

# Медицинская

12 мая 2023 г.  
пятница  
№ 18 (8087)

# Газета



130 лет

ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ВРАЧЕБНОЕ ИЗДАНИЕ

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

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

Концепция естественного дожития донорского органа вне организма до момента пересадки: что это?

Стр. 7

«Поленовские чтения» – научные и практические проблемы нейрохирургии.

Стр. 10-11

Экстремальные условия военного времени потребовали внедрение неординарных организационных технологий в педиатрии.

Стр. 12-13

## Акценты

# Этот день мы приближали как могли...

## ВОЗ отменила режим чрезвычайной ситуации по COVID-19



Этого события мы ждали более 3 лет. Пандемия коронавируса подошла к концу, так 5 мая объявила Всемирная организация здравоохранения. Пусть это ещё не полная победа над COVID-19, но важная веха в истории борьбы с опасной инфекцией.

– Комитет по чрезвычайной ситуации рекомендовал мне, объявить о прекращении чрезвычайной ситуации по COVID-19 в общественном здравоохранении. С этой рекомендацией я согласился. С большой надеждой объявляю о завершении пандемии COVID-19 как глобальной чрезвычайной ситуации, – заявил генеральный директор ВОЗ Тедрос Гебрейесус на брифинге в Женеве.

Напомним, что ВОЗ объявила пандемию коронавируса 11 марта 2020 г., всего в мире на данный момент зарегистрировано более 765 млн случаев заражения. От COVID-19, по официальным данным, умерли более 6,9 млн человек. Но реальные цифры, как считает глава ВОЗ, намного выше: речь идёт как минимум о 20 миллионах...

## Приёмное отделение ГКБ № 15 – первые месяцы пандемии

Борьба с COVID-19 стала серьёзным испытанием для систем здравоохранения во всём мире, и Россия вышла из него с честью. Более 1,3 млн наших медицинских работников оказывали помощь больным с коронавирусом. Российские медики проявили самоотверженность и героизм, многие из них погибли при исполнении служебного долга, заразившись коронавирусом. Благодаря их подвигу удалось спасти огромное число людей. Значительный вклад в борьбу с пандемией внесли отечественные учёные, которые одними из первых в мире изобрели вакцины против коронавируса, в том числе «Спутник V», доказавшую свою высокую эффективность не только в нашей стране, но и за рубежом.

Несмотря на заявление главы ВОЗ об окончании пандемии, врачи продолжают оказывать медицинскую помощь пациентам с COVID-19. Сейчас заболевание протекает гораздо легче, реже встречаются тяжёлые поражения лёгких. Вирус в основном поражает верхние дыхательные пути, и заболе-

вание протекает по типу ОРВИ. Тем не менее циркуляция вируса пока продолжается, поэтому профилактические меры, в том числе ревакцинация для групп риска – пожилых и лиц с хроническими заболеваниями – остаются по-прежнему актуальными.

Коллектив московской городской клинической больницы № 15 им. О.М.Филатова среди сотен других медицинских учреждений страны вписал свою страницу в борьбу с пандемией, которая заставила перепрофилировать одну из самых крупных в столице клиник. Теперь больница вернулась к оказанию экстренной и плановой помощи.

– Пандемия нас сплотила и потребовала напряжения всех сил, чтобы два года огромный больничный комплекс работал в режиме «красной зоны». Теперь – новые вызовы, новые проблемы, – так прокомментировал новость о завершении пандемии главный врач больницы доктор медицинских наук Валерий Вечорко.

Сергей ФЁДОРОВ.

## Начеку!

# Битва за тайгу заставила объединиться

На Урале с конца апреля разыгралась огненная стихия. Вспыхнули леса в нескольких субъектах нашей страны. Наиболее тяжёлая ситуация в Курганской, Тюменской и Свердловской областях.

В борьбу с огнём, последствиями пожаров и спасение людей включились все – спасатели, военные, волонтёры, простые жители. И, конечно, особые задачи в такие периоды стоят перед медиками. Помимо пострадавших от огня, из-за сильного смога и попадания в воздух вредных веществ увеличивается количество жалоб на ухудшение самочувствия среди местного населения. С первых дней в наиболее пострадавших регионах лечебные учреждения перешли на усиленный режим работы.

Более 70 специалистов в Свердловской области задействованы в оказании медицинской помощи в населённых пунктах, пострадавших от пожаров. Те, чьё состояние здоровья внушало минимальные опасения, были оперативно вывезены из зоны стихии. «Медики из Серова прибыли в зону ЧС вечером 25 апреля, как только поступила информация о пожаре. Силами почти двух десятков специалистов были оперативно развёрнуты два пункта – на базе школы № 1 и на базе местной амбулатории. Учитывая высокий риск серьёзных травм и ожогов, как у жителей, так и у сотрудников МЧС, мы

приняли решение привлечь силы Центра медицины катастроф. Отмечу, что врачи сработали максимально оперативно и были готовы оказать пострадавшим всю необходимую помощь в ситуации любой степени сложности», – рассказал заместитель министра здравоохранения Свердловской области Сергей Турков.

Круглосуточное дежурство с 4 мая организовали медики в селе Успенка Тюменской области. «Работает трассовый пункт скорой медицинской помощи. Медики дежурят круглосуточно, в экстренных ситуациях окажут помощь в срочном порядке», – говорится в сообщении пресс-службы регионального Департамента здравоохранения.

В населённых пунктах, расположенных непосредственно в зоне ЧС, организуются центры здоровья, где это сделать сложно, туда приезжают автопоезда с медиками. Жителей консультируют, оказывают им помощь.

Ежегодно в том или ином регионе начинает бушевать огненная стихия. Медицинские работники на наиболее подверженных лесным пожарам территориях знают, с чем им придётся столкнуться и как оказывать необходимую помощь. Они одними из первых оказываются на месте ЧП и с первых же дней включаются в работу.

Сергей БУДАЧЕНКОВ,  
корр. «МГ».

## ЭКСПЕРТНОЕ МНЕНИЕ

### Игорь РЕШЕТОВ

Директор клиники онкологии, реконструктивно-пластической хирургии и радиологии Сеченовского университета, президент Федерации специалистов по лечению заболеваний органов головы и шеи, академик РАН:

Ликвидировать «выпадение знаний» по классической онкологии для будущих врачей всех профилей – базовая задача вузовского образования.



Стр. 5

## Новости

## Гельминты в позвоночнике

Врачи НМИЦ травматологии и ортопедии им. Г.А.Илизарова Минздрава России выявили у 60-летнего пациента из Омской области редкое заболевание – эхинококкоз позвоночника.

Мужчина обратился к нейрохирургам центра с жалобами на слабость в нижних конечностях, снижение чувствительности с уровня пупка, ограниченный объём движений в грудном отделе позвоночника, с явным выпячиванием образования на спине. Рентгенологи провели серию диагностических исследований – компьютерную и магнитно-резонансную томографию. На снимках было чётко видно наличие в грудном отделе позвоночника абсцесса с гнойным содержимым и стеноз позвоночного канала.

Нейрохирурги НМИЦ Максим Древалёв и Алексей Евсюков приняли решение провести сложное оперативное вмешательство – открытую биопсию содержимого паравертебрального абсцесса. На уровне верхне-грудного отдела позвоночника они микрохирургически проникли в плевральную полость и взяли материал для гистологии, максимально близкий по расположению к обоим лёгким. После этого были проведены вмешательства по декомпрессии спинного мозга и дренирование очага воспалительного процесса.

В ходе сложнейшего комплексного обследования пациенту удалось поставить точный диагноз – эхинококковый остеомиелит позвоночника. Сам он подтвердил, что факторов риска заражения гельминтами у него достаточно: он живёт в сельской местности и занимается животноводством. К дальнейшему лечению пациента подключились специалисты профильного учреждения – Санкт-Петербургского научно-исследовательского института фтизиопульмонологии. Врачи и учёные Кургана и Санкт-Петербурга планируют написание совместной научной работы о редком случае эхинококкоза позвоночника.

Игорь НАУМОВ.

Спасли  
побывавшего «за гранью»

В Федеральный центр высоких медицинских технологий Минздрава России (Калининград) доставили мужчину с острым инфарктом миокарда – сильная одышка, слабость, жгучая боль в области сердца. Через несколько минут состояние резко ухудшилось, развился кардиогенный шок, произошла остановка сердца и клиническая смерть. Бригада реаниматологов сразу в приёмном покое начала проводить пациенту сердечно-лёгочную реанимацию, а после его доставили в рентгенооперационную.

Затем мужчину подключили к аппарату экстракорпоральной мембранной оксигенации (ЭКМО), обеспечивающему временную поддержку и функционирование организма в критических ситуациях. Когда мужчину перевели на ЭКМО, заменив аппаратом насосную функцию сердца и оксигенирующую функцию лёгких, врачи приступили к чрессосудистому вмешательству, рассказал заместитель главного врача по хирургии Федерального центра высоких медицинских технологий Минздрава России Виктор Цой.

В ходе операции выявили 100-процентное закрытие правой коронарной артерии. Специалисты выполнили мужчине стентирование, восстановив кровоток. Спустя 30 минут после операции сердце пациента начало сокращаться самостоятельно. Из-за пережитой сосудистой катастрофы он ещё оставался на ЭКМО.

Через два дня пациента отключили от аппарата – сердце начало работать самостоятельно, ещё через несколько дней – перевели из реанимации в палату. Спустя три недели после того, как мужчина побывал за «гранью», он чувствует себя хорошо и готовится к выписке, сообщили в пресс-службе Минздрава России.

Анатолий ПЕТРЕНКО.

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

## Подписка-2023

## ВЫГОДНОЕ ПРЕДЛОЖЕНИЕ

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

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

Стоимость бумажной  
и электронной версий  
составляет 12 500 руб.

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

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

Отсканируйте  
этот QR-код  
для оплаты



СБП  
СБЕР БАНК

## Грани

## Мемориал памяти

## В ТФОМС Санкт-Петербурга провели мероприятия, посвящённые Дню Победы

В истории каждой страны есть особенные, значимые даты, которые будут сохранены в памяти поколений навсегда. Каждый год в День Победы мы вспоминаем, какой ценой она была завоевана, насколько хрупок мир и насколько ценна каждая человеческая жизнь. Вспоминаем о воинах-победителях, о тех, кто мужественно сражался на фронтах, ковал победу в тылу, кто ценой своей жизни спас Родину.

В преддверии великого праздника сотрудники территориального фонда ОМС Санкт-Петербурга и страховых медицинских компаний приняли участие в тематической экскурсии в Московском парке Победы, в ходе которой узнали о событиях, разворачивавшихся на территории Московского района во время блокады Ленинграда, о памятных местах и монументах в парке, посвящённых Великой Отечественной войне. Экскурсию провела гид по Санкт-Петербургу Рената Богданова.

В мероприятии приняли участие заместитель председателя Федерального фонда ОМС Александр Кувалдин, врио директора ТФОМС Санкт-Петербурга Вадим Стожаров, представители страховых медицинских компаний города АО «МАКС-М», ООО «СМК РЕСО-Мед», ООО «Капитал МС», АО «Страховая компания «СОГАЗ-Мед», ООО «СК «Ингосстрах-М» и житель блокадного Ленинграда Клавдия Смирнова.

