуга» не гарантирует полную защиту от прокурорского преследования. Но мы уходим от самой страшной 238-й статьи УК РФ. На нашей стороне Государственная Дума, «Единая Россия». Найдены относительный компромисс – использовать термин «услуга» только при расчёте финансирования», – подчеркнул Л.Рошаль.

Отдельное внимание было уделено вопросам разработки клинических рекомендаций и особенностям их правового статуса. Съезд настаивает на том, что эти документы не требуют обязательного исполнения. Обязательного исполнения требуют протоколы лечения, разработанные на основе клинических рекомендаций по конкретной патологии в соответствии с возможностями, кадровым составом и уровнем лечебного учреждения.

В протокол решений съезда также внесён пункт об усилении юридической грамотности врачебного сообщества и создании при НМП специального юридического подразделения по защите прав врачей. Также будет рассмотрена возможность заключения соглашения между союзом «НМП» и Ассоциацией юристов России, направленного на защиту прав врачей.

# КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 40 (2400)

**Бактериальный цистит, или неосложнённая инфекция нижних мочевых путей (НИНМП), – это инфекционно-воспалительный процесс в стенке мочевого пузыря, локализующийся преимущественно в слизистой оболочке.**

Бактериальный цистит относят к неосложнённым инфекциям нижних мочевых путей, то есть у пациентов, чаще женщин, при отсутствии каких-либо нарушений оттока мочи из почек или из мочевого пузыря и без структурных изменений в почках или мочевыводящих путях, а также у пациентов без серьёзных сопутствующих заболеваний.

## Этиология и патогенез

Основным возбудителем НИНМП является уropatогенная *Escherichia coli*, которую выявляют у 75% пациентов. Реже встречается *Klebsiella spp.* – в 10%, а также *Staphylococcus saprophyticus* – в 5-10% случаев. Более редко выделяются другие энтеробактерии, например, *Proteus mirabilis*.

Микроорганизмы попадают в мочевой пузырь в основном восходящим (уретральным) путём. Также нельзя исключить и редкий гематогенный путь в случаях бактериемии, септических состояний – при осложнённой ИМП. Анатомические особенности у женщин: короткая и широкая уретра, близкое её расположение к естественным очагам инфекции (влагалище, анус) признаны одним из существенных факторов, способствующих частому развитию цистита у женщин. Транспорту инфекции в мочевой пузырь способствуют и сексуальная активность у женщин с так называемой влагалищной эктопией наружного отверстия уретры, или гипермобильностью дистального отдела уретры. При осложнённой ИМП, при наличии инфравезикальной обструкции у женщин, как органической, так и функциональной (на фоне детрузорно-сфинктерной диссинергии, спазма наружного сфинктера уретры), мочеиспускание происходит аномально. При повышенном внутриуретральном давлении поток мочи имеет не ламинарное, а турбулентное течение с изменением гидродинамических характеристик, появлением завихрений. Бактерии мобилизуются со стенок дистальной уретры и распространяются в проксимальные отделы, а также в мочевой пузырь из-за возникающего в таких случаях уретрально-везикального рефлюкса.

Необходимым условием развития бактериального цистита является колонизация и адгезия значительного количества бактерий к поверхности уротелиальных клеток и последующая возможная инвазия их в зонтичные клетки поверхностного слоя слизистой оболочки мочевого пузыря. Бактерии прикрепляются к эпителию с помощью фимбрий – нитевидных белковых структур, расположенных на их поверхности. Не у всех бактерий есть такие приспособления. Уropatогенные кишечные палочки содержат белковые структуры (адгезины, пилины), ответственные за адгезивную способность бактерий. Полагают, что штаммы уropatогенной кишечной палочки различаются адгезинами, и разные типы адгезинов (1, P, S, AFA) имеют на уровне мочевого пузыря и почек свои места прилипания.

Переходный эпителий мочевого пузыря (уротелий) вырабатывает и выделяет на поверхность мукополисахаридную субстанцию, образующую защитный слой. Последний служит антиадгезивным фактором. Адгезия микроорганизмов к уроэпителиальным клеткам возможна вследствие разрушения или изменения защитного мукополисахаридного слоя, что может быть обусловлено конституциональными особенностями мужчины, нарушением кровообращения в стенке мочевого пузыря, повышением содержания рецепторов для бактериальной адгезии на клеточных мембранах, снижением выработки анти-микробных пептидов.

Факторы, препятствующие развитию инфекции нижних мочевыводящих путей:

- акт мочеиспускания, то есть механический вымывающий эффект мочи
- наличие мукополисахаридного слоя на слизистой оболочке мочевого пузыря
- продукция антимикробных пептидов слизистой оболочки мочевого пузыря
- низкий pH мочи и высокая осмолярность
- наличие IgA в моче, препятствующие бактериальной адгезии.

## Эпидемиология

Циститом болеют преимущественно женщины, что связано с анатомофизио-

# Цистит у женщин

## Клинические рекомендации

логическими и гормональными особенностями их организма. В России ежегодно регистрируют 26-36 млн случаев цистита. В течение жизни острый цистит переносят 20-25% женщин, у каждой третьей из них в течение года возникает рецидив заболевания, а у 10% оно переходит в хроническую рецидивирующую форму. Цистит чаще всего развивается в возрасте 25-30 лет, а также у женщин старше 55 лет, то есть после менопаузы. До 60% обращений к урологу связано с острым или рецидивирующим циститом.

## Классификация

Цистит классифицируют по различным признакам.

По этиологии выделяют инфекционный (бактериальный); неинфекционный (лекарственный, лучевой, токсический, химический, аллергический и др.).

По течению цистит делят на острый и хронический (рецидивирующий), который подразделяют на фазу обострения и фазу ремиссии.

Выделяют также первичный (неосложнённый) цистит (самостоятельное заболевание, возникающее на фоне условно-нормального пассажа мочи у женщин 18-45 лет без сопутствующих заболеваний) и вторичный (осложнённый) у всех остальных, то есть возникающий на фоне нарушения уродинамики и как осложнение другого заболевания: туберкулёз, камень, опухоль мочевого пузыря, когда повышен риск отсутствия эффекта от эмпирически назначенной антибактериальной терапии.

По характеру морфологических изменений возможен катаральный, язвенно-нофибринозный, геморрагический, гангренозный и интерстициальный цистит. Последний считают самостоятельным заболеванием, при котором происходит смена фаз течения воспалительного процесса, приводящая к выраженной боли в области мочевого пузыря, постепенному уменьшению его ёмкости, вплоть до сморщивания, и нарастанию дизурии.

## Клиническая картина

Жалобы (на боли, рези во время мочеиспускания, боли над лоном, неотложные позывы к мочеиспусканию, частые позывы к мочеиспусканию днём и/или ночью, терминальную гематурию, мочеиспускание малыми порциями при общем удовлетворительном состоянии, отсутствии гипертермии свыше 38°C, болей в поясничной области, наличие связи жалоб с половым актом) у женщин пременопаузального возраста. В анамнезе у пациентов с подозрением на цистит необходимо уточнить:

- наличие у матери цистита
- связь обострения цистита с половым актом, с переохлаждением ног

• наличие сопутствующих заболеваний (сахарный диабет)

• необходимо выяснить, не было ли каких-либо симптомов со стороны мочеиспускания за 4 недели до обращения.

Для острого цистита характерно острое начало. При наличии двух обострений в течение полугода или трёх – в течение года говорят о хроническом, или рецидивирующем, цистите. Несмотря на определённое беспокойство, причиняемое пациентам, для цистита не характерно тяжёлое течение.

## Диагностика

При физикальном обследовании пациентов с циститом выявляется болезненность при пальпации в надлобковой области в проекции мочевого пузыря. При локальном осмотре промежности отмечают наличие или отсутствие выпячивания на слизистой оболочке; кондилом; расположение наружного отверстия уретры по отношению к передней стенке влагалища, наличие зуда, выделений из влагалища и характер выделений (слизистые; гнойные; белые,

за 1 раз и отмечается характер мочеиспускания. Заполняется самой пациенткой в течение 2 дней. Каждое мочеиспускание пациентка осуществляет в пол-литровую банку (или мерный стакан) для измерения количества выделенной мочи, которую после этого надо вылить в унитаз. Дневник ведётся с утра и до утра следующего дня. В примечании необходимо отметить, были ли рези, боли при мочеиспускании, характер струи мочи. Заполнение дневников мочеиспускания является важным этапом обследования больных, длительное время страдающих дизурией.

## Лабораторные диагностические исследования

Рекомендуется всем пациентам при осложнённом или рецидивирующем (хроническом) цистите выполнение общего (клинического) анализа мочи для выявления признаков воспаления мочевых путей.

При остром неосложнённом цистите общий анализ мочи не обладает высокой диагностической ценностью. Диагностически значимыми являются >10 лейкоцитов/

мм<sup>3</sup> при микроскопии осадка мочи, увеличение количества бактерий, возможна эритроцитурия. При остром неосложнённом цистите и при рецидивирующем цистите анализ мочи может быть выполнен с помощью тест-полосок в качестве альтернативы общему анализу мочи – положительный тест на нитриты и лейкоцитарную эстеразу. Не рекомендуется пациентам с острым неосложнённым циститом микробиологическое (культуральное) исследование мочи при первичной диагностике в связи с минимальным увеличением диагностической точности и длительностью исследования.

Проведение микробиологического (культурального) исследования мочи должно выполняться при подозрении на пиелонефрит, при персистирующих или рецидивирующих симптомах в пределах 4 недель после окончания антибиотикотерапии, у пациентов с атипичными симптомами и у беременных. Бактериологическое исследование мочи проводят для выявления возбудителя и его чувствительности к антибактериальным лекарственным средствам.

По российским и международным исследованиям в 70-80% случаев возбудителем цистита являются *E.coli*, реже другие грамотрицательные бактерии, чувствительные к фосфомицину и нитрофурантоину. Эмпирическая терапия высокоэффективна. При неэффективности эмпирической терапии бактериологический анализ мочи с определением чувствительности уropatогена к антибактериальным препаратам существенно облегчит выбор следующего препарата.

Рекомендуется выполнять микробиологическое (культуральное) исследование мочи на бактериальные патогены пациентам с осложнённым или рецидивирующим (хронический) циститом для уточнения возбудителя.

У пациентов с типичными симптомами микробное число 10<sup>2</sup>-10<sup>3</sup> КОЕ/мл может быть приемлемым, если выделена монокультура. Для посева мочи анализ средней порции утренней мочи необходимо исследовать немедленно; если это невозможно, то мочу необходимо хранить при температуре +2 – +8°C. Очень важно отличать бессимптомную бактериурию от симптоматической инфекции нижних мочевых путей, т.е. цистита. Колонизация мочевыводящих путей и соответственно наличие бактерий в моче без клинических проявлений определяется как асимптоматическая бактериурия (АСБ). Асимптоматическая бактериурия (АСБ) диагностируется в случае выделения одного или более видов бактерий, растущих в моче с количеством ≥ 10<sup>5</sup> КОЕ/мл или ≥ 10<sup>8</sup> КОЕ/мл, независимо от наличия пиурии, в отсутствии признаков и симптомов, присущих инфекции мочевых путей (ИМП). Бессимптомная бактериурия (комменсальная колонизация) может за-

творжистой консистенции и т.д.). Высыпания, остроконечные кондиломы на слизистой оболочке промежности требуют исключения вирусной природы заболевания. Выделения, болезненность при вагинальном исследовании характерны для заболеваний женских половых органов (вагинит, аднексит, сальпингит и др.). При бимануальном влагалищном исследовании обращают внимание на состояние мочеиспускательного канала (особенно у пациентов с рецидивирующей инфекцией нижних мочевых путей), на болезненную пальпацию шейки мочевого пузыря.

*Критерии установления диагноза: на основании патогномоничных данных: наличие жалоб на частое болезненное мочеиспускание малыми порциями мочи, рези и боли при мочеиспускании, императивные позывы к мочеиспусканию, обильных выделений из влагалища.*

## Жалобы и анамнез

При сборе анамнеза и жалоб у всех пациентов с подозрением на цистит рекомендуется выяснить у пациента наличие следующих симптомов острого цистита для уточнения особенностей течения и тяжести заболевания:

- частое мочеиспускание малыми порциями
- рези, боли при мочеиспускании
- боль над лоном
- императивные позывы к мочеиспусканию
- отсутствие гипертермии (свыше 38°C), болей в поясничной области
- иногда примесь крови в моче (особенно в последней порции)
- отсутствие зуда и обильных влагалищных выделений.

Для объективной оценки симптомов заболевания предложена количественная оценка по шкале симптомов острого цистита (ACSS). Шкала ACSS состоит из 18 вопросов, на которые пациентка отвечает самостоятельно. Вопросы разделены на четыре категории: а) вопросы о характерных симптомах (1-5); б) вопросы для дифференциального диагноза (7-10); в) вопросы о качестве жизни (11-13); г) дополнительные вопросы об основном заболевании (14-18). Пороговое значение 6 баллов при оценке характерных симптомов имеет чувствительность 91,2% и специфичность 86,5% в отношении прогнозирования острого цистита.

Всем пациентам с циститом рекомендуется заполнить дневник мочеиспускания в течение 2 суток для объективной оценки частоты и объёма мочеиспускания.

В дневнике мочеиспускания указывается время мочеиспускания, измеряется количество выделенной мочи за одно мочеиспускание, количество выпитой жидкости



щипать от суперинфекции вирулентными уропатогенами.

Не рекомендуется лечение АСБ: женщинам без факторов риска развития инфекции мочевых путей; пациентам с регулируемым сахарным диабетом; женщинам в постменопаузе; пожилым людям, живущим в домах престарелых; пациентам с нарушенной функцией нижних мочевых путей и после реконструктивных операций на нижних мочевых путях; пациентам с трансплантацией почки; пациентам до артропластики и пациентам с рецидивирующей инфекцией мочевых путей, чтобы избежать риска селекции резистентных микроорганизмов и эрадикации потенциально протективных АСБ-штаммов микроорганизмов.

Рекомендуется антибактериальное лечение АСБ у беременных женщин и перед инвазивными вмешательствами на мочевых путях и половых органах, при которых возможны кровотечения и повреждение слизистой оболочки, с целью профилактики невынашивания беременности, преждевременных родов и инфекционно-воспалительных осложнений.

Рекомендуется у женщин с рецидивирующим (хроническим) циститом (при обострениях цистита после полового акта) выполнить микробиологическое (культуральное) исследование отделяемого из влагалища на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы с целью определения дисбиоза влагалища.

При рецидивирующем цистите иногда необходимо провести молекулярно-биологическое исследование влагалищного отделяемого на микроорганизмы-маркеры бактериального вагиноза и аэробного вагинита, которые могут влиять на дисбиоз влагалища и тем самым снижать их защитную функцию при восходящем пути инфицирования мочевых путей.

#### Инструментальные диагностические исследования

Не рекомендуется рутинное проведение расширенного обследования (ультразвукового исследования (УЗИ) и/или цистоскопии) при остром цистите или обострении рецидивирующего (хронический) цистита с целью подтверждения диагноза острого цистита. Пациенткам женского пола с рецидивирующим (хронический) циститом старше 40 лет с факторами риска мочекаменной болезни, интерстициального цистита или рака мочевого пузыря рекомендуется проведение УЗИ мочевого пузыря и цистоскопии.

Для диагностики острого восходящего

пиелонефрита у пациентов с циститом с подозрением на восходящую инфекцию (гипертермия свыше 38°C, боли в поясничной области, боли при пальпации почек) рекомендуется ультразвуковое исследование и/или компьютерная томография почек.

У женщин с рецидивирующим циститом после 40 лет ультразвуковое исследование мочевого пузыря выполняется для исключения других заболеваний. При цистите можно увидеть утолщенную, отечную слизистую оболочку мочевого пузыря. Однако главная задача УЗИ – исключение опухоли мочевого пузыря; камня предпузырного или интрамурального отдела мочеоточника, который может вызывать дизурию; остаточной мочи, что может иметь место при пролапсе тазовых органов у женщин, нейрогенных расстройствах мочевого пузыря.

Рекомендуется цистоскопия у пациентов с макрогематурией для исключения новообразования или туберкулеза мочевого пузыря, а также в исследовательских целях.

Рекомендуется пациентам при рецидивах заболевания, при отсутствии эффекта от проводимого лечения, проведение измерения скорости потока мочи (урофлоуметрии) с определением объема остаточной мочи для уточнения диагноза и определения дальнейшей тактики ведения пациента.

#### Иные диагностические исследования

Необходимость выполнения иных диагностических исследований определяется в конкретной клинической ситуации в соответствии с состоянием пациента.

Лечение. Лечение при остром цистите направлено на:

- достижение длительного клинического результата.
- улучшение качества жизни больного
- профилактику рецидивов
- профилактику и лечение осложнений.

#### Консервативное решение

Пациентам с острым неосложненным циститом рекомендуется назначение эмпирической антибактериальной терапии в амбулаторных условиях для элиминации возбудителя.

Продолжительность терапии острого неосложненного цистита – 1-3-5-7 суток – зависит от выбранного препарата и отсутствия или наличия факторов риска.

Пациентам с острым неосложненным циститом рекомендуется назначение пре-

парата первого выбора: фосфомицина в дозе 3 г однократно, курс лечения 1 день.

Пациентам с острым неосложненным циститом рекомендуется назначение фуразидина или нитрофурантоина в дозах, соответствующих инструкции к препарату.

Пациентам с неосложненным циститом при непереносимости препаратов первой линии в качестве альтернативы рекомендуется назначение цефиксима в дозе 400 мг в сутки в течение 5 дней.

Пациентам с неосложненным циститом не рекомендуется назначение антибиотиков группы хинолонов (фторхинолонов) не только из-за высокого уровня резистентных штаммов микроорганизмов, селекции мультирезистентных патогенов или повышенного риска Clostridium difficile ассоциированного колита, но и из-за большого числа серьезных нежелательных побочных действий препаратов этой группы.

Пациентам с неосложненным циститом не рекомендуется назначение ампициллина, амоксициллина, ко-тримоксазола из-за высокого уровня резистентных к ним уропатогенов, в частности кишечной палочки.

Пациентам с рецидивирующим (хроническим) циститом у женщин в постменопаузе рекомендуется назначение вагинальной эстрогензаместительной терапии для уменьшения выраженности симптомов и улучшения качества жизни в соответствии с инструкцией к препарату.

Пациентам с рецидивирующим (хроническим) циститом рекомендуется назначение фосфомицина в дозе 3 г 1 раз через 10 дней на протяжении 3 месяцев, с целью лечения и профилактики обострений.

#### Профилактика и диспансерное наблюдение

Пациентам с рецидивирующим (хроническим) циститом рекомендуется приём фитотерапевтического препарата, содержащего золототысячник, корень любистока, листья розмарина обыкновенного, в дозе 2 т (или по 50 капсул) 3 раза в день в течение 3 месяцев для профилактики рецидивов цистита.

Пациентам с частыми рецидивами бактериального цистита рекомендуется назначение иммунопрофилактики лиофилизированным лизатом бактерий Escherichia coli с целью иммунопрофилактики по 1 капсуле 1 раз в день 3 месяца.

Лиофилизированный лизат бактерий Escherichia coli доказал свою эффективность в ряде клинических исследований и может быть рекомендован для иммунопрофилактики у женщин с рецидивирующими неосложненными ИМП. У женщин с

посткоитальным циститом, когда рецидивы цистита четко связаны с половым актом, рекомендуется с целью посткоитальной антибиотикопрофилактики до или после полового акта нитрофурантоин 50 мг при неэффективности прочих, неантибактериальных методов.

Пациентам с рецидивирующим (хроническим) циститом рекомендуются инстилляции протектора вязкоэластичного стерильного для слизистой мочевого пузыря, содержащего гиалуроновую кислоту, в мочевой пузырь, вне стадии обострения с целью профилактики рецидивов.

В РФ препарат зарегистрирован в качестве изделия медицинской помощи.

#### Организация оказания медицинской помощи

Показания для госпитализации в медицинскую организацию:

макрогематурия  
тяжелое состояние пациента, особенно с декомпенсированным сахарным диабетом, иммунодефицитом любой этиологии, выраженной недостаточностью кровообращения и т.д.

Показания к выписке пациента из медицинской организации:

нормализация общего состояния  
отсутствие клинико-лабораторных признаков острого цистита.

**Тамара ПЕРЕПАНОВА,**  
заведующая отделом инфекционно-воспалительных заболеваний и клинической фармакологии НИИ урологии и интервенционной радиологии им. Н.А.Лопаткина – филиала Национального медицинского исследовательского центра радиологии Минздрава России, председатель Московского общества урологов (МОУ), почётный член Российского общества урологов (РОУ), член Правления Европейской секции инфекций в урологии (ESIU) Европейской урологической ассоциации (EAU), доктор медицинских наук, профессор.

**Любовь СИНЯКОВА,**  
профессор кафедры урологии и хирургической андрологии Российской медицинской академии непрерывного профессионального образования Минздрава России, член РОУ, МОУ, ЕАУ, МОО «Рациональная фармакотерапия в урологии», доктор медицинских наук.  
**Константин ЛОКШИН,**  
член РОУ, ЕАУ, МОУ, МОО «Рациональная фармакотерапия в урологии», доктор медицинских наук.

требуется дополнительное назначение одной или нескольких специфических добавок. Для выявления наиболее частых проявлений витаминной и микронутриентной недостаточности рекомендуется контроль следующих показателей: витамина В12, железа, фолиевой кислоты, кальция, витамина D, тиамина, меди и цинка.

#### Организация оказания медицинской помощи

Госпитализация плановая. Помощь стационарная/дневной стационар.

Показания для плановой госпитализации в медицинскую организацию (дневной стационар, стационарно):

1. прогрессирующее нарастание массы тела, ухудшение течения коморбидных заболеваний и/или декомпенсация метаболических нарушений, ассоциированных с ожирением (СД-2, ССЗ, СОАС и др.);
  2. проведение бариатрических операций и подготовка к ним;
  3. декомпенсация метаболических нарушений после бариатрических операций.
- Показания к выписке пациента из медицинской организации:
1. снижение массы тела;
  2. улучшение течения коморбидных заболеваний и/или компенсация метаболических нарушений, ассоциированных с ожирением.

**Иван ДЕДОВ,**  
академик РАН.

**Наталья МОКРЫШЕВА,**  
член-корреспондент РАН.

**Галина МЕЛЬНИЧЕНКО,**  
академик РАН.

**Екатерина ТРОШИНА,**  
член-корреспондент РАН.

# Ожирение

## Клинические рекомендации

(Окончание. Начало в № 42 от 25.10.2023.)

Потеря веса, достигнутая посредством интенсивного лечения непосредственно во время подготовки к бариатрической операции, и снижение ИМТ ниже 35 кг/м не является противопоказанием для операции. Бариатрическая хирургия также показана тем пациентам, которым удалось снизить вес консервативными методиками, но они не смогли долгосрочно удерживать полученный результат и начали вновь набирать вес (даже в случае, если ИМТ не достиг 35 кг/м). Как правило, кандидатами на проведение бариатрических операций являются пациенты в возрасте от 18 до 60 лет, однако вопрос о показании к операции может рассматриваться и в других возрастных группах.

Хирургическое лечение ожирения не рекомендуется при обострении язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, беременности, онкологических заболеваниях, продолжительность ремиссии которых после лечения составляет менее 5 лет, психических расстройствах: тяжелых депрессиях, психозах (в том числе хронических), злоупотреблении психоактивными веществами (алкоголем, наркотическими и иными психотропными), некоторых видах расстройств личности (психопатиях), заболеваниях, угрожающих жизни в ближайшее время, тяжелых необратимых изменениях со стороны жизненно важных органов (ХСН III-IV функциональных классов, печеночной, почечной недостаточности и др.).

Бариатрическая операция может проводиться после курса противоязвенной терапии и подтверждения заживления эрозий/язв после лечения. Рекомендовано выполнение следующих операций:

лапароскопическое регулируемое бандажирование желудка, продольная резекция желудка, гастрощунтирование, а также билиопанкреатическое шунтирование с выключением двенадцатиперстной кишки.

При выборе того или иного вида бариатрической операции рекомендуется учитывать возраст пациента, степень ожирения, наличие тех или иных коморбидных и сопутствующих заболеваний, риск оперативного вмешательства и возможность регулярного наблюдения в послеоперационном периоде.

#### Профилактика и диспансерное наблюдение

Пациентам, достигшим клинически значимого снижения массы тела ( $\geq 5\%$  от исходной), рекомендуется удержание веса в течение 1-2 лет.