Строительство парка культуры и отдыха было запланировано руководством Ленинграда ещё в 1930-х годах, довести до конца его возведение и благоустройство не удалось из-за начала войны.

В годы войны передний край обороны Ленинграда проходил как раз у Московской заставы. Это место казалось пустынным и мёртвым, изрытое бомбами и снарядами. А в первую блокадную зиму 1942 г. в стенах Кирпично-пемзового завода № 1, который находился на территории современного парка, был вынужденно открыт



крематорий для жертв блокадного города.

В отличие от других мемориальных мест, в парке решили не оставлять ничего, что напоминало о тяготах блокады. Он должен был стать гимном жизни. Трагическим событиям военной истории города посвящена мемориальная зона парка, там возведена Аллея памяти с расположенными на ней Монументом памяти, Павильоном памяти и мемориалом «Вагонетка».

«Проходят годы, сменяются поколения, но память о подвиге советского народа, отстоявшего свободу и независимость Родины, навсегда остаётся в наших сердцах. Мы преклоняем голову перед мужеством старшего поколения, подарившего

нам возможность быть свободными, жить, работать, любить, радоваться каждому дню. День Победы – это священный праздник, наша общая история, и в то же время очень личная история и память каждой семьи. Поэтому мы с коллегами подготовили свой «мемориал памяти» с фотографиями наших родных, прошедших через испытания военного времени», – отметил в ходе экскурсии В.Стожаров.

В конце мероприятия сотрудники ТФОМС и страховых медицинских компаний возложили цветы к памятному знаку «Вагонетка», почтив память павших в блокаду ленинградцев.

Найля САДЫКОВА.

Фото автора.

## Инициатива

## Ситуация вынуждает подготовиться

В Курске – приграничном российском регионе – население приглашают на курсы «Готов к санитарной обороне». Бесплатное обучение оказанию первой помощи проводят инструкторы Учебно-методического центра ГО ЧС и врачи Курской областной больницы. По словам заместителя губернатора Андрея Белостоцкого, Курская область первой в России возобновила эту работу.

Во время занятий желающие отрабатывают навыки осмотра пострадавшего, остановки крови, первой помощи при переломах, проведения сердечно-лёгочной реанимации – того, что может пригодиться и в мирное, и в военное время. Также медики напоминают жителям области о том, какой должна быть правильная домашняя аптечка первой помощи.

На предложение пройти курс «Готов к санитарной обороне» отозвались как отдельные жители Курска, так и организованные



коллективы и даже профессиональные сообщества. Одними из первых гражданскую ответственность проявили представители курских СМИ, сотрудники областного министерства информации и общественных коммуникаций, управления информации и печати

мэрии Курска, пресс-секретари региональных министерств. Они прошли обучение, сдали нормы по оказанию первой помощи и получили значки.

Ирина БАЖЕНОВА.

Курск.

**В Народный фронт обратились жители Кировской области, чьи дети страдают орфанными заболеваниями. Лекарства, которые могут спасти юных пациентов с синдромом Шерешевского – Тёрнера от инвалидности, не выдают, пока ребёнок реально не получит статус человека с ограниченными возможностями, а необходимые аппараты детям, больным муковисцидозом, закупают дешёвые, но неэффективные.**

Спасением для больных страдающих синдромом Шерешевского – Тёрнера является терапия, которая позволяет заменить гормоны, не вырабатываемые организмом. Такие препараты помогают ребёнку расти, при их регулярном применении прогресс достигает 10 см в год.

В Кирове этот синдром диагностирован у 3 девочек. Производством препарата, содержащего замену гормона роста, занимается только одно предприятие, а всё лекарство сразу отправляется в больницы и не поступает в аптеки. Даже если есть возможность его купить, то в год на него нужно потратить около 264 тыс. руб. Столько стоит 10 см роста ребёнка.

«Если у ребёнка нет инвалидности, то ему бесплатно такое лекарство не положено. Гормон врачи могут назначить, а вот купить его не у всех есть возможность, поэтому если нет

**Острая тема**

# Бюрократическая логика вместо здравого смысла

спонсора, то получается, что ребёнок не растёт. А для получения препарата бесплатно, заболевание уже должно настолько прогрессировать, чтобы ребёнок стал инвалидом. Очевидно, что здесь нужны изменения в законодательстве. Главное, родители не должны попадать в ситуацию, когда они не знают, смогут ли оплатить рост своего ребёнка или нет. В Кировской области, например, всего 3 такие девочки, и другого времени расти у них не будет. Для них регион вполне может создать такую систему маршрутизации, при которой их будут индивидуально наблюдать, активно предлагать все варианты помощи», – сказала представитель Народного фронта Юлия Зимова.

«Мы готовы направить предложение о внесении синдрома Шерешевского – Тёрнера в список инвалидизирующих заболеваний, чтобы родители могли бесплатно получать необходимый лекарственный препарат. В целом есть практика по

созданию в регионах центров компетенций по орфанным заболеваниям, которые отвечают за маршрутизацию таких детей. Это удобно и для родителей, и для специалистов. Важно, чтобы такие центры появлялись в каждом регионе», – пояснил эксперт Народного фронта главный детский специалист иммунолог-аллерголог Минздрава Московской области Андрей Продеус.

Ещё одна проблема, с которой обратились в Народный фронт жители Кирова, – получение небулайзеров для интенсивного лечения детей с муковисцидозом. В регионе 29 таких детей, но ингаляторы и расходные материалы к ним за счёт бюджетных средств предоставляются только пациентам, которые уже получили паллиативный статус. Власти региона закупили небулайзеры маленьким больным. Казалось бы, пошли навстречу, сделали хорошее дело, но на практике всё оказалось не так радужно.

В рекомендациях по использованию аппаратов жёстко прописана необходимость стерилизации небулайзеров в ежедневном режиме. В инструкции к модели ингалятора, которую получили дети, сказано, что каждые 20 кипячений требуется замена небулайзерной камеры, а маску и воздухопроводную трубку вообще запрещено кипятить. То есть в год необходимо от 19 комплектов сменных деталей, а на практике пластиковую ёмкость нужно менять и вовсе каждые 3-4 дня. Стоимость купленного властями ингалятора составляет от 2 до 3 тыс. руб., сменный комплект – 790 руб. То есть в год необходимо тратить ещё от 15 до 93 тыс. на замену частей небулайзера. Кроме того, производительность аппаратуры не оптимальна, что заставляет некоторых родителей отказаться от предложенных региональным Минздравом моделей ингаляторов.

Народный фронт сравнил эти расчёты и расчёты для двух других моделей небулайзеров, которые просят пациенты и рекомендуют врачи. Стоимость одной составляет 11 тыс. руб., второй – 22 тыс. Сменные комплекты для обеих можно купить за 3,5 тыс. При этом в первом случае заменять пластиковые части нужно каждые 300 циклов дезинфекции, во втором – количество дезинфекций не ограничено. Итого стоимость небулайзеров вместе с комплектами замены на год составляет 17 500 и 28 500 руб.

«Мы считаем, что перед проведением закупки для пациентского сообщества редкого заболевания очень важно было встретиться с родителями детей-пациентов, потому что они как никто регулярно изучают и знают все особенности необходимого им оборудования. Это бы позволило приобрести то, что людям нужно, а не то, что дешёво, но фактически не используется», – заявил руководитель Бюро расследований Народного фронта Валерий Алексеев.

Народный фронт будет добиваться, чтобы в регионах к вопросам детей с редкими заболеваниями относились более адресно и человечно, а выявленные проблемы получили системные решения на федеральном уровне.

**Владимир ЧЕРНОВ.**

**Однако**

## Медсёстры разгрузят врачей?

**Структуры Минздрава России предложили перераспределить часть медицинских задач от врачей к среднему медперсоналу. Ведомство считает, что это повысит доступность медпомощи без потери качества.**

Большинство врачей поддерживают эту идею, как показал профессиональный опрос, – почти половина из них готовы передать среднему персоналу доврачебный приём. А вот среди медсестёр меньше 10% поддерживают идею министерства.

Центральный НИИ организации и информатизации здравоохранения Минздрава подготовил методические рекомендации по организации записи на приём к врачу. Авторы предлагают забрать у участкового терапевта ряд важных задач, чтобы передать их персоналу со средним медицинским образованием. Например, медсёстрам хотят отдать обязанности по подготовке списков

граждан для диспансеризации и профилактических медосмотров, а также проведение санитарно-гигиенического просвещения населения. Но есть и непосредственно медицинские функции: проведение медосмотров; диспансерное наблюдение за состоянием здоровья пациентов с хроническими заболеваниями; оценка эффективности и безопасности применения медикаментозных и немедикаментозных методов лечения; активное посещение маломобильных пациентов на дому для динамического наблюдения; организация и проведение школ здоровья.

Перераспределение позволит повысить доступность медпомощи без потери качества в рамках имеющихся ресурсов, в том числе финансовых и трудовых, пояснили в НИИ. Также это высвободит время врача на работу с пациентом.

**Дмитрий ДЕНИСОВ.**

**Криминал**

**Прокуратура Нижегородской области сообщила, что утвердила обвинительное заключение по уголовному делу в отношении трёх соучастников. Они обвиняются по ч. 4 ст. 159 УК РФ (мошенничество, совершённое организованной группой).**

По версии следствия, в период с мая 2019 по февраль 2021 г. обвиняемые действовали в составе организованной группы под видом законной финансово-хозяйственной деятельности от имени двух юридических лиц – общества с ограниченной ответственностью «Городская поликлиника № 23» и Центра здоровья Биокко в двух медицинских центрах.

При этом одно из учреждений не имело лицензии на осуществление медицинской деятельности, хотя при создании юридического лица – общества с ограниченной ответственностью «Городская поликлиника № 23» обвиняемые выбрали и зарегистрировали название, соответствующее наименованию реального бюджетного медицинского учреждения.

## Организаторов липовых медцентров – под суд

«Преступная деятельность организованной группы заключалась в том, что сотрудники колл-центра в ходе телефонных разговоров с гражданами представлялись работниками медицинского учреждения и сообщали потенциальному клиенту информацию о том, что ему предлагается пройти бесплатную диагностику состояния здоровья организма и получить консультацию высококвалифицированных врачей, в том числе под вымышленным предлогом участия в различных бесплатных государственных программах», – говорится в сообщении прокуратуры.

При согласии клиента на лечение якобы выявленных заболеваний соучастниками заключался договор на оказание услуг. Затем в медицинском центре встречу с потерпевшими осуществляли лица, которые выдавали себя за специалистов-диагностов и консультировали граждан.

Диагностика проводилась в том числе на приборе бытового назначения. В ходе такого обследования клиентам центра сообщалась недостоверная информация о наличии у них различного рода заболеваний или рисков их возникновения.

Большая часть клиентов является гражданами пенсионного возраста. Организаторы предусмотрели заключение с банковскими учреждениями договоров о сотрудничестве, в рамках реализации которых клиентам была предоставлена возможность оформить кредитные договоры непосредственно в указанных центрах.

Полученные денежные средства обращались в пользу участников организованной группы, которыми они распоряжались по своему усмотрению. Всего обманым путём у 84 граждан было похищено свыше 7 млн руб.

**Виктор КОТЕЛЬНИЧЕСКИЙ.**

**Подписка-2023**

## Уважаемые читатели!

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

**Подписные издания**

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

**Подписные индексы:**

**ПН014** – на месяц.

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

Юридические лица могут подписаться через отделы подписки региональных почтамтов.

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

На расширенной коллегии Минздрава России председатель Федерального фонда обязательного медицинского страхования Илья БАЛАНИН отметил, что среди перспективных задач системы ОМС в среднесрочной перспективе – создание единой системы персонализированного учёта медпомощи, включая разработку алгоритмов ведения пациентов, имеющих хронические заболевания; внедрение сервисов персонального сопровождения; дальнейшее совершенствование способов оплаты медицинской помощи; перевод на рискориентированную модель контрольно-экспертных мероприятий; развитие деятельности института защиты прав застрахованных лиц, а также интеграция новых регионов России в систему ОМС.

Предлагаем вниманию читателей «МГ» основные положения доклада И.Баланина «ОМС – 30 лет. Итоги, задачи и перспективы развития».

## Интеграция новых регионов

В 1993 г. с введением закона о медицинском страховании граждан в РФ начался переход отрасли от бюджетной системы финансирования к страховой модели. К 2010 г. положения первого закона уже не отвечали возросшим возможностям государства в укреплении системы здравоохранения. Необходимо было разработать новый закон, который позволил бы полностью закрыть дефицит финансирования программ ОМС.

Принятый в 2010 г. Федеральный закон «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» закрепил новые подходы и механизмы реализации ОМС, новые принципы финансирования сферы здравоохранения, сделал человека центральным звеном в системе. Основные положения закона закрепили право выбора страховой медицинской организации гражданином. Введен полис ОМС единого образца, который гарантирует застрахованным получение медицинской помощи в любом регионе страны.

Законом были установлены субъекты и участники системы ОМС. Сняты нормативные ограничения на работу по ОМС частных медицинских организаций. В результате рост числа негосударственных медицинских организаций, участвующих в ОМС, вырос более чем в 3,2 раза – с 1029 в 2012 г. до 3332 в 2023-м. В то же время законодательно увеличивались требования к страховой медицинской организации (СМО), а также их функционал был переориентирован на защиту прав застрахованных лиц, в результате количество СМО с 2013 г. сократилось в 2,5 раза (с 67 до 27 в 2023 г.).

В 2014 г., когда в состав России вошли Крым и город Севастополь, медицинские организации этих регионов были успешно интегрированы в систему ОМС и жители получили доступ к качественной медицинской помощи, в том числе в федеральных медицинских организациях. В 2022 г. к РФ присоединились ещё 4 субъекта: Донецкая, Луганская народные республики, Запорожская и Херсонской области, жителям которых наряду с гражданами РФ гарантировано право на получение бесплатной медицинской помощи.

В соответствии с требованиями федеральных конституционных законов на территории новых субъектов указами их руководителей в декабре 2022 г. созданы территориальные фонды ОМС, выполняющие функции страховых организаций. С 1 марта они начали выдавать жителям новых регионов полисы ОМС. По состоянию на 21 апреля 2023 г. количество застрахованных лиц составило более 34 тыс.

Федеральным ФОМС оказывается методическая помощь территориальным фондам. Осуществляется оснащение автоматизи-

## ОМС: реальность и перспективы

# К достижению новых амбициозных целей

Сегодня система ОМС успешно справляется с вызовами в условиях санкционного давления и текущей геополитической ситуации

## Развитие базовой программы ОМС

ОМС сегодня:

90% объемов медицинской помощи

- ▶ генетика
- ▶ скорая медицинская помощь
- ▶ кохлеарная имплантация
- ▶ ЭКО
- ▶ ВМП
- ▶ медицинская реабилитация в стационарных условиях
- ▶ оплата по КСГ (187 КСГ, в 2023 году – 637 КСГ)
- ▶ формируется НСЗ на оплату повышения квалификации медицинских работников и ремонт оборудования

В 2021 году: Внедрена программа проведения углубленной диспансеризации

С 2022 года: В составе базовой программы выделены объемы специализированной, в том числе ВМП для ФМО

В 2023 году: Установлен норматив комплексного посещения при диспансерном наблюдении

более 70% финансовых средств ПГГ

Финансовое обеспечение программ ОМС в 2013-2022 гг. (млрд руб.)

За период 2013-2022 в 2,3 раза выросло финансовое обеспечение программ ОМС, в том числе:



зированными рабочими местами, переоборудован и направлен автомобиль для организации передвижного пункта страхования населения. Практически все территориальные ФОМС направляют своих специалистов в помощь новым регионам. Хочу особо отметить территориальные фонды Крыма и Ростовской области, которые в ежедневном режиме взаимодействуют с регионами.

## Базовые программы бездефицитны

С 2013 г. аккумулятивное всего объема средств ОМС по тарифу 5,1% осуществляется в Федеральном ФОМС. Повышение уровня страховых взносов и принятие Закона о страховых взносах на неработающее население обеспечило финансовые гарантии для выравнивания условий и объемов оказания медпомощи в субъектах РФ. Это обеспечило, в том числе, ежегодный рост субвенции: если в 2013 г. она составляла 985 млрд руб., то в 2023 г. – 2,7 трлн. Также в 2023 г. достигнут наибольший прирост субвенции за последние 5 лет, который составит 285,7 млрд руб., или 11,6% к уровню 2022 г.

С 2013 г. (10 лет) территориальные программы ОМС в рамках базовой программы бездефицитны и сбалансированы на всей территории страны. Для каждого гражданина России обеспечена равная доступность бесплатной и качественной медицинской помощи. Это обеспечивается расширением программ госгарантий за счёт увеличения объемов медицинской помощи, включение новых видов специализированной медицинской помощи, в том числе высокотехнологичной. Сегодня базовая программа ОМС составляет уже более 90% от общего объема медицинской помощи по программе государственных гарантий страны и более 70% её финансового обеспечения. Так, с 2013 г. объем финансового обеспечения оказания медицинской помощи в рамках территориальных программ ОМС за счёт средств ОМС вырос более чем в 2,3 раза.

В базовой программе ОМС на текущий год нашло отражение дальнейшее развитие оказания медицинской помощи пациентам с хроническими заболеваниями. Впервые установлен средний норматив комплексного посещения и финансовых затрат при диспансерном наблюдении. Финансовое обеспечение составило 57,6 млрд руб.

Установление отдельного норматива по диспансерному наблюдению позволит своевременно выявлять, предупреждать осложнения, обострения заболеваний, в том числе пациентов с онкологическими заболеваниями, болезнями системы кровообращения и сахарным диабетом.

В последнее десятилетие базовая программа ОМС переориентируется на превентивную медицину, когда значительное внимание уделяется профилактическим мероприятиям и диспансеризации, а также выявлению заболеваний на ранних стадиях. Для этого с 2013 г. ежегодно увеличиваются объемы медицинской помощи и её финансового обеспечения по профилактическим медицинским осмотрам и диспансеризации. За последние 10 лет показатель численности прошедших профосмотры и диспансеризацию вырос в 1,5 раза и в 2022 г. составил более 50 млн человек. Объем средств ОМС, направленных на эти цели, составил за прошлый год 128,5 млрд (рост за 10 лет в 3,7 раза).

В составе программы госгарантий с 2014 г. выделяются нормативы объема и их финансовых затрат по профилю «Медицинская реабилитация» в стационарных условиях. А в 2022 г. программой установлены нормативы в амбулаторных условиях, в текущем – в условиях дневного стационара. Медицинскую реабилитацию теперь возможно проводить на дому, что позволит увеличить объемы медицинской помощи на территориях страхования. Только в период 2022-2023 гг. финансовое обеспечение медицинской реабилитации увеличилось на 31,6 млрд руб., объемы медпомощи только в стационарных условиях – на 25,9%.

## ВМП: рост в 4,5 раза за 9 лет

В последние годы уделяется повышенное внимание оказанию медицинской помощи пациентам с онкологическими заболеваниями. Существенно увеличено финансовое обеспечение онкологической помощи. Так, в 2018 г. на оказание указанной медицинской помощи в системе ОМС было направлено 94,8 млрд руб., в 2022 г. – почти в 3,5 раза больше. Дополнительные финансовые вливания позволили значительно повысить доступность онкологической помощи – более 3,6 млн случаев лечения в 2022 г., что вдвое выше уровня 2018 г.

С 2014 г. в базовую программу ОМС включена высокотехнологичная медицинская помощь. За 9 лет количество пациентов, её получивших, увеличилось в 4,5 раза – с 200 тыс. до 900 тыс. человек. Отмечается ежегодный рост проведения высокотехнологичных операций по сердечно-сосудистой хирургии, травматологии, онкологии, офтальмологии и другим профилям. Причём основной рост происходит за счёт возможности лечения высокотехнологичными методами в региональных клиниках. В 2023 г. планируется оказание ВМП в более чем 1000 медицинских организаций. С 2021 г. в составе базовой программы ОМС выделены объемы специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, оказываемой застрахованным лицам в условиях круглосуточных и дневных стационаров.

В соответствии с Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи с 2022 г. федеральными медицинскими организациями оказывается ВМП с использованием ряда уникальных методов лечения, применяемых в сердечно-сосудистой хирургии и трансплантации органов, со стоимостью случая до 8,3 млн руб.

С 2019 г. Федеральный ФОМС наделён полномочиями по подготовке заключений о соответствии тарифных соглашений субъектов РФ базовой программе обязательного медицинского страхования и требованиям к структуре и содержанию тарифного соглашения, а также определён порядок и сроки рассмотрения ФФОМС тарифных соглашений субъектов Федерации.

С 2016 г. за счёт средств, получаемых от применения санкций к медицинским организациям, в территориальных фондах формируется пул средств, которые затем возвращаются в медицинские организации, на повышение квалификации, приобретение и ремонт медицинского оборудования. За истекший период на указанные цели уже направлено свыше 55 млрд руб., что, безусловно, способствовало повышению качества и доступности медицинской помощи для граждан нашей страны.

## Социальная поддержка медиков

ФФОМС участвует в решении задачи повышения заработной платы для всех категорий медицинских работников. За счёт средств ОМС реализуется дополнительная государственная социальная поддержка медработников.

С января 2023 г. осуществляются специальные социальные выплаты, которыми планируется обеспечить около 1,2 млн специалистов на сумму 152,4 млрд. Кроме того, Правительством РФ принято решение по финансовому обеспечению осуществления социальной выплаты медицинским и иным работникам, оказывающим медицинскую помощь получившим ранения в ходе специальной военной операции. На эти цели из нормированного страхового запаса ФФОМС в федеральный бюджет направлено 9,8 млрд руб.

В последние годы усиливается роль страховых медицинских компаний в мероприятиях, направленных на информирование

и сопровождение застрахованных лиц при организации оказания им медицинской помощи. Это предполагает постоянное «ведение» застрахованных лиц, включая их консультирование по вопросам оказания медицинской помощи, напоминание о праве выбора медицинской организации и врача, информирование о необходимости прохождения диспансеризации, её целях и задачах, контроль её прохождения, организацию госпитализации застрахованного лица с учётом его выбора медицинской организации. Для обеспечения перечисленных функций страховых медицинских организаций сформирован институт страховых представителей трёх уровней, количество представителей в 2023 г. составляет 11,8 тыс. человек.