На этапе удержания массы тела рекомендуется ежемесячное консультирование со специалистом (очное или дистанционное), регулярный контроль массы тела (взвешивание не реже 1 раза в неделю), сохранение или расширение режима аэробных физических нагрузок, зюкалорийное сбалансированное питание. Всем пациентам, перенесшим хирур-

гическое лечение ожирения, в раннем послеоперационном периоде рекомендуется профилактика тромбоэмболических осложнений (активизация больных с первых часов после операции, эластическая компрессия нижних конечностей).

Пациентам с ожирением, страдающим СД-2, в первые дни после операции рекомендуется контроль гликемии не реже 4 раз в сутки, при необходимости коррекция сахароснижающей терапией.

У больных с ожирением в сочетании с СД-2 после хирургического вмешательства вопрос об отмене/снижении дозы пероральных сахароснижающих препаратов и инсулина рекомендуется решать в индивидуальном порядке.

Пациентам, у которых после операции гликемия не снижается до целевых показателей, рекомендуется продолжение соответствующей терапии.

Всем пациентам после бариатрических операций рекомендуется восполнение дефицита витаминов, микро- и макроэлементов под контролем лабораторных показателей.

Несмотря на рекомендованный прием поливитаминов (А11ВА), более чем 60% больных после бариатрических операций

«Будет ли обсуждение проекта бюджета здравоохранения жарким? Я надеюсь, да», – так ответил на вопрос корреспондента «МГ» заместитель председателя Комитета Госдумы по охране здоровья кандидат медицинских наук Алексей КУРИННЫЙ. Наш разговор состоялся накануне первого чтения документа в Думе.

Законопроект, который устанавливает объёмы и основные направления финансирования медицинской отрасли, какими их видит Правительство России, уже прошёл экспертизу в профильных комитетах парламента, включая Комитет по охране здоровья. Мнения депутатов разделились. Кто-то уже высказал одобрение параметрами главного финансового документа, а кто-то категорически не готов принимать условия, предложенные Минздравом и финансово-экономическим блоком Правительства.

О бюджете и его значении для реализации долгосрочной стратегии развития здравоохранения, решения кадровой проблемы и выравнивания доступности современной медицинской помощи для жителей разных субъектов РФ в интервью А.Куринаго.

### Платное победит бесплатное?

– Алексей Владимирович, что именно в предложенном проекте бюджета не устраивает вас – сумма доходов или структура расходов?

– Больше всего вызывает недоумение и недовольство то же самое, что мы критикуем на протяжении последних 10 лет – недостаточное финансирование, а конкретно государственные расходы на здравоохранение по отношению к ВВП. Мы опять топчемся вокруг уровня 3,6%. Это лишь половина от того, что требуется отрасли. В поручении Президента России двухлетней давности было сказано о необходимости довести государственное финансирование здравоохранения до 5% от ВВП. Однако до сих пор подвижек в этом направлении нет.

Соответственно, если нет адекватного финансирования, мы не можем решать стратегически важные проблемы системы здравоохранения. Первая из них – кадровая, чётко завязанная на заработную плату и меры социальной поддержки медработников. Вторая – всеобщее лекарственное обеспечение, а не только отдельных групп населения, как это происходит сейчас.

Третья – системное обновление инфраструктуры отрасли, а не латание дыр, как это происходит в настоящее время в рамках федеральных проектов. Подавляющая часть субъектов РФ без помощи федерального бюджета крупные инфраструктурные объекты потянуть просто не может. Я вижу это по своей Ульяновской области и другим регионам: не то что построить целиком и оснастить новое лечебное учреждение, а даже один новый корпус областной больницы не имеют возможности. А раз нет специалистов, современных зданий и оборудования, охвата всех нуждающихся необходимой лекарственной терапией – нет и современного уровня медицины.

Во время недавней встречи нашего комитета с министром здравоохранения Михаилом Мурашко, где он анонсировал и комментировал проект бюджета, было очевидно: при таких параметрах финансирования ведомство вынуждено удерживать лодку на плаву, а не решать стратегически значимые для отрасли задачи. Да, некоторые успехи есть, в частности, объёмы ВМП подросли. В то же время потенциальные резервы первичного звена по профилактике, ранней диагностике и своевременному лечению остаются не задействованы.

Одним словом, всё начинается с финансирования и им же, точнее, его недостаточностью, заканчивается. На 3,6% от ВВП мы не сможем построить эффективную систему здравоохранения с необходимой доступностью и качеством. Не удивительно, что доля коммерческой медицины с каждым годом растёт несмотря на то, что население в целом не становится богаче. Согласно данным разных отчётов, которыми мы располагаем, по итогам 2023 г. объём платных услуг вместе с затратами на лекарства превысит 2,5 трлн руб.

### Острая тема

# Всё начинается и заканчивается финансированием

## Удерживать лодку на плаву не значит развивать отрасль



Вдумайтесь: 6 трлн будет потрачено на медицину из всех государственных источников финансирования и 2,5 трлн – из карманов пациентов. Многовато при нормативно гарантированной бесплатной медицине, разве нет? Некоторые области здравоохранения постепенно переходят в категорию платных, в частности, стоматология. Меня, если честно, эта тенденция пугает.

– **Что вы имели в виду, говоря о всеобщем лекарственном обеспечении? Идея кажется странной в эпоху капитализма.**

– Речь идёт о возможности для человека, который страдает хроническим заболеванием, получать на амбулаторном этапе лечения бесплатное лекарство в полном объёме независимо от уровня его доходов и места проживания. Кто-то называет это лекарственным страхованием, кто-то обеспечением, но, по сути, это одно и то же – эффективная мера, которая влияет и на ожидаемую продолжительность жизни, и на снижение смертности от хронических заболеваний.

Сегодня в Российской Федерации не более 20% граждан с хроническими заболеваниями, которые нуждаются в постоянной терапии, получают препараты по региональной или федеральной льготам. Зачастую человек сначала должен получить группу инвалидности, так как без неё рассчитывать на льготные лекарства он не вправе. То есть мы фактически доводим людей до того, чтобы их заболевание достигло, наконец, такой фазы, когда требуются уже совсем иные расходы на лечение.

Моё предложение – погрузить расходы на всеобщее лекарственное обеспечение и изделия медицинского назначения в Программу государственных гарантий и финансово ответственным за её реализацию назначить феде-

ральный бюджет. Нужно уйти от неразберихи с региональными и федеральными льготами, их дублирования, разных источников их финансирования.

Мы видим, как авторы проекта бюджета-2024 манипулируют цифрами статистики. Нам говорят про улучшение демографических показателей – снижение смертности, увеличение ожидаемой продолжительности жизни, – но эти улучшения чётко синхронизируются с завершением пандемии COVID-19. Чиновники же используют данный факт как собственное достижение и называют положительной динамикой.

уже будут заложены в проекте бюджета. К сожалению, данное обстоятельство свидетельствует о том, что такое решение могло быть принято на уровне Правительства уже давно, но зачем-то дожидались особого указания «сверху».

– **С изменением системы оплаты труда в здравоохранении следует ожидать такого же сценария?**

– Не исключено. Действительно, сложно сразу найти 800 млрд руб. на одномоментное повышение заработной платы всем медработникам. Но хотя бы подготовленное ещё в 2022 г. постановление Пра-

ветствующие условия труда, а уже потом ждать от врачей и медработников среднего звена, что они с охотой поедут на периферию. Прежде всего, значительно повысить оклады, обеспечить специалиста жильём, вернуть медработникам на селе льготы на коммунальные услуги. Это – минимальный набор мер, которые необходимо реализовать, чтобы началось движение в сторону устранения кадрового дефицита.

Одноразовые денежные выплаты на решение этой задачи работают слабо, в этом мы уже убедились. Программу «Земский доктор» я рассматриваю как паллиативную

меру, потому что человек получает свой миллион, обрабатывает на селе положенный срок и бегом назад в город. Несмотря на демонстрируемые результаты по числу участников программы, это временная мера, связанная, по большому счёту, с перетеканием врачей из одного места, где их не хватает, в другое, где их ещё больше не хватает. Терапевты из города переезжают на время в пригород, чтобы получить хорошую денежную выплату, в итоге укомплектованность городских поликлиник участковыми врачами снизилась местами до 30-40% от положенного.

Далее. В чём минусы целевого обучения? В том, что целевики, окончив вуз, отказываются от исполнения условий договоров. Напомню, в 2019 г. были приняты поправки в законодательство, повышающие ответственность целевого студента. Те, кто поступил учиться по новым правилам, в случае отказа от целевого направления должны будут компенсировать в полном объёме все затраты государства на их обучение, включая стипендию и меры социальной поддержки. Это завуалированно силовой принудительный вариант, и я не уверен, что он окажется эффективным.

Высказывается идея установить для людей, которые нарушили договор о целевом обучении, ещё и большой штраф. Поддержит ли Госдума это предложение? Не уверен. Сейчас его можно трактовать следующим образом: мы – государство – не будем повышать молодым специалистам зарплаты, не будем предоставлять жильё, но если вы не согласитесь на наши условия, заплатите не только всё, что задолжали государству, а даже вдвое более того. Не могу отвечать за своих коллег, но я такой подход не поддерживаю. Как и радикальное предложение аннулировать/заблокировать дипломы у целевиков, нарушивших условия договора.

Есть вариант решения кадровой проблемы путём возвращения к системе обязательного распределения выпускников медвузов. Реалистичен ли он? Думаю, если не реализуем комплекс озвученных выше мер по привлечению специалистов, такой вариант не исключён. Но и в этом случае государство не освобождается от своей прямой обязанности обеспечить молодого специалиста благоустроенным жильём на месте работы и достойной зарплатой. Распределение не должно восприниматься студентами-медиками как наказание за выбор врачебной профессии.

Беседу вела Елена БУШ, обозреватель «МГ».

вительства о централизованном повышении должностных окладов и выравнивании размеров окладов между регионами можно и нужно было реализовать.

Вот пример: разница в зарплатах врачей между Москвой и Республикой Ингушетия составляет 4 раза за выполнение одной и той же работы. Попытки устранить подобные разрывы предпринимаются путём выравнивания территориальных программ госгарантий в части плановых объёмов помощи и финансового обеспечения, но эффект от этого небольшой.

### Обучение и наказание

– **Вы уже коснулись неравномерного инфраструктурного развития здравоохранения: у регионов нет денег на строительство новых больниц. У них, к слову, нет денег и на обновление парка медицинского оборудования. Когда в Москве показатели малоинвазивных операций в абдоминальной хирургии близки к 100%, а в Сибири на Дальнем Востоке 50% и меньше – это разве хорошо?**

– Ничего хорошего, учитывая, что по Конституции всем гражданам страны гарантирован одинаковый уровень медицинской помощи. Хотелось бы, конечно, чтобы он был одинаково высоким, а не одинаково низким. Между тем картинка, снятые в столичных больницах или в федеральных медицинских центрах, показывают медицину XXI века, в то время как в некоторых субъектах РФ можно увидеть в стационарах и поликлиниках оборудование и интерьеры, сохранившиеся с 1980-х годов прошлого века.

Да, целесообразно, наверное, создавать центры высоких технологий в кардиохирургии, нейрохирургии, онкологии, офтальмологии не в каждом городе, а сразу на несколько территорий. Но «обычные» эндоскопические операции в гинекологии, урологии, абдоминальной хирургии должны выполняться не только в любой крупной больнице, а даже в ряде центральных районных больниц.

Другое дело, у нас во многих ЦРБ нет не только эндоскопических операций в гинекологии, урологии, абдоминальной хирургии, а даже самих хирургов. На район численностью населения в 30-50 тыс. человек ни одного хирурга, вот где катастрофа.

– **Что делать с кадрами, особенно в сельских районах? Все предложения сводятся к трём вариантам – обязательное распределение выпускников, целевое обучение и продолжение реализации программы «Земский доктор». Как вы их оцениваете?**

– Моё мнение однозначное – надо прежде всего создать соот-



Наши интервью

# С уверенностью смотрим в будущее

В Сочи состоялся интеллект-форум «Профсоюзы. XXI век. Перезагрузка». Ранее Профсоюз работников здравоохранения РФ выступал генеральным партнёром форума ФНПР, в этом году пошёл дальше, взяв на себя обязанности организатора данного мероприятия.