Одной из основных задач, стоящих перед фондом, является организация персонализированного учёта застрахованных лиц и учёта оказанной медпомощи посредством государственной информационной системы ОМС. Она предоставляет единый идентификатор пациента, использует единые идентификаторы медицинского работника и медицинской организации. Таким образом, в рамках пациентоориентированного подхода на базе информационных технологий в сфере ОМС реализуются информационные решения, направленные на повышение эффективности управления, совершенствования логистики медицинской помощи в сфере ОМС.

## Итоги и перспективы

Отдельно остановлюсь на вызовах, с которыми в условиях санкционного давления и текущей геополитической ситуации успешно справилась система ОМС в 2022 г. За счёт опережающего финансирования регионов в марте прошлого года не допущено снижение доступности медицинской помощи, обеспечение непрерывного её оказания. Восстановлено проведение профилактических мероприятий взрослого и детского населения, расширен охват населения углублённой диспансеризацией. Впервые установлены нормативы и начата всеобщая медицинская реабилитация в амбулаторном звене. Включены в базовую программу методы экстренной и дорогостоящей высокотехнологичной медицинской помощи по сердечно-сосудистой хирургии и трансплантологии.

И, безусловно, ключевым событием стало создание федерального единого регистра застрахованных лиц, являющегося основой персонализированного учёта застрахованных лиц и оказанной им медицинской помощи, а также запуск 7 информационных сервисов для застрахованных на платформе Госуслуг.

В этом году системе ОМС исполняется 30 лет. За эти годы она заметно нарастила свой потенциал и сегодня является гарантом для населения в получении медицинской помощи и обеспечивает стабильную работу медицинских организаций. При этом следует признать, что развитие медицинской помощи по профилям, не включённым в базовую программу, заметно отстаёт от динамично развивающихся медицинских технологий базовой программы. Система ОМС сегодня – это полноправный участник приоритетных государственных программ и проектов в сфере здравоохранения.

В условиях решения поставленной Президентом России цели – рост продолжительности жизни в России до 78 лет к 2030 г. перед нами стоит задача оперативного решения вопросов повышения доступности качественной медицинской помощи для населения, контроля качества медицинской помощи, эффективным способом её оплаты и контроля за расходованием средств с помощью современных информационных технологий.

Директор клиники онкологии, реконструктивно-пластической хирургии и радиологии Сеченовского университета, президент Федерации специалистов по лечению заболеваний органов головы и шеи академик РАН Игорь РЕШЕТОВ – апологет идеи междисциплинарного взаимодействия в борьбе с онкологическими заболеваниями. Действия разобщённо, разные звенья системы здравоохранения и специалисты разных профилей не смогут получить желаемых результатов по раннему выявлению и своевременному началу лечения злокачественных новообразований (ЗНО). И уж тем более с этой задачей не может справиться онкослужба в одиночку.

– Игорь Владимирович, вы известны прежде всего как специалист в области лечения опухолей головы – шеи. Междисциплинарное взаимодействие в отношении онкологии, на важности которого вы настаиваете, касается именно данного раздела?

– Не только. Когда речь идёт об онкологических заболеваниях, нужен комплексный подход по всем анатомо-функциональным системам. Это создаёт условия для выявления не одного, а, возможно, сразу нескольких «соседствующих» заболеваний. А именно так чаще всего и происходит, болезнь редко бывает обособленной, замкнутой в пределах одного органа или ткани. Наш пилотный проект по междисциплинарному взаимодействию при заболеваниях головы и шеи, который уже реализуется в ряде российских регионов, – пример такой организации совместной работы специалистов разных профилей.

Заметьте, я намеренно говорю не «опухолях» головы и шеи, а «заболеваниях», потому что рак – это процесс стадийный, он не возникает мгновенно из ничего. Происходят постепенные изменения эпителия от дисплазии к предраку, затем к начальным стадиям опухоли и, наконец, её дальнейшему распространению. Многие хронические заболевания очень хорошо встраиваются в этот маршрут: что-то, казалось бы, вполне безобидное постепенно трансформируется в злокачественное новообразование. Поэтому первоочередная задача медицины – выявлять не сформировавшиеся опухоли, а их предвестники. Вот это и есть реальная канцеропревенция.

Начинать планировать оказание онкологической помощи, исходя из факта уже случившегося заболевания, – значит заранее проиграть битву. Мы никогда не сможем остановить или обогнать развитие опухоли при таком подходе и будем тратить миллионы рублей на дорогостоящее сложное лечение каждого онкобольного, в то время как рядом десять человек, на которых мы не обращаем внимания, будут планомерно двигаться к «своему» раку.

Надо ли бороться с каждой уже сформировавшейся опухолью? Надо. Но именно концепция опережения даст нам возможность выиграть эту борьбу и в отношении каждого пациента, и в глобальном общечеловеческом масштабе. Говоря о работе на опережение, я имею в виду настоящую активную профилактику, а не разглагольствования о здоровом образе жизни с правильным питанием и прогулками на свежем воздухе. Канцеропревенция подразумевает методичную эрадикацию всех проявлений тех состояний, которые приведут к раку.

– Приведут наверняка? Упомянутая вами цепочка последовательностей от дисплазии к малигнизации – неизбежный и необратимый этиологический и патогенетический процесс?

– Практически неизбежный. Но мы надеемся, что он всё-таки обратимый. Как раз в настоящее время проводим исследования в данном направлении: надо вычленил самый важный этиологический фактор в каждом варианте ЗНО и попытаться воздействовать именно на него.

Например, вирус папилломы человека (ВПЧ) – доказанная основная причина рака ротоглотки и рака шейки матки. В качестве

– Как организовать взаимодействие разных специалистов не в научной лаборатории, а в клинической практике?

– Могу рассказать на примере нашей команды единомышленников, в составе которой онкологи, лор-врачи, стоматологи. Начиная с 2012 г. мы организуем в разных лечебных учреждениях страны то, что называется «День открытых дверей» по раннему выявлению заболеваний головы и шеи. Только

Соответственно, при патологиях грудной клетки, абдоминальной области всё ещё более очевидно для выстраивания взаимодействия. Такие взаимосвязи в плане онконастороженности дают больший «урожай».

– Сразу возникает вопрос, как разыскивать «нужных» пациентов не во время акций, а в каждодневном их потоке? И необходимы ли обучающие семинары по онконасторожен-

дёт энцефалограмму. Что делает онконастороженный невролог? Назначит МРТ с контрастом зоны подвисочной ямки, там может расти опухоль и давить на веточки тройничного нерва. Знания врача о том, при какой «невинной» патологии надо параллельно искать что-то «злое», почему важно всесторонне рассматривать любой симптом, черпаются как раз из котла междисциплинарности. Такие знания позволяют при лю-

## Экспертное мнение

# Картина мира на стыке дисциплин

«Изолированная» онкология не может быть эффективной по определению

меры первичной профилактики в этом случае предлагается вакцинация от ВПЧ, а вторичная канцеропревенция – местная эрадикация папиллом/зон дисплазии с помощью различных локо-регионарных методов. В частности, можно попробовать «выключить» способность патологического генома вируса папилломы реплицироваться в тканях человеческого организма за счёт встраивания в него фрагментов онковируса. В результате межвидовой борьбы вирусов ВПЧ будет лишён способности к размножению. Задача сложная, но очень интересная для науки. Если технологическое решение будет найдено, появится возможность репрограммировать эпителий, заражённый вирусом папилломы, на самооздоровление. Таков идеальный вариант.

Не идеальный, но тоже достаточно эффективный метод такой: видим очаг тканевой дисплазии, подвергаем его щадящей эрадикации хирургическим лазером, после чего на месте папилломы или эрозии остаётся тоненький рубец. Потеря определённой доли функциональности при этом не столь значима, как те потери, которыми будет сопровождаться лечение запущенной злокачественной опухоли в данной зоне.

– Как разработчики вакцин реагируют на стремление учёных-онкологов найти иные варианты предупреждения вирус-ассоциированных опухолей?

– Если вы думаете, что они видят в нас угрозу своему фармбизнесу, то это не так. Мы же не конкурируем, а идём параллельными путями. В болезни и медицине никогда не бывает ничего стопроцентного. Пройдут два десятилетия, не раньше, прежде чем научное и врачебное сообщество смогут доказательно оценить вклад вакцинации от ВПЧ в профилактику рака эпителия ротоглотки и шейки матки. Совершенно очевидно, что результаты покажут следующее: кому-то прививка помогла, а кому-то нет. Иначе просто не может быть. Рак – уникальная болезнь в силу своей полиэтиологичности. Я бы даже сказал, что каждый рак уникален у каждого пациента, в этом таинство природы данного заболевания. Именно это обстоятельство подталкивает нас к тому, что надо иметь сразу несколько инструментов для канцеропревенции, чтобы воздействовать комплексно.

И, кстати, именно сложностью канцерогенеза продиктована необходимость междисциплинарного подхода не только к профилактике, но также к диагностике и лечению рака.



в нашем случае это уже не один день, а неделя, благодаря чему эффективность работы по раннему выявлению предопухолевых и опухолевых заболеваний возрастает многократно.

Важно подчеркнуть, что мы в ходе этих акций ищем не рак, таких случаев бывают единицы. Мы прежде всего ищем предраковые состояния. 30% населения – носители хронической патологии органов головы и шеи, именно они в зоне риска и в поле нашего повышенного внимания. У кого-то зубные протезы плохо подогнанные или сколотый зуб царапают десну, язык, внутреннюю поверхность щеки. У кого-то хронический полип в носу на фоне искривлённой перегородки. У кого-то гиперкератоз или пигментный невус. У кого-то стеноз слезовыводящего канала с хроническим конъюнктивитом. Набирается большая группа людей, которыми надо заниматься с точки зрения канцеропрофилактики, конкретно – устранять очаги хронического гиперпластического воспаления, пигментации, полипов либо медикаментозно, либо щадящими инвазивными методами типа криоабляции и лазера.

Такой подход мне кажется самым перспективным, он позволяет работать на опережение. Если не провести предупредительное лечение, вероятность развития злокачественной опухоли в перспективе ближайших 10 лет очень высока.

– По другим системам и органам можно наладить такие же взаимодействия?

– Конечно. Близко соседствующие специальности при патологиях малого таза – урологи, гинекологи и проктологи. Междисциплинарная команда готова. Далее, команда специалистов по гормонозависимым опухолям наружной локализации – кожи, щитовидной, молочной железы.

ности и канцеропревенции для врачей всех специальностей?

– Такие образовательные программы необходимы абсолютно точно. В Сеченовском университете курс общей онкологии уже встроено в систему обучения стоматологов. Необразованный стоматолог будет лечить глоссит, а образованный заподозрит, что изменения на языке могут быть симптомом рака желудка или хронического тяжёлого гастрита, и направит пациента на гастроскопию. Ликвидировать «выпадение знаний» по классической онкологии для будущих врачей всех профилей – базовая задача вузовского и последипломного образования.

Второе: в нашем университете для всех студентов и ординаторов независимо от факультета – и для педиатров, и для организаторов здравоохранения, и для эпидемиологов – ввели кросс-программу по формированию онкологической настороженности.

Что касается уже дипломированных врачей, которые в своё время не получили таких знаний в вузе или ординатуре, им тоже необходимо закрыть пробелы в мировоззрении. Для них проводятся междисциплинарные конгрессы, в том числе по заболеваниям головы и шеи. В нынешнем году такой форум пройдёт уже в одиннадцатый раз. Честно скажу, что даже я – человек опытный в онкологии – каждый год узнаю что-то новое для себя на этих конгрессах, переходя с одной секции на другую. Посещу секцию челюстно-лицевых хирургов, побываю у стоматологов, послушаю лоров, офтальмологов, в итоге формируется общая картина мира, именуемого «голова и шея».

Повторю: болезни очень взаимосвязаны между собой. Что делает онкологически неграмотный невропатолог в случае с пациентом, у которого тригеминальная невралгия? Назначит один-другой препарат, в лучшем случае прове-

бой болезни, с которой пришёл пациент, смотреть глубже и дальше через «прицел» вероятности развития у него в течение 10 лет какой-то опухоли и предвосхищать это событие.

– Мне кажется, то, о чём вы говорите, – в первую очередь задача первичного звена здравоохранения. Или нет?

– Не только первичного. Крайне редко пациент сам правильно распознаёт недуг и сразу идёт к онкологу, чаще всего он либо обращается с другим диагнозом в многопрофильный стационар. И как раз там, где есть широкий спектр специалистов, надо «ловить» людей, которые в зоне онкориска.

Но для этого необходимо выстроить систему горизонтальной кооперации. В существующей отраслевой парадигме мы работаем по вертикали: хорошо отлажена система взаимодействия «врач поликлиники – врач стационара – врач высокотехнологичного стационара – главный специалист региона». А вот горизонтали внутри одного уровня системы здравоохранения не срабатывают, их надо укреплять.

Ни в коем случае нельзя задерживать пациента у себя, пытаться разобраться в том, в чём ты объективно разобраться не можешь. При всём уважении к оториноларингологам не может врач этой специальности самостоятельно «на глазок» разобраться в молекулярном портрете рака ротоглотки и правильно его лечить. В онкологии потеря времени недопустима! Здесь нам следовало бы использовать доктрину военно-полевой хирургии: каждый на своём этапе должен оказывать определённый объём помощи больному, но более того. Как только ты начинаешь превышать свои полномочия, проигрываешь в борьбе за жизнь пациента. Вот почему умение слушать друг друга, взаимопонимание и взаимодействие врачей разных специальностей крайне важны для успешной помощи онкологическим пациентам.

Ну а чтобы перейти от слов к делу и преобразовать идеологию в чёткие правила, мы стараемся договориться с главными специалистами Минздрава России интегрировать алгоритмы онконастороженности и междисциплинарного взаимодействия в порядке оказания помощи по разным профилям медицины.



Беседу вела  
Елена БУШ,  
обозреватель  
«МГ».

В работе форума, организованного Всероссийским союзом пациентов и Всероссийским обществом орфанных заболеваний, участвовали представители Госдумы РФ, Совета Федерации, Минздрава и Минпромторга России, фонда «Круг добра», пациентских организаций, а также российские эксперты.

Как отмечали модераторы – сопредседатели Всероссийского союза пациентов Юрий Жулёв, Ирина Мясникова и Ян Власов, целью форума является поддержка больных редкими заболеваниями и их семей, обеспечение им доступа к диагностике, лечению, лечебному питанию, реабилитации и психологической помощи. Отмечена важность взаимодействия экспертов и пациентских организаций.

Заместитель министра здравоохранения РФ Сергей Глаголев напомнил, что более 10 лет назад был упрощён допуск орфанных препаратов на российский рынок. Они регистрируются на основе данных II фазы клинических испытаний. Повышено бюджетное финансирование централизованных закупок препаратов. Государство гарантировало обеспечение такими лекарствами на федеральном уровне в рамках программы «Семь нозологий». За последние 15 лет число больных в этой программе утроилось за счет увеличения продолжительности их жизни, количество нозологий удвоилось. Так, появилась программа «14 высокозатратных нозологий» («14 ВЗН»). Пациенты с редкими заболеваниями составляют 60% больных в рамках этой программы. В 2023 г. её финансирование увеличилось на 21 млрд рублей за счет уникального госпроекта – фонда «Круг добра», созданного в 2021 г.

Председатель правления фонда «Круг добра» протоиерей Александр Ткаченко рассказал, что фонд обеспечивает лечение около 5,5 тыс. детей с редкими заболеваниями, а с 2023 г. взял на себя финансирование лечения ещё 16 тыс. детей по вышеупомянутой программе «14 ВЗН». Фонд закупает препараты для 60 орфанных заболеваний. «Такого нет ни в одной стране мира», – заявил Ткаченко. Решение о закупках принимает экспертный совет, куда входит 27 экспертов и руководителей федеральных центров. Новые

## Дискуссии

# Пирамида несправедливости

В Москве прошёл V Всероссийский форум по орфанным заболеваниям



Президиум форума

предложения рассматриваются еженедельно. Создание запаса препаратов позволяет назначать их сразу после постановки диагноза. Закупка непосредственно у производителя позволила почти вдвое снизить цены и сэкономить в 2022 г. 11 млрд руб. Всего потрачено 103 млрд руб. (средства получены за счёт повышения ставки налогообложения). Одновременно с лечением детям требуется реабилитация, которую фонд также обеспечивает.

Если проблема оказания помощи детям с орфанными заболеваниями в РФ почти решена, то этого нельзя сказать о взрослых больных. «Пара месяцев без лекарственной поддержки может перечеркнуть все заслуги «Круга добра», – отметил Юрий Жулёв. Как сказал в своем приветствии сенатор Владимир Круглый, необходима стратегия оказания помощи орфанным больным, осо-

бенно в регионах. Лекарственное обеспечение взрослых привязано к группе инвалидности, а сейчас благодаря успехам терапии такие больные инвалидами не являются.

Научный руководитель НМИЦ детской гематологии, онкологии и иммунологии им. Дмитрия Рогачева и депутат Госдумы РФ академик РАН Александр Румянцев в качестве первоочередной задачи назвал создание регистров орфанных заболеваний. «Мы находимся в новом медицинском измерении», – отметил он. – С появлением генетических маркеров для каждого заболевания рушатся прежние представления. Выявляются люди с генетическими нарушениями без симптомов, которые нуждаются в пожизненном лечении, чтобы предотвратить появление клинических нарушений».

Успешности терапии определяется ранней диагностикой. Директор Департамента медицинской

помощи детям, службы родовспоможения и общественного здоровья Минздрава России Елена Шешко отметила, что в стране сформирована уникальная система пренатальной и неонатальной диагностики. С января 2023 г. неонатальный скрининг расширен с 5 до 36 нозологий. В нескольких регионах были организованы орфанные центры. Лечение не должно ограничиваться назначением лекарств. В 2023 г. в Подольске открывается реабилитационный центр на 200 коек, строятся федеральные реабилитационные центры в Евпатории и Новосибирске. Прозвучала критика частных благотворительных фондов, которые «собирают деньги на ненужное лечение».

Единственным референс-центром в стране по неонатальному скринингу является Медико-генетический научный центр им. Н.П.Бочкова (МГНЦ) в Москве. Главный врач МГНЦ Сергей Во-

ронин рассказал о «пирамиде несправедливости» при неонатальном скрининге – чем дальше от Москвы, тем меньше возможностей для скрининга. Врачи-генетики есть не во всех субъектах РФ.

Профессор Екатерина Захарова (МГНЦ) констатировала, что разные редкие заболевания входят в разные государственные программы, тогда как «доступ к лекарственным средствам должен быть равным независимо от болезни». Перечень орфанных болезней должен быть обновлён. Нужны критерии для перевода больных с регионального уровня оказания помощи на федеральный. «Необходимо разорвать порочный круг, когда больные с редкими заболеваниями могут получить бесплатную помощь, только если они являются инвалидами», – подчеркнула она. Назначаемые лекарства должны быть в Перечне жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов. Отсутствуют федеральные центры по орфанным заболеваниям у взрослых. В регионах не налажена маршрутизация больных с редкими заболеваниями, нарушено взаимодействие между федеральными и региональными центрами. Профессор Захарова предлагает закрепить определенные заболевания за конкретными центрами и создать орфанные центры в регионах на функциональной основе. Предлагается обследовать детей на маркеры при проведении диспансеризации и формировать у педиатров и терапевтов орфанную настороженность (аналогично онкологической настороженности).

«Итоги экспертной работы лягут в основу резолюции Всероссийского форума по орфанным заболеваниям, которая станет основным документом для диалога власти и пациентского сообщества на ближайший год», – заявил Ян Власов.

Болеслав ЛИХТЕРМАН.

Москва.

## Проблемы и решения

В мире ведутся клинические испытания препаратов, направленных на коррекцию проявления аутистических расстройств у детей. Однако сложно прогнозировать эффективность их применения конкретно для каждого ребёнка. Причина – разнообразие генетических и средовых факторов, которые обуславливают развитие расстройств аутистического спектра (РАС) и их симптомов. Это сильно затрудняет как диагностику отдельных подтипов аутизма, так и их лечение.

Можно ли преодолеть такую проблему? Оказывается, можно. Учёные Московского государственного психолого-педагогического университета пришли к выводу, что методика электро – или магнитной энцефалографии позволяет выделить целевые группы пациентов с РАС для назначения той или иной лекарственной терапии, а также контролировать её эффективность.

Вывод сделан по итогам исследования, в ходе которого столичные нейрофизиологи обнаружили один из биомаркёров аутизма. Они выяснили, что у детей с аутизмом, которым трудно определять направление движения мелких объектов, нарушена работа тормозных нейронов зрительной коры мозга. Вероятно, недостаточная тормозящая активность характерна для подтипа РАС, который сопровождается

# Терапия РАС: из пушки по воробьям?

ется определёнными сенсорными нарушениями.

Соответственно, лечение пациентов с таким подтипом аутизма должно быть направлено именно на компенсацию нарушенной работы тормозных нейронов зрительной коры головного мозга. Попытки лечить всех больных РАС одними и теми же препаратами будут заведомо бессмысленны. Ведь, как напомнила ведущий научный сотрудник МГППУ кандидат психологических наук Елена Орехова, для всех детей с аутизмом характерны проблемы с социализацией и коммуникацией, а вот другие их особенности могут существенно различаться. В частности, у них заметно варьируется уровень интеллекта – от серьёзных когнитивных нарушений до высокого IQ. Часть больных РАС страдает задержкой речевого развития, а некоторые, напротив, говорят хорошо. Кроме того, у таких детей часто наблюдаются сенсорные аномалии – нарушения зрительного или слухового восприятия. При этом ребёнок может хорошо видеть и слышать, но его мозг обрабатывает информацию иначе, чем у большинства типично развивающихся детей. Например, он плохо различает ориентацию вертикальных линий,



Исследование с использованием магнитоэнцефалографии

направление движения или, наоборот, воспринимает детали образов, которые не бросаются в глаза обычному человеку.

В исследовании МГППУ приняли участие 42 мальчика с аутистическими расстройствами и 37 с типичным развитием в возрасте от 7 до 15 лет. Испытуемым предложили

определить, в какую сторону перемещается контрастная решётка на экране монитора. Все они успешно справились с заданием, когда визуальный стимул был большого размера, однако некоторые дети с РАС испытали трудности, когда нужно было определить направление движения маленькой решётки.