Как пояснил председатель Профсоюза работников здравоохранения РФ Анатолий Домников, такое решение было принято по веской причине: за последние годы удалось не только остановить падение профсоюзного членства, но даже прибавить в численности. В прошлом году общественная организация пополнилась 130 тыс. молодых специалистов. Руководство профсоюза отмечает, что общественная организация стала более заметной в информационном пространстве. На форуме Профсоюзом работников здравоохранения РФ организованы две площадки: «Новый взгляд на подачу профсоюзной информации» и «Работающие инструменты увеличения профсоюзного членства».

Корреспондент «МГ» Алексей ПИМШИН побеседовал с одним из спикеров – председателем Республиканской организации Башкортостана Профсоюза работников здравоохранения РФ Раулем ХАЛФИНЫМ.

– Рауль Магруфович, ваше впечатление от интеллект-форума?

– Я не первый раз принимаю в нём участие. Но на этот раз был действительно новый уровень подачи информации и вопросов. Участие в нём Профсоюза работников здравоохранения позволило поднять уровень форума ФНПР. Были доклады, выводы которых мы уже слышали и раньше, но в каких-то представлялись новые, более успешные практики. Всегда интересно и познавательно познакомиться с опытом общественных организаций других отраслей. Что-то попробуем переработать, адаптировать и использовать в собственной практике. Безусловно, это процесс творческий, механически скопировать какую-то модель, подходы нельзя.

– Вы выступили на площадке «Новый взгляд на подачу профсоюзной информации», хотелось бы узнать, когда региональная профсоюзная организация решила всерьёз заняться продвижением в социальных сетях?

– Профсоюз не может не совершенствовать свои формы работы, не предлагать новые подходы. Стали популярны социальные сети – руководство и активисты должны быть в них представлены. Надо доводить информацию до членов

организации, как профсоюз защищает интересы медицинских работников, занимается охраной труда, участвует в культурно-массовых мероприятиях. А дел много – собираем помощь участникам СВО, помогаем врачам и медицинским сёстрам в трудной ситуации, предлагаем посещения театров, экскурсии, летний и детский отдых по льготным ценам. Всё это требует оперативности, большого охвата аудитории.

Тесно сотрудничаем и с печатными изданиями, телевидением, информационными порталами. Радует, что вопросы и достижения профсоюза, как региональные, так и системные, регулярно отражаются в нашей родной «Медицинской газете».

Есть десятки историй, когда профсоюз смог помочь во многих вопросах, и об этом должно знать медицинское сообщество. На первых встречах с коллективами медицинских организаций, особенно крупных, в качестве председателя, с удивлением обнаружил, что значительная часть коллег даже не знает, что делает профсоюз, насколько важно членство в нём, как мы помогаем медицинским работникам. А без этого невозможно было преодолеть негативные тенденции в численности региональной профсоюзной организации.



Площадка «Новый взгляд на подачу профсоюзной информации»

– Ещё недавно в Москве многие ведущие врачи открывали свои аккаунты в социальных сетях. После начала специальной военной операции «Фейсбук» и «Инстаграм» (запрещённые в России) стали вне закона. А переход «ВКонтакте» не прошёл безболезненно. Ведь каждая социальная сеть имеет свои особенности. Популярность их снизилась. Не произойдёт ли разочарование и от такой формы общения?

– Ниша социальных сетей уже сформировалась. Ими научились пользоваться не только люди молодого возраста. Да, возможны какие-то изменения по инструментам, но общение в социальных сетях продолжится. Они будут развиваться, ведь мелкие события вряд ли могут быть поводом для выступления в традиционных СМИ, но в социальных сетях они вполне уместны. Для молодых людей – это наиболее популярный способ общения. Кроме того, для рескома крайне важна обратная связь. Мы читаем и комментарии в социальных сетях, проводим опросы. Предполагая, что в небольших, сельских организациях активность в социальных сетях чуть ниже, мы активно размещаем материалы о работе профсоюза и местных первичек в районных СМИ. Конечно, традиционно взаимодействуем с областными СМИ.

– Социальные сети – это, как правило, короткие сообщения. Обсуждение проблем в них немного сложно. Насколько профсоюз сегодня нуждается в том, чтобы добиться «узнаваемости»? Ведь это одна из старейших профессиональных общественных организаций...

– Вы правы, о профсоюзе, в принципе, знает большинство. Но сейчас и время другое. Каждый день специалисту нужно сделать десятки дел, прочитать большие тексты, посмотреть передачи времени не всегда хватает. А вот социальные сети пролистать вполне можно. Соответственно, нельзя оставлять незаполненной эту нишу. Её всё равно заполняют, но другие.

– Считаете ли вы ведение социальных сетей работающим инструментом для увеличения профсоюзного членства?

– Да, одним из инструментов. Как я уже говорил, надо пользоваться и другими способами. Проводить личные встречи, конференции, выступать в СМИ, на телевидении... Наша региональная организация даёт в социальных сетях статистику по результатам работы. У нас более 150 первичек. Обязательно стараемся показать примеры личных побед – достижений среди работников, наставников и ветеранов, как в спорте, так и на спортивных,

культурных мероприятиях. На мероприятиях используем символику: флаг, эмблему. Поднимаемся с ней на пьедесталы, покоряем горы. Важно, чтобы у наших читателей, слушателей, наблюдателей появлялось ощущение, что профсоюз не просто жив, он активен и эффективен.

– Если говорить об обратной связи, часто ли в комментариях к сообщениям пишут какие-то предложения? Или это не тот инструмент, с помощью которого «жалуются» в профсоюз?

– Конфликтные обращения поступают в основном на телефон горячей линии профсоюза. Номер мы даём и в своих социальных сетях и СМИ. Первые более важны для того, чтобы отслеживать реакцию на публикации и интересы пользователей, членов нашей общественной организации. Безусловно, работа по информированию предполагает комплексный подход: надо анализировать обращения на горячую линию, в отделе рескома, письма, в том числе и поступившие по электронной почте, выступления в СМИ и на телевидении, сообщения в социальных сетях. Мы видим общую картину, стараемся оперативно реагировать, собираем рабочие группы, запрашиваем у них информацию, выходим на руководство лечебных учреждений, министерства.

– Региональная организация профсоюза Башкирии – одна из самых крупных в России. Какие тенденции в плане профсоюзного членства господствуют на территории?

– Мы не вошли в группу регионов, где наблюдается серьёзный рост профсоюзного членства. Дело в том, что в республике всегда была его высокая планка. И поднимать её ещё выше достаточно сложно. Был определённый период сложностей, но его уже преодолели. Численность организации стабилизировалась и немного увеличивается. Сегодня среди работающих в отрасли 78% работников являются членами нашей общественной организации. В абсолютных цифрах – это 65 тыс. работающих и 12 тыс. студентов и обучающихся. У нашей организации славная история и, уверен, большое будущее.



Обсуждения

В рамках деловой программы форума «Биотехмед-2023», прошедшего в Сочи, состоялась дискуссионная сессия «Ценообразование на лекарственные средства». Внимание участников было сфокусировано на механизмах ценообразования, способствующих развитию российского фармацевтического рынка в современных условиях, его краткосрочных и долгосрочных перспективах. В качестве модератора сессии выступил генеральный директор АО «Фармстандарт» Дмитрий Зайцев, в качестве спикеров – руководящие работники Минздрава России, Федеральной антимонопольной службы (ФАС), ведущих фармацевтических компаний страны.

Заинтересованное внимание российских фармпроизводителей и дистрибьюторов вызывают поправки к двум правительственным постановлениям – № 865 «О государственном регулировании цен на лекарственные препараты, включённые в перечень ЖНВЛП» и № 1771, регулирующие порядок ценообразования на препараты из данного перечня в случае их дефектуры или угрозы дефицита.

Как заявил заместитель министра здравоохранения РФ Сергей Глаголев, соответствующи-

## Дефектуре места нет!

Об этом шла речь на форуме «Биотехмед-2023»

щие поправки вступят в силу не позже марта 2024 г. Оптимизация касается сроков действия заключений Росздравнадзора о возникновении дефектуры – их предполагается увеличить. Также будут скорректированы формулы, являющиеся основанием для определения дефектуры. Соот-

ветствующие комментарии по данному вопросу дала начальник отдела цен на лекарственные препараты ФАС Дарья Старых, выступившая перед участниками сессии в режиме онлайн.

Генеральный директор «Р-Фарм» Василий Игнатъев подчеркнул, что система оценки



Во время сессии



С.Глаголев

риска дефектуры должна быть прозрачна. Это особенно важно в ситуациях, когда препараты с одним международным непатентованным наименованием (МНН) выпускают несколько производителей. Он также предложил найти такое решение проблемы, которое позволит производителям не раскрывать секретной

коммерческой информации, а в то же время регулятору – вовремя профилактировать дефектуру и своевременно реагировать на потребности рынка.

Со своими замечаниями по проблеме выступили генеральный

директор «ПСК Фарма» Евгения Шапиро, генеральный директор «Нацимбио» Андрей Загорский, президент группы компаний «Брайт Вэй» Людмила Щербатова, генеральный директор «ЭСКОМ» Гелани Азирова.

Тимофей КОЗЛОВ,  
корр. «МГ».

Продолжаем разговор о проблемах искусственного аборта, начатый в «МГ» № 33 от 23.08.2023 и № 39 от 04.10.2023. По афоризму советского прозаика и поэта Вадима Шейфера, «словом можно убить, словом можно спасти, словом можно полки за собой повести». Главными причинами конфликтов и жалоб являются ошибки в общении медиков с больными и их родственниками. Пациент ожидает, что его не только примут, выслушают, но и услышат, почувствуют. Вот почему важно налаживать и поддерживать деонтологически и психологически грамотные контакты. Особенно остро всё это проявляется в работе акушеров-гинекологов, консультирующих женщин в состоянии репродуктивного выбора.

### Веское слово человека в белом халате

В ознаменование Всемирного дня безопасности пациентов министр здравоохранения России Михаил Мурашко прочитал лекцию 550 студентам РНИМУ им. Н.И.Пирогова и 75 тыс. онлайслушателям из 40 медицинских и фармацевтических вузов. Он сказал о наблевшем: «Чем сложнее вы будете объясняться с пациентом, тем ниже вероятность того, что пациент будет удовлетворён общением с вами. Вы должны понимать, с кем общаетесь, в каком регионе проживает пациент, какие есть культурные традиции, к какой группе риска он относится, к какой категории... Пациент обращает внимание на доступность и своевременность оказания медицинской помощи, в том числе на условия чистоты и комфорта, в которых находится, насколько безбарьерно его общение с родственниками, есть ли эмоциональная поддержка. Всё это пропускается через личное восприятие. Когда мы организуем систему оказания медицинской помощи, мы должны чётко понимать, кто такой пациент и чего он хочет».

Министр акцентировал внимание на правильной коммуникации – основе терапевтического сотрудничества. Пожурив некоторых больных за неисполнение лечебных рекомендаций, он возложил ответственность за нескладывающееся взаимодействие на врача, не заслужившего доверия. Именно доктор обязан дать пациенту и его близким «обратную связь», без которой увеличивается риск недопонимания и беспокойства.

К сожалению, реальность предоставляет нам и так достаточно поводов опасаться за своё будущее, чувствовать неуверенность в завтрашнем дне. Многие программы помощи пациентам или молодым семьям эффективны на бумаге. А вот закрытие роддомов в «репродуктивно бесперспективных» поселениях, очереди в поликлинику, нехватка педиатров и других узких специалистов, постоянный сбор денег на операции инвалидам и, как горько шутят, «противозачаточная зарплата» – именно это наша повседневность. Отсюда социально-экономические причины демографического кризиса. Но врачи вносят свою лепту в его продолжение.

В 2017 г. Минздрав России подготовил методические рекомендации «Психологическое консультирование женщин, планирующих искусственное прерывание беременности», где подробно расписаны этапы и особенности общения с такими пациентками. Успехом считается отказ от принятого решения. По данным авторов методички, «передумывают» после консультаций до 30% женщин. Но это труднодостижимый уровень эффективности – в среднем обычно 10–15%.

В 2023 г. Минздрав выпустил новые рекомендации для акушеров-гинекологов, социальных работников, юристов, психологов и руководителей лечебно-профилактических учреждений. Пилотный проект «Репродуктивное здоровье» запустили в Архангельской, Новгородской, Магаданской, Калужской и Тульской областях, а также в Приморском и Камчатском краях. Созданы три блока со скриптами для потенциальных рожениц до 18,

от 18 до 35 и после 35 лет. В каждом блоке, как в скрипте телемаркетолога, есть возможные причины для аборта и материалы для врача, помогающие развеять недоумения и возражения пациенток. По результатам апробирования и с учётом критических замечаний речевые модули обещают доработать.

Ясно, что следует избегать формулировок типа: «Будете сохранять беременность?», «Будете рожать?» и «Вы поступаете неправильно».

### Взгляд

# Взаимодействие врача и пациента

## Речевые модули в доабортном консультировании



Учим студентов мыслить и говорить

В модуле для потенциально молодых мам до 18 лет есть универсальная вводная фраза, рекомендуемая всем пациенткам: «Беременность – это прекрасное и естественное состояние для каждой женщины. Но испытывать сомнения, страх и волнение – это тоже нормально. Расскажите, чего вы боитесь и в чём сомневаетесь? Я постараюсь вам помочь».

Далее следуют вероятные варианты ответов беременной и фразы специалистов, чтобы переубедить делать аборт. Например, при наличии страха сообщить новость близким консультант говорит: «Нужна ли вам помощь, чтобы сообщить эту новость семье или отцу вашего ребёнка? Очень часто родители, изначально настроенные негативно, становятся самыми любящими бабушками и дедушками. Если ваш супруг (партнёр) сейчас не поддерживает вас, то это может измениться в скором времени. Появятся новые цели, достижения которых, вы станете ближе друг другу. И тогда общий ребёнок укрепит ваш союз».

Возможны и такие аргументы. Если женщина одинока, то рождённый малыш необязательно помешает встретить настоящую любовь, спутника жизни. Это не отпугнёт мужчин с серьёзными намерениями, в отличие от расчётливых эгоистов, неспособных любить искренне. К тому же верные друзья будут с вами в любой ситуации и поддержат любое ваше решение. Среди успешных людей в учёбе или карьере немало молодых родителей, гармонично распределяющих ресурсы времени и родительской заботы.

«Я слишком молода для рождения детей», – ещё один мотив к аборту. Однако дети молодых родителей, как правило, близки с ними, ведь они практически из одного поколения. Быть молодой

мамой – это здорово! Сама природа даёт силы выносить, родить и воспитать ребёнка.

Ну и, конечно, есть неоспоримый медицинский козырь, актуальный в любом возрасте. Каждое прерывание беременности – это вред для здоровья организма и психики, а также риск серьёзных осложнений в дальнейшем (бесплодие, выкидыши, хромосомно-генетические нарушения плода и пр.).

происходит коллективное обучение. Дети из многодетных семей более адаптированы к жизни, бытовым условиям и вырастают менее эгоистичными. Коммуникативные навыки у них также развиты лучше, чем у единственного и потому нередко избалованного ребёнка.

В этом же блоке дородового консультирования целесообразно рассказать о льготах для многодетных: единовременное и ежемесячное пособия; возможность бесплатно

А.И.Евдокимова мы анализировали проблемы доабортного консультирования. Обучая студентов работе с речевыми модулями, мы выявили три характерные точки зрения.

Странники традиционных духовно-нравственных ценностей убеждены: «Наконец-то, у врачей правильные ориентиры! Дети – это счастье, всё верно. Аборт – убийство ребёнка. Пора называть вещи своими именами! На крови своего дитя личного и семейного счастья не построишь!»

Скептики опасаются, что хорошая сама по себе идея из-за формализма, неподготовленности, некомпетентности, субъективности, беспереключенности персонала или иных факторов на деле реализуется плохо и приведёт к трагедиям: «Конечно, лучше обойтись без аборта! Это не метод контрацепции. Но зачем издеваться над женщиной, затягивая срок, когда ещё возможен медикаментозный аборт, доводить до истерик и в результате – до хирургического аборта с худшими последствиями или вообще подпольного с летальным исходом?»

Разумеется, среди студентов находятся и ярые противники, разделяющие ультралиберальные ценности и считающие речевые модули демагогией либо полным трешем. Мол, теперь поход к гинекологу сродни походу в магазин, где тебе «впарят» ребёнка как товар, который в силу разных обстоятельств сейчас не нужен женщине/партнёрам/семье и уж тем более несовершеннолетней девочке. Кто-то иронизирует: «Врачам поставят планы по «убалтыванию» и лишат премии в случае...». Кто-то комментирует: «Сидишь с психологом, думаешь, по душам разговариваешь, а она по методичке шпарит, лапшу вешает, как любой продавец!».

Звучат и весьма эмоциональные объяснения, просто крик души: «Сначала развалили всю медицину, образование, экономику, сделали людей нищими, а теперь недоважно, что мало рожают! Так вы создайте нормальные условия в стране: чтобы люди знали, что они получат достойную зарплату для обеспечения семьи, и обрели уверенность в завтрашнем дне!».

«А почему мужчины в стороне?! – возмущаются некоторые студентки. – Они что, только рядом проходили?!» Доабортное консультирование в принципе ориентировано шире – на супружескую пару (обоих партнёров). Поэтому следует разработать речевые модули и для будущих отцов. А здесь своя специфика.

Интересный факт: независимо от взглядов все студенты сходятся на том, что причины абортов многоплановы и психологическое консультирование окажется гораздо эффективнее в сочетании с мерами социально-финансовой помощи населению (например, предоставление бюджетных мест для профессионального обучения/переобучения). Специалисты не имеют права решать за женщину, давить на неё. Их долг – очень тактично и деликатно информировать и помочь сделать правильный репродуктивный выбор.

Один из способов профилактики аборта – не допустить зачатия нежеланного ребёнка. Нет зачатия – нет убийства. Важно пропагандировать здоровый образ жизни и прививать молодёжи традиционные духовно-нравственные ценности рассказами о святости и радости брака, материнства, отцовства, о многодетных семьях, достижениях детей, программах поддержки семей. И, конечно же, предоставлять актуальные сведения о неабортивных средствах и методах контрацепции. В отличие от абортивных, они не убивают зачатого эмбриона!

Завершу строками дивного стихотворения русского поэта Николая Гумилёва: «В оный день, когда над миром новым/Бог склонял лицо своё, тогда/Солнце останавливали словом,/Словом разрушали города.../И, как пчелы в улье опустелом,/Дурно пахнут мёртвые слова.»

Константин ЗОРИН,  
доцент кафедры ЮНЕСКО  
«Здоровый образ жизни – залог  
успешного развития» МГМСУ  
им. А.И.Евдокимова, кандидат  
медицинских наук.

получить земельный участок в собственность; при рождении третьего малыша господдержка для погашения ипотеки. Многодетной семье дают льготы на уровне региона проживания: скидка на оплату коммунальных услуг, приоритетное поступление детей в детские сады, бесплатные рецептурные лекарства для детей до 6 лет, бесплатный проезд на общественном транспорте для школьников, бесплатное школьное питание, бесплатный проход в музеи, парки культуры и на выставки один раз в месяц, льготные кредиты на строительство жилья, налоговый вычет по НДФЛ на ребёнка, уменьшение налога на жилище...

А если беременная ссылается на свои хронические заболевания? Тогда ей предлагают встать на учёт в женскую консультацию на ранних сроках и консультироваться с профильными специалистами. Беременность на фоне хронических заболеваний в молодом возрасте обычно протекает благоприятнее, чем у старородящих. И восстановиться после родов молодому организму проще и быстрее!

### «Сейчас – не хотите, потом – не сможете!»

В беседах с женщинами за 35 содержатся те же идеи, что и для молодых, хотя ответы на возражения учитывают специфику возраста. Откладывая рождение ребёнка «на когда-нибудь потом», необходимо помнить, что репродуктивный потенциал неминуемо снижается. Порой даже ЭКО не помогает зачать и родить в старшем репродуктивном возрасте. В таких случаях остаётся лишь два выхода: усыновить (удочерить) или смириться с невозможностью стать родителями.

Поскольку повышается риск рождения ребёнка с грозной патологией, беременная может справедливо опасаться появления младенца-инвалида. Этот страх игнорировать нельзя. Однако большинство заболеваний обнаруживают на ранних сроках беременности. Пренатальная диагностика и другие медицинские технологии позволяют бесплатно и своевременно диагностировать, корректировать и даже внутриутробно лечить различные виды патологий.

Кратко подведём итоги беседы. Если женщина решила оставить ребёнка, она заслуживает похвалы и одобрения: «Мы очень рады за вас! Это замечательный выбор». Если женщина сомневается или настроена на аборт, то акушер-гинеколог направляет её к психологу, юристу и соцработнику: «Подумайте, не спешите. Пусть эмоции улягутся. А после консультаций я жду вас снова!»

### Доктор не оракул и не ясновидящий

Более четверти века в бытность моей работы доцентом кафедры педагогики и психологии, а ныне – кафедры ЮНЕСКО МГМСУ им.

Выводы

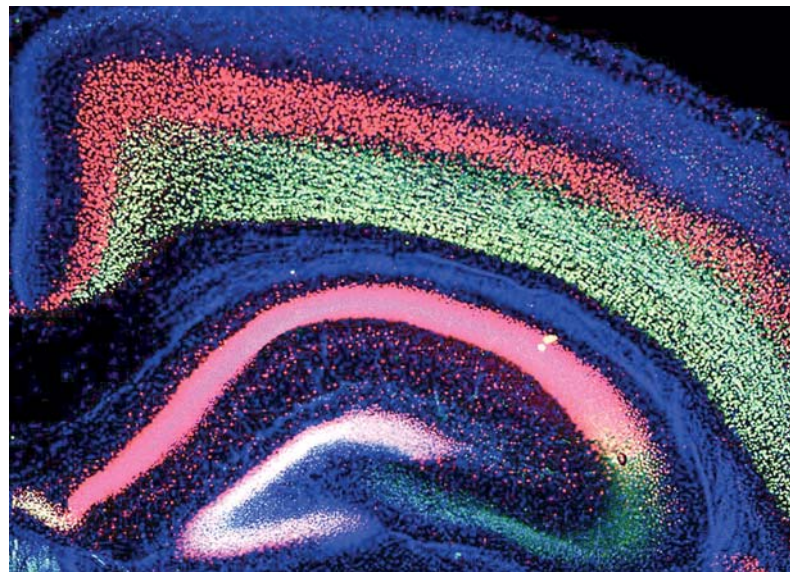
# Механизмы нейроразвития

Ещё с античных времён знали, что время от времени рождаются дети то с одним глазом – с такими встретился в своих странствиях Одиссей, а то и вовсе без мозга – анэнцефалы, или с маленьким или большим мозгом (микро- и макроцефалы). Для последних не так давно нашли ген, протеин которого регулирует развитие мозга у плода в утробе матери. Белок передаёт в ядро клеток сигнал, поступающий извне в виде другого протеина, являющегося регулятором роста плода.

Ребёнок может родиться с виду нормальным, но к 2-4 годам родители замечают, что с его ментальным развитием что-то не так. Они «бросаюся» к врачам, и те ставят диагноз «аутизм» – «замкнутость на себя» без возможности общения. До войны таких детей называли

его транслокации в ядро, где он включает экспрессию генов иммунной защиты и размножения её клеток, являющихся акторами клеточного и антительного иммунитета (на самом деле иммунный ответ, конечно же, намного сложнее). Стимуляторы генной активности, поступающие через поры ядерной оболочки, сталкиваются прежде всего с тем, что гены пребывают в функционально «запертом» состоянии. Гены – это ДНК, которая намотана на нуклеосомы, представляющие собой белковые тельца, расстояние между которыми весьма невелико. Такая плотность упаковки ДНК генов проявляется под микроскопом как глыбки гетерохроматина.

Все знают, что ДНК сама не синтезирует белки, а лишь хранит информацию о них и передаёт её с помощью информационной РНК. Синтез её требует довольно



Изменения CHD могут приводить к макроцефалии, проявляющейся в увеличении толщина коры и структур гиппокампа

малоумками, буками и т.д., врачи же писали о детской шизофрении, но за океаном в 1942 г. был предложен «щадящий» аутизм.