Вторым этапом мальчикам показывали на экране движущиеся объекты, одновременно следя за активностью их мозга с помощью магнитоэнцефалографии. Примерно у 20% детей с РАС возбуждение нейронов зрительной коры преобладало над процессом торможения, и как раз эти дети часто допускали ошибки, пытаясь определить направление движения мелкого объекта в первом эксперименте. Нарушения зрительного восприятия и дисбаланс нервной активности в зрительной коре, обнаруженные у части детей с РАС в ходе этого исследования, скорее всего, являются биомаркером определённого подтипа аутизма. Таким образом, магнитоэнцефалография позволяет определить активность клеток мозга и получить нейрофизиологические показатели тех или иных нарушений, связанных с аутизмом.

Данная информация, как уже сказано, должна лечь в основу разработки лекарственных препаратов для терапии разных подтипов РАС. Учитывая, что распространённость расстройств аутистического спектра в популяции очень высока, заключение нейрофизиологов о возможности диагностики варианта РАС имеет огромное значение.

Елена СИБИРЦЕВА.

Сколько существует трансплантология, столько мировая наука пытается продлить срок сохранности донорских органов. Условно говоря, способы протекции жизнеспособности изъятых для последующей пересадки сердца, лёгких, печени, почки и т.д. должны отвечать требованию «далеко и долго»: необходимо выйти за нынешние пределы времени, в течение которого возможна транспортировка донорского материала без потери его качества к месту трансплантации.

Большинство исследователей сосредоточены на совершенствовании растворов, используемых для консервации органов. Российские учёные решили пойти принципиально иным путём: они сконцентрировались на поиске комплексных технических решений для обеспечения кардиостимуляции, кондиционирования, согревания жидкостей сердца, которое находится внутри транспортно-контейнера.

### Лучше больше, чем меньше

Группа специалистов из НМИЦ им. Е.Н.Мешалкина Минздрава России, Новосибирского государственного медицинского университета, Института цитологии и генетики, Института теоретической и прикладной механики им. С.А.Христиановича Сибирского отделения РАН приступила к реализации научного проекта, значение которого для трансплантологии безмерно. Речь идёт о создании технологии длительного нормотермического кондиционирования донорского сердца либо комплекса «сердце – лёгкие» и автономного транспортного контейнера для их транспортировки. Учитывая актуальность решаемой проблемы, инициативу сибирских исследователей поддержал Российский научный фонд, выделив финансирование на проведение научно-технического поиска и разработку экспериментальных решений.

В случае успешного завершения работы станет возможным кратно увеличить количество трансплантации сердца, особенно в такой огромной стране, как наша.

С развитием трансплантологии менялись подходы к отбору потенциальных доноров, к изъятию и консервации донорского материала, к технике выполнения самой операции пересадки органа. Одним из важнейших рынков стала разработка протокола констатации смерти мозга. Далее, появилась возможность забирать орган в одной клинике и пересаживать его реципиенту, который находится не просто в другой клинике, но даже в другом регионе. Благодаря этому постепенно увеличивалось число реципиентов, получивших донорский орган. Но к настоящему времени весь имеющийся технологический ресурс уже задействован, при этом трансплантологи не могут задействовать большое количество донорских органов, например, когда потенциальный донор находится в лечебном учреждении на территории Дальнего Востока, а реципиент – в трансплантологическом центре одного из западных регионов страны.

### Преодоление

# Самый важный груз

Необходим контейнер для перевозки «жизни» на большие расстояния

– К сожалению, из-за больших расстояний и длительности перелётов от использования значительной части донорского материала приходится отказываться, несмотря на огромную потребность в медицине. Причина в том, что из-за недостатков используемых методов фармакологической консервации донорских органов мы ограничены во времени, в течение которого можно безопасно их транспортировать. Разработка способа, который позволит длительно сохранять орган вне тела и перевозить его на очень большие расстояния позволит задействовать донорские базы в отдалённых регионах, то есть значительно эффективнее использовать донорский резерв, – поясняет один из авторов проекта, научный сотрудник отдела хирургии аорты, коронарных и периферических артерий Института патологии кровообращения НМИЦ им. Е.Н.Мешалкина Максим Жульков.

### В естественной среде

Ещё раз подчеркнём, что именно дефицит донорских сердец – самая большая проблема в оказании помощи пациентам с терминальной стадией сердечной недостаточности. Около 70% потенциальных донорских органов даже не рассматривается для пересадки из-за невозможности вовремя доставить их реципиенту, поскольку период безопасной консервации «выключенного» сердца в пакете со льдом и раствором сегодня составляет всего 4 часа.

Вот почему идея сибирских учёных заключается не в создании очередного супер-консерванта, а в принципиально новом способе изъятия и сохранения работающего комплекса «сердце – лёгкие». Специальный автономный кузов, внутри которого будет перевозиться органокомплекс, должен обеспечивать продолжение электрической активности сердца и искусственную вентиляцию лёгких, поддерживать гемостаз и функциональный статус донорского органа до 12 часов. Таким образом, при необходимости станет возможной транспортировка донорского материала, призванного спасти чью-то жизнь, через все часовые пояса Российской Федерации с востока на запад или в обратном направлении. По словам М.Жулькова, интерес к этой теме возник не внезапно и не только у него и его коллег. Анализ мировой научной литературы за многие годы показал некоторые удивительные идеи, родившиеся в умах учёных ещё несколько десятилетий назад, но так и не реализованные. В частности, в начале 1960-х годов предлагалось проводить консервацию донорского сердца ex vivo путём нагнетания



в коронарное русло увлажнённого газообразного кислорода – так называемый метод кислородной персфуляции. Оперирующие хирурги и тогда, и сегодня воспринимают это предложение скептически, ведь одно из самых страшных осложнений – как раз эмболия сосудов из-за попадания в них воздуха. Однако в отношении донорских органов, подчёркивает мой собеседник, это вовсе не катастрофа, напротив, при соблюдении определённого режима персфуляции они могут быть длительно сохранены.

– Таким образом, постепенно перепроверив данные об эффективности всех когда-либо предложенных методик обеспечения сохранности донорских органов, мы пришли к выводу, что ничего лучше, чем создание для их транспортировки условий, наиболее близких к тем, которые есть в человеческом организме, быть не может. Орган должен быть не в холоде, как мы привыкли, а в тепле, он должен кровоснабжаться либо собственной кровью, либо растворами-кровезаменителями. В итоге появилось предложение задействовать методику аутоперфузии, когда после изъятия комплекса «сердце – лёгкие» из тела донора наша задача – поддержать состав крови, температуру в кувете и смоделировать положение органов в нём таким образом, чтобы всё максимально соответствовало естественным физиологическим условиям внутри человека. По такому пути мы должны пойти, чтобы реализовать концепцию естественного дожития органа вне тела до момента его трансплантации реципиенту, – продолжает М.Жульков.

Авторы проекта подчёркивают, что это вовсе никакое не открытие, а просто логичный вывод: если, являясь естественным биоконтейнером, человек живёт до глубокой старости, при этом путешествует на большие расстояния, и его внутренние органы не страдают от этого, то что мешало создать упрощённый аналог такого биоконтейнера для перевозки донорского сердца и лёгких?

### Живой, а не выключенный

До сих пор едва ли не главным условием сохранности донорского органа при транспортировке считалось тщательное соблюдение холодовой цепи. И вдруг прямо противоположная задача – обеспечение тепла, аналогичного температуре внутри человеческого тела.

– Один из недостатков нынешних методов хранения донорских органов – именно холодовая ишемия. Действительно, гипотермия оказывает защитное действие, но в определённых физиологических пределах. Последняя фраза принципиально важна. Можно промыть сердце от крови, ввести в него кардиоплегический консервирующий раствор, погрузить в лёд и в течение 4 часов безопасно доставить до нужного места на карте одной страны и даже в другую страну, если речь идёт о Европе с её малыми расстояниями. А что будет, если нам требуется больше времени на то, чтобы доставить донорский орган в ту клинику, где находится реципиент? После 4 часов пребывания в условиях гипотермии повышается риск дисфункции органа, нарушения метаболизма миокарда, повреждения на этапе реперфузии при выполнении трансплантации и отторжения сердца в течение года после пересадки. Чтобы не допускать реализации этих рисков, необходимо поддерживать физиологичные, а вовсе не экстремальные условия при транспортировке комплекса «сердце – лёгкие», – комментирует М.Жульков.

Но коль скоро в естественном биоконтейнере, каким является человеческий организм, органы находятся не в выключенном, а в постоянно работающем состоянии, каким образом можно обеспечить их длительную функциональную сохранность вне тела? Не раскрывая всех подробностей разрабатываемой технологии, эксперт уточняет, что авторы проекта отказались от идеи сконструировать

высокотратный транспортировочный контейнер, который представляет собой одновременно портативный аппарат искусственного кровообращения и искусственной вентиляции лёгких. Вместо этого они хотят сделать так, чтобы изъятые и подготовленные к транспортировке органы не прерывали своё функционирование на пути от донорской базы до трансплантологического центра и тем самым обеспечивали свою сохранность.

– Никакой обработки специальными растворами не предполагается, мы используем в качестве питательной среды собственную кровь донора. Единственное, что потребуются, – восполнять неизбежные потери глюкозы, жирных кислот и других питательных веществ. Также необходимо будет во время перевозки кувеза с комплексом «сердце – лёгкие» следить за газовым составом крови, чтобы лёгкие, которые вентилируются мини-аппаратом ИВЛ, качественно оксигенировали кровь и тем самым поддерживали «качество» сердца. Следующее условие – поддерживать заданный температурный режим, поскольку он определяет активность метаболизма и вообще функцию органов. При этом мы должны продумать систему перехода к используемому в настоящее время способу консервации – охлаждению донорского органа в случае нештатной ситуации. То есть возможность конверсии от нового к традиционному методу транспортировки донорских органов также должна быть предусмотрена, – отмечает М.Жульков.

Наконец, немаловажное условие, стоящее перед российскими разработчиками, – габариты контейнера для транспортировки донорского сердца или комплекса «сердце – лёгкие» должны соответствовать определённым требованиям авиатранспорта. Предварительно инженеры говорят, что есть возможность сконструировать транспортный модуль, в котором разместятся оборудование для обеспечения согревания и оксигенации, резервуар для хранения крови, питающей донорский орган, и собственно сам кувез для сердца и лёгких, в пределах размеров бортовой авиационной тележки.

Срок реализации научного проекта – 2 года. За это время учёные должны не просто досконально продумать и обосновать технологию, но и экспериментально её отработать, провести оценку эффективности и безопасности предложенного ими метода транспортировки донорских органов в сравнении с существующим, а также представить опытный образец конструкции модуля.

Елена БУШ,  
обозреватель «МГ».

### Акценты

В томском НИИ онкологии провели оценку 14-летней эффективности вакцинации против вируса папилломы человека (ВПЧ) по материалам наблюдений 500 женщин, которые были привиты в возрасте 9–26 лет. Это первое исследование эффективности вакцинопрофилактики ВПЧ, выполненное в Российской Федерации.

По информации заведующей отделением гинекологии томского НИИ онкологии доктора медицинских наук Ларисы Коломиец, в указанной группе вакцинированных женщин не зарегистрировано ни одного случая заболевания раком шейки матки, при том что ас-

## Какие ещё нужны доказательства?

социированность ВПЧ и РШМ давно доказана, а пик заболеваемости этой формой рака приходится как раз на возраст 20–40 лет. Иными словами, статистическая вероятность заболеть у части пациенток из этой когорты была. Но она не реализовалась именно благодаря стопроцентной иммунной защите, которая достигается вакцинацией, уверены онкологи. Причём речь идёт не о каком-то конкретном вакцинном препарате, а о важности прививки вообще.

Примечательно, что и онкологи, и гинекологи, и педиатры, и вирусологи уже много лет в один голос говорят о необходимости включить вакцинацию от ВПЧ в Национальный календарь профилактических прививок, однако такое решение Минздравом России до сих пор не принято, вроде бы, назначенный срок ожидания – 2026 г.

В то же время в Томской области в период с 2008 по 2013 г. была реализована первая и единственная на территории Сибири и Дальнего Востока программа профилактики рака шейки матки путём вакцинации против вируса

папилломы человека. Инициатором её как раз выступил Институт онкологии. Законодательная Дума Томской области и администрация региона тогда поддержали учёных и заложили расходы на бесплатную вакцинацию в бюджет территории.

– В 2013 г. бесплатная вакцинация закончилась, и на протяжении многих лет мы обращались к органам власти с инициативой возобновить эту социально значимую программу. Наконец, в 2022 г. был получен положительный ответ и вакцинация возобновилась. В группу подлежащих вакцинации за счёт

бюджета вошли девочки-подростки из социально незащищённых категорий: ВИЧ-инфицированные, оставшиеся без попечения родителей, дети из многодетных семей, а также имеющие отягощённый семейный онкологический анамнез, – говорит Л.Коломиец.

В минувшем году в регионе по данной программе бесплатно привили от ВПЧ 1027 девочек-подростков, в нынешнем году планируется вакцинировать такое же число.

Елена ЮРИНА,  
Томск.

# КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 16 (2376)

**Острый гепатит А (ГА) – острая вирусная инфекционная болезнь, характеризующаяся циклическим доброкачественным течением, проявляющаяся в типичных случаях общим недомоганием, повышенной утомляемостью, анорексией, тошнотой, рвотой, иногда желтухой (тёмная моча, обесцвеченный стул), пожелтение склер и кожных покровов) и обычно сопровождающаяся повышением активности аминотрансфераз сыворотки крови.**

## Этиология и патогенез

Возбудителем заболевания является РНК-содержащий вирус гепатита А (ВГА). ВГА таксономически принадлежит к семейству Picornaviridae роду Hepatovirus.

По своим размерам (27-32 нм в диаметре) является мелким РНК-содержащим вирусом. Геном ВГА составляет 5-7 кб в длину. Поверхность вируса состоит из 32 капсомеров величиной 8-12 нм. Капсид ВГА не имеет внешней оболочки и сердцевинного компонента в составе вириона. Как и у других представителей семейства, геном ВГА представлен тремя функциональными участками – Р1, Р2 и Р3. Участок Р1 кодирует четыре капсидных полипептида (VP1, VP2, VP3 и VP4) с молекулярными массами: 30-33 000, 24-27 000, 21-23 000 и 7-14 000 соответственно. Участки Р2 и Р3 кодируют неструктурные полипептиды, необходимые для вирусной репликации.

Исследования разных авторов доказали, что вирус имеет только один вирус специфический антиген белковой природы. В настоящее время известно множество штаммов вируса, выделенных на различных территориях. Все они имеют высокую степень антигенного родства, определяющего наличие одного серотипа вируса.

Выделено 6 генотипов вируса: 1, 2, 3 изолированы от больных людей; 4, 5 и 6 – от обезьян Старого Света, которые не инфекционны для человека. В различных географических регионах циркулируют различные генотипы.

ВГА относится к числу наиболее устойчивых к факторам внешней среды вирусов человека, он способен длительно сохраняться в воде, пищевых продуктах, сточных водах, на различных объектах внешней среды в течение нескольких месяцев в температурном диапазоне от +4 до +20°C. Инактивация может осуществляться кипячением, автоклавированием (+121°C, 20 мин), сухожаровой обработкой. Высокоустойчив к изменениям pH (стабилен при pH 3,0-9,0). Погибает при воздействии дезинфицирующих средств: растворами хлорной извести при концентрации остаточного хлора 2,0-2,5 мг/л в течение 15 мин, раствором формальдегида в течение 30 минут. Вирус высокоустойчив к УФО.

В подавляющем большинстве случаев (около 95%) ВГА внедряется в организм человека через рот и далее попадает в желудок. Будучи кислотоустойчивым, вирус легко преодолевает желудочный барьер, поступает в тонкую кишку, всасывается в кровь и по системе воротной вены достигает печени, в клетках которой осуществляется его репликация. На мембране гепатоцитов есть соответствующие вирусу рецепторы, к которым он прикрепляется и проникает внутрь печёночной клетки. В цитоплазме гепатоцита происходит декапсидация вируса, высвобождается вирусная РНК и начинается её транскрипция. Вирусные белки синтезируются и собираются в новые капсиды, причём каждый из которых содержит дочерние молекулы РНК. Часть вновь образованных вирусных частиц поступает с желчью в фекалии и выделяется из организма, другая инфицирует соседние гепатоциты.

Ранее считалось, что ВГА является классическим цитопатическим вирусом, обладающим прямым цитопатогенным действием, приводя к некрозу гепатоцитов. Однако в 1990-е годы эта концепция была опровергнута. Оказалось, что длительная репликация ВГА в культуре клеток не сопровождается цитоллизом гепатоцитов. В настоящее время полагают, что поражение печени при ГА обусловлено не столько самим вирусом, сколько клеточными иммунными реакциями человека. Цитотоксические Т-клетки распознают и лизируют инфицированные гепатоциты. Кроме того, Т-лимфоциты продуцируют  $\gamma$ -интерферон, запуская целый ряд иммунных реакций. Высвобождение вируса проис-

ходит в значительной степени в следствии иммунологически опосредованного разрушения печёночных клеток. В результате цитоллиза гепатоцитов вирус и его «обломки» поступают в кровь, то есть имеет место фаза вторичной вирусемии.

ВГА является высокоиммуногенным вирусом: одновременно с клеточным активизируется и гуморальный компонент иммунной системы, накапливаются вируснейтрализующие антитела. Благодаря быстрому и интенсивному иммунному ответу репликация вируса блокируется, а его дальнейшее внедрение в неинфицированные гепатоциты ограничивается. В результате сочетанного действия всех звеньев иммунной системы,

как правило, уже через несколько недель организм освобождается от ВГА. Вирус не остаётся надолго ни в крови, ни в печени, поэтому при ГА нет ни длительного вирусонительства, ни хронических форм. Адекватностью защитной иммунной реакции при ГА объясняются сравнительно лёгкое его течение, исключительная редкость фульминантной формы с летальным исходом и полное выздоровление.

Имеющиеся в настоящее время сведения о патогенезе ГА позволяют трактовать это заболевание как острое, в большинстве случаев доброкачественное с самолимитирующим течением.

Иммунитет после перенесённого ГА прочный и длительный, практически пожизненный.

## Эпидемиология

ГА – строгий антропоноз, единственным источником (резервуаром) возбудителя инфекции является человек. Вирус выделяется больными с различными формами заболевания. При манифестном варианте течения заболевания вирус выделяется с фекалиями наиболее интенсивно уже в конце инкубационного, в течение всего продромального (преджелтушного) и в первую неделю желтушного периодов. ВГА обладает высокой инфекционностью, для заражения гепатитом А достаточно всего нескольких вирусных частиц.

ГА – типичная кишечная инфекции с фекально-оральным механизмом передачи возбудителя. Пути передачи: водный, алиментарный и контактно-бытовой. Факторами передачи, как при всех кишечных инфекциях, являются различные пищевые продукты (в том числе морепродукты, замороженные овощи и фрукты), не подвергающиеся термической обработке, а также контаминированная вирусом вода и различные предметы, загрязнённые фекалиями больного, в том числе и грязные руки. Крупные вспышки ГА связаны с загрязнением фекалиями водоёмов, являющихся источником водоснабжения, или с попаданием сточных вод в водопроводную сеть. Употребление в пищу сырых овощей или моллюсков также может являться фактором риска заражения в эндемичных районах. Длительная вирусемия (в среднем до 5 недель), наблюдающаяся при ГА, является причиной реализации неестественной парентеральной передачи вируса ГА, особенно в среде лиц, использующих внутривенное введение психотропных препаратов.

По данным ВОЗ (2012), в мире ежегодно регистрируется 1,4 млн случаев заболевания. Причём при оценке широты распространения необходимо помнить, что на один случай заболевания, протекающего манифестно, приходится, как минимум пять – десять случаев, протекающих без клинических проявлений, которые обычно не регистрируются.

В России ГА сохраняет важное социально-экономическое значение, остаётся распространённым, стойко занимая в этиологической структуре острых вирусных гепатитов доминирующее положение. Рост актуальности проблемы ГА в последние десятилетия определяет появление большой когорты взрослого населения, не имеющей в крови антител к вирусу.

Заболеваемость ГА в Российской Федерации (РФ) с 2009 по 2020 г. снизилась

практически в 3,8 раза (с 7,3 до 1,9 на 100 тыс. населения). Минимальный показатель был зарегистрирован в 2020 г. и составил 1,9 на 100 тыс. населения.

Необходимо отметить, что общая тенденция к снижению заболеваемости ГА наблюдается как у взрослых, так и у детей. В 2018 г. у детей до 14 лет отмечен самый низкий показатель заболеваемости, составивший 4,7 на 100 тыс. населения. Однако, как и прежде, показатель заболеваемости у детей превышал таковой для всего населения – 2,9 на 100 тыс. населения (2019).

В субъектах РФ (2018-2020) зарегистрировано 25 эпидемических очагов ГА разной интенсивности, с общим числом пострадавших 628 человек. В 2018 и 2020 гг. в РФ крупных вспышек не было зарегистрировано, а в 2019 г. зарегистрировано три крупные вспышки ГА (50 и более человек) с общим числом пострадавших 328 человека, из них детей до 14 лет – 116 человек. Доля детей во вспышечной заболеваемости в среднем составила 35,4%. В 2019 г. вспышки зарегистрированы в – Пермском крае, республиках Татарстан и Алтай.

# Острый гепатит А у взрослых

В России ГА является заболеванием, которое может быть, как аутохтонным, так и завозным. Особое внимание необходимо обращать на пациентов, прибывших из эндемичных регионов. Изучение генетического разнообразия изолятов ГА способствует расследованию очагов ГА и выявлению источника инфекции, установлению эпидемиологической связи между различными случаями заболевания и идентификации завозных случаев инфекции.

## Клиническая картина

Длительность инкубационного периода составляет от 15 до 30 дней (минимум – 7, максимум – 50 дней), в среднем – 20 дней.

Манифестные формы ГА протекают циклически, с различной степенью тяжести: лёгкая, средняя и тяжёлая.