С начала геномного миллениума гены аутизма – отклонения умственного развития варьирующей степени выраженности – «посыпались» как из рога изобилия и сегодня говорят о примерно 300. Естественно, что столь большое число только путает исследователей, занимающихся вопросом механизмов нейроразвития. Да, есть ген, белок которого локализуется в цитоплазме будущего нейрона или клеток глии. Микроглия последнего «борется» с отложениями амилоида, образующего печально знаменитые бляшки, убивающие нервные клетки, что ведёт к болезни Альцгеймера. А начинается всё с того, что нейротоксичные амилоид, белок тау и синуклеин нарушают формирование и нормальную работу синапсов, являющихся точками нейрональных контактов. Синапсы образуют окончания двух нейронов, и для их физического удержания вместе служат протеины нейрексин и нейролигин. Мутации гена первого белка выявляются при шизофрении взрослых, но отмечаются и при аутизме.

Известно, что попадание нейтрона в массу урана стимулирует распад одного из атомов последнего, при котором «вылетают» другие нейтроны, и реакция обретает цепной характер. Нечто подобное происходит и в клетке, цитоплазматические белки которой передают различные сигналы в её ядро. Так сигнал о чём-то чужеродном «доходит» извне лимфоцита до «ядерного фактора» kB (NF-kB), стимуляция которого способствует

объёмного белкового комплекса, который физически не может сформироваться при плотной упаковке хроматина (ДНК и протеины), то есть сближении нуклеосом друг с другом. Для синтеза иРНК требуется расхождение последних, чтобы ферменты получили доступ к «растянувшейся» между ними ДНК. Отсюда становится ясным значение CHD (Chromodomain Helicase DNA-binding protein) – белка, который связывается ферментом геликазой. Последняя необходима для «расслабления» спирали ДНК, благодаря чему увеличивается её длина между нуклеосомами и ферменты получают «доступ» к генам, которых много. Значение одной из форм CHD и его мутаций показано в результате полного определения экзона, то есть совокупности иРНК, являющихся копиями активных в данной клетке генов (AJHG).

Приход в ядро сигнала проверялось на культуре эмбриональных стволовых клеток (ESC), дающих нейроны коры. Мутации хромодомена меняли активность сотен генов развития (около 500) и формирования нервных клеток, что подтвердила запись их сигналов и электрофизиология отдельных нейронов и их синапсов. Результаты исследования культур на мышах подтвердились затем при обследовании аутистов. Авторы заключают, что речь идёт о характеристике ключевых молекулярных изменений в структуре хроматина и экспрессии нейрональных генов, что проявляется у аутистов на уровне клеток и синапсов.

**Игорь ЛАЛАЯНЦ,**  
кандидат биологических наук.  
По материалам  
**American Journal Human Genetics.**

Исследования

# Ингибиторы протонной помпы и деменция

**Потенциальную связь между приёмом ингибиторов протонной помпы (ИПП) и развитием деменции установили исследователи из Копенгагенской университетской больницы и Орхусского университета в Дании. Отчёт с результатами опубликован в журнале *Alzheimer's & Dementia*.**

Около 55 млн человек в мире страдают деменцией, ежегодно регистрируется более 10 млн новых случаев, из-за общемировой тенденции старения населения ожидается, что это число значительно увеличится. Заболевание и его последствия давно уже стали серьёзной глобальной проблемой общественного здравоохранения. Первостепенное значение приобретает распознавание потенциальных модифицируемых факторов риска развития деменции.

ИПП применяются для лечения состояний, связанных с повышенной кислотностью желудочного сока, таких как пептическая язва, гастриты, хроническая язва и рефлюксная болезнь (ГЭРБ). За последние 20 лет во всём мире использование ИПП значительно возросло, особенно среди взрослых в возрасте 40 лет и старше.

ИПП проходят через гематоэнцефалический барьер, и их применение связано с неврологическими

побочными реакциями, такими как мигрень, периферические невропатии, нарушения слуха, зрения и памяти. Недавнее исследование показало, что ИПП избирательно ингибируют фермент, ответственный за биосинтез нейромедиатора ацетилхолина, и тем самым могут подавлять нейротрансмиссию в головном мозге.

В Дании общее использование препаратов ИПП увеличилось в шесть раз в период с 2000 по 2021 г. Учёные из Копенгагена оценили связь между кумулятивным эффектом использования ИПП и деменцией в разном возрасте, используя общенациональные данные когорты жителей Дании, состоящей из 1 983 785 человек в возрасте от 60 до 75 лет в период с 2000 по 2018 г. За время наблюдения было зарегистрировано 99 384 случая деменции от различных причин. Критериями исключения были регистрация диагноза деменции (с 1977 г.) или лечение специфическим для деменции препаратом (с 1995) до начала исследования.

Чтобы обеспечить достаточную информацию о предыдущем приёме лекарств, исследователи не включили лиц, иммигрировавших в Данию после 1995 г. (первого года наличия данных о рецептах). Включённые в исследование лица находились под наблюдением с 1 января 2000 г. или с момента их

60-летия, в зависимости от того, что наступит позже, в течение 19 лет до первого проявления деменции, эмиграции, смерти или 31 декабря 2018 г., в зависимости от того, что наступит раньше.

Соотношение показателей заболеваемости деменцией при постоянном применении ИПП по сравнению с никогда не принимавшими эти препараты составило 1,36 в возрасте от 60 до 69 лет, 1,12 в возрасте от 70 до 79, 1,06 в возрасте от 80 до 89 и 1,03 в возрасте старше 90. Более длительная продолжительность лечения приводила к увеличению заболеваемости деменцией. Среди всех случаев деменции 55,4% составляли женщины, а средний возраст на момент постановки диагноза был 79 лет (от 74 до 83) для женщин и 77 лет (от 72 до 82) для мужчин. За время наблюдения было зарегистрировано 99 384 случая деменции по всем причинам.

Таким образом, применение ИПП было связано с увеличением частоты развития деменции независимо от времени начала лечения. Уровень заболеваемости был выше при более раннем начале приёма препаратов. У лиц старше 90 лет на момент постановки диагноза не наблюдалось значимой связи между применением ИПП и деменцией.

Почему бы и нет?

# Новый способ лечения рассеянного склероза

**Группа учёных Уппсальского университета в Швеции предлагает терапию стволовыми клетками в качестве стандартного лечения высокоактивного рассеянного склероза (ВАРС). Результаты исследования представлены в *Journal of Neurology Neurosurgery & Psychiatry*.**

Трансплантация аутологичных гемопоэтических стволовых клеток (ТГСК) обычно используется для лечения лейкозов. Она включает в себя забор стволовых клеток из собственного костного мозга или крови с последующей химиотерапией и введением стволовых клеток для восстановления кровяной системы.

Исследователи хотели изучить безопасность и эффективность аутологичной трансплантации костного мозга в обычных клинических условиях, а не в ходе испытаний. Учёные выявили 231 пациента с рецидивированно-ремиттирующим рассеянным склерозом, из которых 174 проходили лечение с помощью ТГСК до 2020 г.

В 2004 г. впервые из этих пациентов была проведена аутологичная трансплантация костного мозга. Средний возраст пациентов на момент обращения был 31 год, из них почти две трети (64%) составляли женщины.

Рабочая группа проанализировала ход лечения и результаты на основе данных Шведского регистра рассеянного склероза. Безопасность ТГСК оценивалась с использованием электронных медицинских карт пациентов в течение 100 дней после процедуры.

В среднем пациенты болели более 3 лет и до проведения ТГСК получали в среднем два стандартных курса лечения. 23 пациента не получали терапии. Оценка результатов показала, что признаки активности заболевания исчезли у 73% пролеченных пациентов через 5 лет и у 65% через 10. Годовая частота рецидивов составила 1,7 за год до трансплантации стволовых клеток и 0,035 за период наблюдения, который в среднем составлял 5,5 лет.

«В среднем у одного пациента было 1,7 рецидивов за год до аутологичной трансплантации костного мозга и один рецидив каждые 30 лет после ТГСК», – говорится в сообщении рабочей группы.

Фебрильная нейтропения была наиболее частым побочным эффектом, которым страдали 68% пациентов. Пять пациентов нуждались в лечении в отделении интенсивной терапии, и у 61 развилась бактериальная инфекция в течение 100 дней после лечения.

Подготовила Марина КЫН.  
По материалам *Alzheimer's & Dementia*,  
*Journal of Neurology Neurosurgery & Psychiatry*.

**АКЦИЯ!**

**«МГ» через редакцию**

С 4 октября по 15 ноября проходят недели льготной подписки. За это время можно получить максимальную скидку в размере 10% на редакционную подписку. К сожалению, услуги почты, полиграфии, хозяйственные расходы возрастают. И как бы ни хотелось сделать газету более доступной – это непросто, но мы стараемся.

Оставить заявку на оформление подписки можно по следующим адресам электронной почты:  
**mg.podpiska@mail.ru,**  
**mg.podpiska@mail.ru**

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

## Проверь себя

## Пищевая зависимость

Проанализировав 281 исследование в 36 странах, группа американских учёных подсчитала, что у 14% взрослых и 12% детей имеется привыкание к ультра-обработанной пище. Полученные результаты были опубликованы в специальном выпуске британского медицинского журнала Food For Thought.

Исследователи определяют ультра-обработанные пищевые продукты как произведённые в промышленных условиях из рафинированных и максимально очищенных от примесей ингредиентов с добавлением эмульгаторов, загустителей и искусственных ароматизаторов, которые обычно недоступны на домашней кухне. К ним относятся чипсы, сухарики, сухие завтраки, мороженое и шоколад, различный фастфуд: наггетсы, картофель-фри, сладкие газированные напитки.

Степень зависимости измерялась с помощью Йельской шкалы пищевой зависимости, которая учитывает 11 факторов, включая снижение контроля над потреблением, тягу к еде, отвыкание и продолжение употребления даже с негативными последствиями для здоровья. Когда у участников более года наблюдаются два или более симптома, наряду со значительным ухудшением состояния или дис-

трессом, это классифицируется как пищевая зависимость.

«Я взял стандартные диагностические критерии для алкоголя, никотина, кокаина и героина и адаптировал их к продуктам питания», – объясняет профессор. Эшли Гирхардт из Мичиганского университета, автор последнего исследования и разработчик Йельской шкалы пищевой зависимости.

Когда в ультра-обработанной пище сочетаются рафинированные углеводы и жиры, она вызывает наибольшее привыкание.

Комбинация рафинированных углеводов и жиров, часто встречающихся в ультра-обработанных продуктах, по-видимому, оказывает сверхаддитивное воздействие на системы вознаграждения мозга, превышающее действие любого из макроэлементов в отдельности, что может увеличить потенциал привыкания к этим продуктам, считают исследователи. Понятие аддитивный эффект относится к ситуации, когда два или более вещества, или процесса, действующие вместе, дают больший эффект, чем они могут достичь по отдельности.

Такие продукты вызывают привыкание, потому что инициируют выработку дофамина в мозге – так называемого гормона счастья. Механизм всплеска дофамина похож на тот, который вызывается алкоголем и никотином. Когда уровень

дофамина падает, организм жаждет приятных ощущений и требует большего количества пищи.

Рафинированные углеводы или жиры стимулируют выработку внеклеточного дофамина в полосатом теле головного мозга на уровнях, аналогичных тем, которые наблюдаются при употреблении веществ, вызывающих привыкание, таких как никотин и алкоголь, отмечают исследователи.

Тот факт, что продукты с высокой степенью обработки легкодоступны и удобны по сравнению с домашней едой, способствует ещё большему развитию зависимости от них. Скорость, с которой жиры и углеводы доставляются в кишечник, также влияет на зависимость.

Однако необходимы дополнительные исследования, чтобы понять сложные механизмы привыкания и конкретизировать элементы, ответственные за привыкание.

«Учитывая, насколько распространены эти продукты – они составляют 58% калорий рациона, потребляемого населением США, – мы многого не знаем», – говорится в пресс-релизе соавтора исследования Александры Дифеллиантонио, доцента Института биомедицинских исследований Фралаина в Вирджинии.

Марина КЫН.

По материалам Food For Thought.

## Гипотезы

## Красное мясо и риск развития диабета

Даже две порции красного мяса в неделю могут увеличить риск развития диабета 2-го типа в пожилом возрасте. Таковы результаты проспективного обсервационного исследования.

Диабет 2-го типа – одно из самых быстро распространяющихся заболеваний в мире. Согласно оценкам исследования глобальных болезней, травм и факторов риска, это заболевание было восьмой по значимости причиной смерти и инвалидности в мире в 2019 г., при этом почти 460 млн человек во всех странах и возрастных группах жили с этим заболеванием.

Большинство заболеваний являются результатом нездорового образа жизни, при этом особое внимание уделяется западному типу питания. Типичной особенностью такой диеты является высокое потребление свинины и говядины, а также мясных деликатесов, приготовленных из них. В предыдущих исследованиях учёные уже связы-

вали потребление красного мяса с повышенным риском развития диабета.

В недавнем обзоре Института показателей и оценки здоровья (Institute for Health Metrics and Evaluation в Сиэтле, опубликованном в журнале Nature Medicine, перечислены 17 проспективных когортных исследований, которые в сумме показали относительный риск 1,14 при употреблении 50 г красного мяса в день и 1,23 при употреблении 100 г. Однако связь не была значительной.

Команда под руководством Уолтера Уиллетта из Бостонской школы общественного здравоохранения проанализировала данные здоровья медсестёр и медицинских работников. В этих исследованиях задействовано большое количество участников и был длительный период наблюдения. В отличие от большинства других исследований, диетические предпочтения участников регулярно опрашивались каждые два или четыре года.

За 5 483 981 человеко-год было зарегистрировано 22 761 новое заболевание сахарным диабетом 2-го типа, которое эпидемиологи связали с употреблением красного мяса и мясных продуктов.

По сравнению с одной пятой частью участников, потреблявших меньше всего красного мяса, участники с высоким уровнем потребления мяса имели на 62% больше шансов заболеть сахарным диабетом 2-го типа.

При употреблении в пищу обработанного красного мяса «коэффициент опасности» составлял 1,51 (1,44-1,58), а для необработанного красного мяса – 1,40 (1,33-1,47). По расчётам Уиллетта, переход на диету без мяса может снизить риск: при постоянной замене порции красного мяса орехами и бобовыми Уиллетт определяет снижение на 30% (отношение рисков 0,70; 0,66-0,74).

Кира МАРИНИНА.

По материалам American Journal of Clinical Nutrition.

## Кстати

## Всё дело в ёмкости

Использование сосудов меньшего объёма для забора крови на анализы позволяет снизить количество переливаний крови пациентам в отделениях реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ), к такому выводу пришли канадские исследователи.

До 40% пациентов ОРИТ нуждаются в переливании крови, и в этих же отделениях чаще всего берут кровь на анализы. При использовании стандартных ёмкостей (вакутейнеры) объёмом 4-6 мл за 8 дней пребывания в ОРИТ объём

забранной крови может стать эквивалентным однократной сдаче крови донором. При этом для большинства текущих анализов достаточно и 0,5 мл. Чтобы выяснить, влияет ли объём вакутенеров на потребность в переливаниях, Дебора Сигал из Университета Оттавы с коллегами провела рандомизированное кластеризационное исследование со ступенчатым включением, в которое вошли более 27 тыс. пациентов, прошедших не менее 2 суток в одном из 25 канадских ОРИТ с февраля 2019 по март 2020 г.

Выяснилось, что в отделениях, где использовали вакутейнеры небольшого объёма (1,8-3,5 мл), потребность в переливаниях существенно меньше – относительный риск (RR) 0,88; 95-процентный доверительный интервал 0,77-1,00; p = 0,4. В абсолютных числах средняя расчётная экономия составила 9,84 дозы эритроцитов на 100 пациентов на одно пребывание в ОРИТ. На уровень гемоглобина в крови с поправкой на трансфузии и частоту нехватки объёма крови для анализа использование меньших ёмкостей значимо не влияло.

Юлия ИНИНА.

По материалам Journal of the American Medical Association.

## Особый случай

## Прыгающий паук в человеческом ухе



Тайваньские врачи из города Тайнань рассказали о необычном случае из своей практики. В ухе 64-летней местной жительницы поселился паук.

Женщина обратилась в клинику за помощью оториноларинголога. Она жаловалась на непрекращающийся шум в левом ухе на протяжении 4 дней. По словам пациентки, в день появления симптомов она проснулась от ощущения, что кто-то крошечный ползает у неё в ушном канале. В следующие дни стали непрерывно раздаваться щелчки, стучание и шуршание, что привело к бессоннице.

При осмотре врач обнаружил в наружном слуховом проходе левого уха ползающего паучка. За проведённые там дни крошечный арахнид, успевший ползнуть, поскольку в ушном канале находился сброшенный экзювий.

Врачи извлекли паука и его экзоскелет с помощью аспирационной канюли. После этого пациентка сразу почувствовала себя лучше.

В кратком медицинском отчёте, не сообщается, к какому виду принадлежал паук. Двое экспертов по паукообразным уверенно заявили, что «ушной гость» – представитель семейства пауков-скакунчиков (Salticidae). Одна из их отличительных черт – крупные передние глаза на лицевой части головы.

По мнению Джерри Ровнера, заслуженного профессора биологии из Университета Огайо (США), паук мог забраться в ухо женщины в поисках места для укрытия.

Пауки-скакунчики неопасны и нетоксичны для человека, в отличие от паразитического червя Ophidascaris robertsi, о первом случае заражения которым человека стало известно недавно.

Эмилия ИНГИНА.

По материалам The New England

## Ракурс

## Программное обеспечение сократило число вызовов врачей на дом



В Берлине число вызовов врачей на дом, осуществляемых Ассоциацией врачей обязательного медицинского страхования (KV), с 2018 г. сократилось вдвое. Значительное снижение может объясняться использованием нового программного обеспечения. Об этом говорится в ответе Департамента здравоохранения сената на вопрос парламентской фракции AfD.

Согласно отчёту, если в 2014-2018 гг. врачи ещё совершали от 160 тыс. до 170 тыс. визитов на дом в год, то в последние два года этот показатель составил всего 72 800 и 72 300 соответственно.

В ответе сената KV объясняет значительное снижение прежде всего использованием программного обеспечения. С его помощью потребности пациентов в уходе оцениваются по телефону. После нескольких адресных вопросов на горячей линии программа выдаёт рекомендации о том, насколько

срочно необходимо то или иное лечение и какое место для него подходит. «После использования такой первичной оценки потребность в визитах на дом сократилась», – говорится в ответе. Кроме того, существует множество других факторов, влияющих на количество визитов к семейному врачу.

На своём сайте KV пишет, что после оценки пациенты направляются по «нужному адресу»: к дежурному врачу, к врачу неотложной помощи в берлинской больнице или медицинскую телефонную консультацию. При необходимости вызывается служба выезда на дом для тех, кто не может самостоятельно посетить практику. Например, в случаях, когда срочная медицинская помощь требуется ночью, в выходные или праздничные дни. Если диспетчерский центр выявляет случай, угрожающий жизни, то, по данным KV, напрямую связывается со службой скорой помощи.

Инга КАТАРИНА.

Рядом с нами

Накануне Всемирного дня борьбы с артритом общественная организация «Возрождение» совместно с Национальным медицинским исследовательским центром здоровья детей Минздрава России провела благотворительную акцию «Всё в твоих руках: действуй!» для детей, страдающих ревматическими заболеваниями. Маленьких пациентов пришёл поддержать известный актёр театра и кино Александр Лазарев-младший, который вот уже несколько лет помогает им.

Не случайно темой акции была «Профессия моей мечты...». В её рамках прошли интересная викторина и флэшмоб, благодаря которым дети стали задумываться, какую же профессию выбрать? Они написали варианты ответов на цветных плакатах, а потом опустили их в волшебную коробочку. И врачи, и родители детей уверены: мечта каждого ребёнка непременно осуществится! Но для этого необходимо уделять лечению данной категории детей пристальное внимание.

Ко дню борьбы с артритом общественная организация «Возрожде-

выдавали назначенный врачом жизненно важный лекарственный препарат. Из-за этого многие дети (52,7%) пропускают инъекции, хотя перерывы в лечении могут вызвать рецидив заболевания.

Проблемы возникают и из-за автоматического переключения на биоаналоги. Их предлагали в аптеке или в поликлинике почти половине опрошенных, и 30,8% принимали вместо назначенного препарата биосимиляр. Между тем у 60,1% пациентов, автоматически переключённых на биоаналоги, наблюдались нежелательные

# Детям нужны праздники

В начале концерта с приветственным словом выступил директор НИИЦ здоровья детей Андрей Фисенко, который пожелал маленьким пациентам здоровья, оптимизма и подчеркнул, что за последние 20 лет ревматологическая служба России сделала огромный рывок, появились новые методы и стратегии лечения данного заболевания. Детей вдохновили и слова членкорреспондента РАН, главного детского ревматолога Минздрава России Екатерины Алексеевой. Она отметила: несмотря на существовавший стереотип, что артритом страдают в основном пожилые люди, это заболевание не имеет возраста: ювенильный ревматоидный артрит развивается у каждого 1000-го ребёнка в течение первых лет жизни, и, как правило, его диагностируют в возрасте от 1 до 4 лет. По данным официальной статистики Министерства здравоохранения, в Российской Федерации насчитывается около 50 тыс. детей с ревматическими болезнями. Тяжёлая, часто пожизненная инвалидность наступает в течение первых 5 лет болезни у 50% детей с ювенильным артритом. Треть детей заболевает в возрасте от 9 месяцев до 1,5 лет.

Однако сегодня благодаря инновационной лекарственной терапии дети с ревматическими заболеваниями могут обрести нормальное качество жизни, поступить в университеты и в будущем стать, кем захотят: врачами, учителями, полицейскими, писателями.



ние» провела исследование среди родителей детей с ревматическими заболеваниями, чтобы выявить уровень обеспечения маленьких пациентов необходимыми лекарствами. В исследовании принял участие 91 респондент. Оказалось, 83,5% респондентов хотя бы раз сталкивались с тем, что им не

явления, такие как головная боль, тошнота, рвота, общее ухудшение самочувствия и даже ухудшение зрения.

Специалисты отмечают: больные дети постоянно испытывают боль, они вынуждены проводить месяцы в больнице или несколько раз в году госпитализироваться для коррекции и контроля заболевания. Это приводит к психологическим травмам, ведь здоровые сверстники ходят в школу, занимаются спортом, творчеством, играют в футбол, общаются друг с другом. Таким детям нужна и ежедневная забота и поддержка, и праздники, которые организуют для них сострадательные, неравнодушные взрослые.

Алёна ЖУКОВА,  
корр. «МГ».

Москва.

Профилактика

# «Николай Пирогов» плывёт по Югре

И по воде дойдёт до самых дальних поселений



В Ханты-Мансийском автономном округе – Югре осенне-зимний навигационный сезон начался у знаменитой передвижной поликлиники «Николай Пирогов», которая по воде добирается до самых дальних поселений региона.

По словам главного врача окружного Центра профессиональной патологии Николая Ташланова, передвижные медкомплексы второй год работают на территории автономного округа практически в круглогодичном режиме.

Вот и сейчас бригада врачей Центра профпатологии вновь отправилась в удалённые населённые пункты для оказания первичной медико-санитарной и специализированной медицинской помощи местным жителям. В её состав вошли 11 врачей. Среди них – терапевт, акушер-гинеколог, хирург, офтальмолог, врачи ультразвуковой и функциональной диагностики, врач общей практики и другие.

По плану-графику, навигация продлится до 15 декабря текущего года. За это время «плавучая поликлиника» побывает в 22 сельских поселениях четырёх муниципальных районов Югры: Нефтеюганском, Кондинском, Ханты-Мансий-

ском и Нижневартовском.

Их жители смогут пройти флюорографическое и ультразвуковое обследования, ЭКГ, сдать анализы и получить консультации у специалистов различных направлений.

«В работе передвижной поликлиники задействованы пять мобильных медицинских комплексов, состоящих из единого модуля для проведения флюорографии и маммографии, диагностической лаборатории, автомобилей, где можно развернуть врачебные кабинеты, в том числе для проведения ультразвуковых исследований и снятия кардиограммы», – отмечает Н.Ташланов.

Добавим, что в течение весенне-летнего периода, который продолжался 3 месяца, передвижная поликлиника посетила 15 населённых пунктов автономного округа. Медицинская помощь была оказана порядка 2 тыс. жителям, выполнено 3202 приёмов, включая флюорографическое, маммографическое и УЗ исследования, медицинские осмотры, врачебные консультации, а также специализированные и лабораторные исследования.

Елена ОСТАПОВА.

Ханты-Мансийский автономный округ – Югра.

Сотрудничество

Сотрудники Центра развития профессиональной квалификации медицинских работников Республики Узбекистан посетили Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И.Пирогова Минздрава России для обсуждения вопросов сотрудничества в области науки и образования, а также знакомства с деятельностью вуза.

Делегацию возглавил Саидхор Кариев, декан хирургического факультета центра развития. Также в её состав вошли начальник учебно-методического отдела Феруза Гафарова, начальник отдела маркетинга Тимур Хакимов и преподаватель кафедры педиатрии, специалист по дистанционному образованию Камола Кахарова.

РНМУ поддерживает тесную связь с организациями, предоставляющими медицинское образование в Узбекистане. С несколькими образовательными и научными учреждениями республики подписаны договоры о сотрудничестве. Кроме того, в Ташкенте открыт филиал РНМУ им. Н.И.Пирогова. В его задачу входит обучение и подготовка национальных медицинских кадров по современным образовательным стандартам РФ, что позволит

# Визит делегации из Узбекистана

в будущем вывести качество медицинской помощи в Узбекистане на новый высокотехнологичный уровень. В настоящее время во Втором меде обучаются 85 узбекских студентов.

Принимали гостей в РНМУ им. Н.И.Пирогова проректор по международной деятельности Надежда Былова, проректор по инновационной деятельности Дмитрий Шагин, первый проректор – проректор по стратегическому развитию Георгий Надарейшвили, проректор по послевузовскому и дополнительному образованию Ольга Природова, директор Мультипрофильного аккредитационно-симуляционного центра (МАСЦ) Павел Лопанчук.

В первую очередь иностранных коллег интересовали направления, связанные с последипломным образованием. В том числе особенности работы МАСЦ, регистра медицинских работников и Портала непрерывного медицинского и фармацевтического образования. В данный момент Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников занимается разработкой подобных систем в своей



стране. Перед делегацией стояла цель как можно подробнее изучить все возможные трудности при цифровизации медицины, а также способы их избежать.

Д.Шагин рассказал о методике проведения аккредитации. Свои знания и навыки на экзамене в рамках аккредитации в РНМУ врачи демонстрируют не только на симуляторах, но и с помощью студентов актёрских училищ,

имитирующих больных. «Это важный и интересный опыт. Не исключаю, что он может в перспективе пригодиться нашим коллегам, когда у них появится такая система», – поделился Дмитрий Алексеевич.

П.Лопанчук описал историю здания Центральной научно-исследовательской лаборатории и рассказал о его современном использовании. В ходе визита для

делегации из Узбекистана была проведена экскурсия и по МАСЦ.

О.Природова поинтересовалась у представителей зарубежной делегации особенностями программы получения медицинского образования в Узбекистане, чтобы лучше понять, чем может быть полезен опыт российской образовательной системы, и предложила свои идеи. По словам С.Кариева, большая работа ведётся над улучшением качества оказания медицинских услуг в республике. Западная модель образования рассчитана в основном на теоретические знания. Советская школа медицины, продолжателем традиций которой является Второй мед, имеет большее прикладное значение. По этой причине именно РНМУ был выбран для посещения.

Делегаты выразили надежду, что дальнейшее сотрудничество окажет положительное влияние на подготовку будущих врачей в Узбекистане, а также укрепит хорошо налаженные связи в области образования и науки между нашими странами.

Иван АЛЕКСАНДРОВ.

Рубрика

Сокровенное

# «Главная» тётя

(Из цикла рассказов «ГОГОШИ ОТ МАРГОШИ»)

Вечером сидел в няньках с трёхлетней Маргаритой. Она резвилась, бегала, дурачилась. Раздался телефонный звонок. Беру трубку, звонит мой главный врач, Карина Александровна, разговор продолжительный и важный. Обсуждаем серьёзные рабочие моменты. В это время Рита раздурилась и активно мешает мне разговаривать – прыгает, кричит, громко поёт в комнате. Пытаюсь остановить дочку – сначала спокойно и рассудительно, потом прикрикиваю. Она выбегает из комнаты, но только на несколько минут, потом всё повторяется снова. Кое-как заканчиваю разговор. Подхожу к Маргарите и строго с ней выясняю отношения:

– Рита! Что за поведение? Ты почему не даёшь мне спокойно поговорить по телефону? Зачем кричать, орать, горланить песни? Зачем мешать?  
 – Но я просто хотела поиграть...  
 – Рита! Когда папа разговаривает по телефону, ему мешать не нужно! Так себя вести нельзя! Я разговариваю с важной тётей, решаю серьёзные проблемы, а ты мне мешаешь – это очень плохо! Что вообще тётя о тебе подумает? Скажет, что дочка моя невоспитанная и совершенно не управляемая...  
 – Прости, папочка... Я так больше не буду... Я просто хотела поиграть...  
 – Всё понятно, но так нельзя, Маргарита! Если ещё раз такая ситуация повторится, мне придётся тебя наказать...  
 – Не на-а-а-до... Я больше не буду...  
 – Первый и последний раз! Слышишь меня?  
 – Слы-ы-ы-шу, папочка! Я поняла...  
 – Вот и хорошо! Надеюсь, что больше мы эти вопросы с тобой



обсуждать не будем...  
 – Не будем, папа... А кто эта тётя, которая тебе звонила?  
 – Это Карина Александровна – главный врач больницы, где я работаю.  
 – Главный врач... А это что такое?  
 – Это – не что такое, а самый важный и главный человек в больнице! Мой начальник, понимаешь? Эта тётя мне денежки платит, на которые мы с тобой покупаем всякие вещи и подарки тебе. Будешь себя так вести, мешать мне разговаривать с ней по телефону, она обидится на тебя и меня и уволит меня с работы. И денежек платить не будет. На что мы тогда тебе будем покупать одежду и подарки? Не будем...  
 – Нет, папочка! Нет! Скажи этой Калине, что я больше не буду никогда тебе мешать!  
 – Не Калине, а Карине Александровне!  
 – Поняла... Карине Александровне... Пусть она на меня не обижается и денежки тебе даёт мне на подарки...  
 – Хорошо, скажу. Но ты запомни, что мне мешать говорить

по телефону нельзя! Запомнила?  
 – Запомнила, папа...  
 После этого разговора были ещё звонки по телефону, дочка в эти моменты замирала и с тревогой спрашивала: «Опять Карина Александровна звонит?» Запомнила имя и то, что кричать и отвлекать меня от телефонных разговоров нельзя.  
 На следующий день, вечером прихожу домой с работы, успеваю только помыть Маргариту в ванной и уложить спать. Рита моется в душе, настроение у неё приподнятое, хулиганит, балуется, кривляется. С горем пополам провели все необходимые вечерние атрибуты. Вытираю её полотенцем, прежде чем на руках вынести из ванной в комнату. Маргарита неожиданно говорит мне:  
 – Папа, а ты знаешь, кем я буду работать, когда вырасту?  
 – Знаю, ты мне уже говорила – реаниматологом, как мама.  
 – Нет, папочка, не угадал!  
 – И кем же тогда?  
 – Когда я вырасту, я буду работать Кариной Александровной!  
 – Кем???

– Кариной Александровной, папа!  
 – Вот как? И что же ты будешь делать на работе?  
 – Я буду самой главной тётей в больнице. Самой-самой главной и важной. И тогда я уволю тебя...  
 – Эва оно как! Хорошенькое дело... И за что же?  
 – За то, что ты много по телефону разговариваешь! Уволю тебя, а ты тогда дома будешь сидеть, и на работу ходить не будешь. Будем тогда с тобой с утра до вечера играть в леги и на самокате кататься!  
 – А кушать-то мы на что будем? Денежек-то я зарабатывать не буду...  
 – А я тебе их просто так давать буду, я же Кариной Александровной работать буду! Будешь хорошо себя вести, буду денежки тебе давать, а ты мне будешь игрушки на них покупать. Хорошо я придумала?  
 – Огонь, дочка! Лучше не придумаешь! Но где-то я уже это видел...  
 – Где?  
 – В Уголовном кодексе Российской Федерации, милая. Это называется «коррупционная схема»...  
 – Какая ещё схема?  
 – Коррупционная, дочка! За это обычно в тюрьму сажают...  
 – О, нет! Тогда я не хочу! Не хочу я работать Кариной Александровной! И в тюрьму я не хочу! Лучше я буду реаниматологом и буду деток лечить!!!  
 – А вот это – правильно, дочка! А Карине Александровне я просто передам от тебя привет – она очень обрадуется!

**Максим СТРАХОВ,**  
 кандидат медицинских наук,  
 член Союза российских писателей,  
 лауреат премии им. М.А.Булгакова.

Светлана СЕРГЕЕВА

## В продолжение океана

Время как продолжение океана.  
 Цветы, что цветут над пропастью,  
 И цветы, что цветут на поляне,  
 Цветы, что распускаются утром,  
 И цветы, что распускаются в вечерний час.  
 Мы бродим в комнате с большими окнами,  
 С высоким синим небом,  
 пряными травами,  
 Наполненной ветром и птичьим щебетом,  
 Где есть тени от солнечного света  
 и тени от лампы,  
 Неподвижные тени и тени,  
 летящие стороной,  
 Все наши разные тени, что иногда  
 становятся одной.

## Письмо другу

Любимый друг, теперь уж ты далеко -  
 Как-будто бы и не было вчера.  
 Сижу под старым вязом и высоко  
 Кружится надо мной его листва.

Село, в котором я, зовётся Старым:  
 Здесь церковь старая и этот старый вяз.  
 И посидеть спиной к коре шершавой  
 Я прихожу сюда который раз.

Я добираюсь на велосипеде  
 Просёлочной дорожкой кривой,  
 И очень часто в поднебесном свете  
 Большая птица кружит надо мной.

В котомке за спиной нехитрый завтрак.  
 Да он, пожалуй, будет и обед...  
 Здесь каждое мгновение лучезарно,  
 Листочек каждый - Господа привет.

Восторженно от самых врат церковных  
 Сердечко так и бьётся: Отче наш,  
 Да будут же благословенны своды  
 Небесные и под обрывом пляж,


И старый вяз, что нынче мне обитель,  
 И старый храм - свидетель бытия,  
 И... вдохновенья милый повелитель,  
 Привет тебе, привет, душа моя!

(Следующий номер «МГ»  
 выйдет в пятницу 10.11.2023.)

|                        |                   |                    |                 |                      |                 |                  |                         |                     |                   |
|------------------------|-------------------|--------------------|-----------------|----------------------|-----------------|------------------|-------------------------|---------------------|-------------------|
| СКАНВОРД               |                   |                    |                 |                      |                 |                  |                         |                     |                   |
| Сын Афаря              | Худож. речь       | Самодур            | Патетика        | Каррерас             | Водка, Юж. Азия | Мясо, рис        | Спорт. оружие           | Мелкие марин. овощи | Должность, Россия |
| Каберголин             | Лютяня            | Лестница, судно    | Кавалерист      | Комната              | Лосось          | Жена Врубеля     | Ибу-профен              | Монг. титул         | Датск. биохимик   |
| Амер. пионеры авиации  | Муфлон            | Косая подпорка     | Не подписался   | Муза истории         | Сладкое блюдо   | Экват. созвездие | Увольнение              |                     |                   |
|                        |                   | Револьвер          |                 | Насел. пункт         | Стадион         | Верхняя          |                         |                     |                   |
| Стадо овец             | "Энни Холл", реж. | Мчится во весь ... |                 | Город, Челябин. обл. | Пастбище        | ... будто        | Знак от молотка (стар.) | Дар (араб.)         |                   |
|                        |                   |                    | Довод           |                      | Деньги, Албания |                  |                         |                     |                   |
| Шут                    | Клевать ...       | Ирисовое масло     |                 | "Черевички", перс.   |                 |                  |                         |                     |                   |
| Автор Валерий Шаршуков |                   |                    | Тициан, картина |                      | Крик (стар.)    |                  |                         |                     |                   |

П Л Е Ч О А Ж У Ш Е Р Б Е Т В Е И  
 О Р Л А Б Р И З Л А А А К К А Л Т  
 Б Е П О Л О Ф А В Н Ф Л О Р А С П И Н А  
 Д А Р Т Е О Д Е Н Й О Т Р А В А К Л А Р А  
 А А П Л А К Е Т У М А Н И  
 У К Л А Д Е В Р О П А Н А Н  
 С С Е А Р А М А Р И А Н А

Ответы на сканворд,  
 опубликованный  
 в № 42 от 25.10.2023.

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

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

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 № 2727  
 Тираж 14 009 экз.  
 Распространяется по подписке в Российской Федерации и зарубежных странах.