Продромальный (преджелтушный) период: длительность – от 4 до 7 дней, характеризуется гриппоподобным, реже диспепсическим или астеновегетативным вариантами клинических проявлений. Гриппоподобный вариант: острое начало, температура тела быстро повышается до 38-39°C, часто с ознобом, и держится на этих уровнях 2-3 дня. Пациенты предъявляют жалобы на головную боль, ломоту в мышцах и суставах. Иногда появляются катаральные симптомы – насморк и болезненные ощущения в ротоглотке. Диспепсический вариант: снижение или исчезновение аппетита, боли и тяжесть в подложечной области или правом подреберье, тошнота и рвота. Возможна диарея (стул до 2-5 раз в сутки). Астеновегетативный вариант: постепенное начало, температура тела остаётся нормальной. Преобладает слабость, снижается работоспособность, появляются раздражительность, сонливость, головная боль, головокружение. Смешанный вариант характеризуется признаками нескольких синдромов. При пальпации органов брюшной полости отмечаются увеличение, уплотнение и повышение чувствительности печени, а нередко и увеличение селезёнки. В конце преджелтушного периода (за 2-3 дня до появления желтушности склер и кожных покровов) больные замечают потемнение, а испражнения становятся более светлыми (гипохолемичными).

Период разгара (желтушный период) проявляется желтушностью склер, слизистых оболочек ротоглотки, а затем кожи. Интенсивность желтухи нарастает быстро и в большинстве случаев уже в ближайшую неделю достигает своего максимума. Цвет мочи становится всё более тёмным, испражнения – бесцветными. С появлением желтухи симптомы преджелтушного периода становятся менее выраженными и у значительной части больных исчезают, при этом дольше всего сохраняются общая слабость и снижение аппетита, иногда – чувство тяжести в правом подреберье. Температура тела в желтушном периоде обычно нормальная. При обследовании больного можно выявить увеличение, уплотнение и повышение чувствительности края печени. У 15-50% больных в положении на правом боку пальпируется край селезёнки. Артериальное давление нормальное или несколько снижено. Первый тон сердца на верхушке ослаблен. В крови повышено содержание общего билирубина, главным образом за счёт прямого (связанного), резко нарастает активность аминотрансфераз, особенно аланинаминотрансферазы (АлАТ), снижен

протромбиновый индекс (ПТИ). Характерны гематологические сдвиги: лейкопения, нейтропения, относительный лимфо- и моноцитоз, нормальная или замедленная скорость оседания эритроцитов (СОЭ). Выраженное снижение концентрации билирубина крови происходит чаще всего на 2-й неделе желтухи. Одновременно наблюдается снижение активности аминотрансфераз. К 20-25-му дню с момента появления желтухи эти показатели обычно достигают нормы.

Период реконвалесценции: улучшение общего состояния, ослабление симптомов нарушения пигментного обмена, наступает «пигментный криз». Уменьшается желтушность кожи и слизистых оболочек, светлеет моча, испражнения приобретают обычную окраску, появляется чёткая тенденция к нормализации биохимических показателей и прежде всего билирубина и протромбина. Период реконвалесценции длится около 2-3 месяцев. Общее состояние больных хорошее. Клинические проявления отсутствуют, изредка возможно появление тошноты, болей в животе. Возможны явления астении. Печень длительное время может

быть увеличенной, слегка болезненной. При лабораторной диагностике периодические выявляются диспротеинемия, небольшое увеличение уровня печёночных ферментов.

Осложнения ГА возникают крайне редко. Возможны сохранение в период реконвалесценции гепатомегалии за счёт фиброза печени, а также поражение жёлчевыводящих путей, чаще в форме дискинезии. Также возможны внепечёночные проявления в виде редких случаев острого рассеянного энцефаломиелита, миелита, острой моторной и сенсорной невропатии, менингоэнцефалита, острого холестатического синдрома, холестита, панкреатита, крапивницы, плеврального выпота или асцита, острого гломерулонефрита или почечной недостаточности, гемофагоцитарного лимфогистиоцитоза и рабдомиолиза.

Лёгкая форма характеризуется удовлетворительным состоянием пациента в разгаре заболевания, быстрым исчезновением желтушности кожных покровов (через 2-3 недели), быстрой нормализацией активности АлАТ (в течение месяца). Билирубинемия не превышает 100 мкмоль/л, а ПТИ составляет более 60%. В случаях, когда по основным клинико-лабораторным показателям состояние больного только 2-3 дня оценивалось как среднетяжёлое, а в остальные дни обозначалось как удовлетворительное, и гепатит приобрёл лёгкое течение, более обоснованно относить эту форму заболевания к лёгкой.

Среднетяжёлая форма характеризуется удовлетворительным состоянием пациента в период разгара болезни, длительностью желтушности кожи до 3-4 недели и повышенной активностью АлАТ до 1,5 месяцев. Состояние средней тяжести характеризуется симптомами интоксикации (анорексия, слабость, нарушение сна, тошнота, рвота и др.), умеренным увеличением печени. Билирубинемия колеблется от 100 до 200 мкмоль/л, ПТИ – от 50 до 60%. В случаях, когда по основным клинико-лабораторным показателям состояние больного определяется как лёгкое, однако нормализация активности АлАТ происходит более 1 месяца, заболевание следует расценивать как среднетяжёлое. С другой стороны, если в самый разгар болезни основные клинико-лабораторные показатели соответствуют тяжёлому состоянию больного, но при быстром течении желтушного периода, продолжающегося до 20 дней, и нормализации активности АлАТ в течение 30 дней, также более обоснованно относить данную форму гепатита к среднетяжёлой.

При тяжёлой форме в разгаре заболевания длительность желтухи превышает 4 недели, повышение активности АлАТ – более 1,5 месяцев. Тяжесть состояния больного определяется на основании оценки и сопоставления клинических и лабораторных показателей. При тяжёлом состоянии больного симптомы интоксикации выражены более резко. Отмечается нарастающая общая слабость, сонливость, головокружение, анорексия вплоть до отвращения к пище, повторная рвота, яркая желтушность кожи, геморрагический синдром и т. д. Билирубинемия превышает 200 мкмоль/л, протромбиновый индекс составляет менее 50%. Если тяжесть состояния больного определяется как среднетяжёлое, однако нормализация активности АлАТ происходит более 1,5 месяцев, заболевание следует расценивать как тяжёлое.

(Окончание следует.)

(Окончание. Начало в № 17 от 05.05.2023.)

Пациентам с хроническим гастритом и симптомами диспепсии (особенно такими, как боль и жжение в эпигастрии), в том числе в сочетании с функциональной диспепсией, в качестве симптоматического лечения рекомендуется проведение терапии ингибиторами протонного насоса.

Гиперчувствительность к кислоте, снижение клиренса двенадцатиперстной кишки и изменение перистальтики желудка, индуцированное кислым рефлюксом из двенадцатиперстной кишки, служат обоснованием назначения кислотосупрессивной терапии при функциональной диспепсии, особенно при синдроме эпигастриальной боли.

Пациентам с хроническим гастритом и симптомами диспепсии (особенно такими, как переполнение в эпигастрии и раннее насыщение), в том числе в сочетании с функциональной диспепсией, в качестве симптоматического лечения рекомендуется проведение терапии препаратами, обладающими прокинетическим эффектом.

Тримебутин – средство, действующее на энцефалинергическую систему желудочно-кишечного тракта, и таким образом, нормализующее его моторику, в РКИ продемонстрировал высокую эффективность для купирования таких симптомов диспепсии, как тяжесть после еды, быстрое насыщение, абдоминальная боль у пациентов с ФД, а также у пациентов с ФД в сочетании с синдромом раздражённого кишечника. Способность тримебутина купировать симптомы диспепсии подтверждена в масштабных проспективных неинтервенционных исследованиях, проведённых в РФ, общее число участников которых составило 4533 человека. Сцинтиграфия с коллоидной полутвёрдой пищей, меченой <sup>99m</sup>Tc-Tip, показала, что он нормализует опорожнение желудка. По данным сетевого метаанализа, посвящённого оценке препаратов с прокинетическим действием при функциональной диспепсии, тримебутин продемонстрировал сопоставимую с метоклопрамидом и домперидоном эффективность по показателю поверхности под кумулятивной кривой распределения (sur faceunderthecumulative ranking curve – SUCRA). При этом его безопасность по данным метаанализов не отличалась от плацебо.

Итоприд по механизму действия одновременно является антагонистом дофаминовых рецепторов и блоком ацетилхолинэстеразы. Препарат активирует освобождение ацетилхолина и препятствует его деградации. Результаты крупного РКИ свидетельствовали о том, что через 8 недель лечения клинические симптомы диспепсии полностью исчезли или значительно уменьшились их выраженность у 57, 59 и 64% больных, получавших итоприд (соответственно в дозах 50, 100 и 200 мг 3 раза в сутки), что достоверно превышало эффект плацебо (41%). Эффективность итоприда подтверждена и в других исследованиях, проведённых в том числе в России. Метаанализ 9 РКИ, включивших 2620 больных с ФД, свидетельствовал о достоверно более высокой эффективности итоприда в отношении улучшения общего состояния, уменьшения тяжести в эпигастриальной области после еды и раннего насыщения. Частота возникновения побочных эффектов была одинаковой в группах итоприда и плацебо.

Домперидон, по механизму действия являющийся антагонистом дофаминовых рецепторов, в метаанализе продемонстрировал эффективность в уменьшении симптомов диспепсии (ОР 7,0 (95% CI 3,6-16)). Однако такие нежелательные явления, как увеличение интервала Q-T и связанный с этим риск возникновения нарушенного ритма сердца (особенно при одновременном приёме препаратов, метаболизирующихся, как и домперидон, с помощью системы CYP3A4), привели к ограничению показаний к назначению домперидона и продолжительности лечения. В этой связи интерес представляет комбинированный препарат – Домперидон+Омепразол (фиксированная комбинация омепразола 20 мг и домперидона модифицированного высвобождения 30 мг). Клиническая эффективность обеспечивается потенцированием действия препаратов разных фармакологических групп, высоким комплексом (однократный приём в течение суток). Домперидон с модифицированным высвобождением позволяет принимать препарат один раз в день вместо трёхразового приёма. При этом отсутствуют пиковые значения концентраций домперидона, возможные при использовании его обычных лекарственных форм, что снижает вероятность проявления нежелательных дозозависимых явлений. Концентрация домперидона в плазме крови на фоне применения фиксированной комбинации омепразола 20 мг с домперидоном модифицированного высвобождения 30 мг не выходит за пределы однократной дозы 10 мг, что позволяет назначать препарат для курсового лечения симптомов диспепсии.

# Гастрит и дуоденит

Пациентам с хроническим гастритом и симптомами диспепсии для купирования этих симптомов рекомендуется лечение ребамипидом (100 мг 3 раза в сутки в течение 2-4 недель, при необходимости 8 недель) как в монотерапии, так и в составе комплексного лечения.

Согласно метаанализу 17 РКИ ребамипид достоверно уменьшает симптомы диспепсии не только при функциональной диспепсии, но и при гастрите, индуцированном НПВП.

## Эндоскопическое лечение

Пациентам с хроническим гастритом при обнаружении эндоскопически видимых патологических участков дисплазии низкой или высокой степени, а также раннего рака показано определение стадии процесса и соответствующее лечение, в том числе, эндоскопическая резекция единым блоком.

Дисплазия эпителия представляет собой гистологически однозначный неопластический эпителий (клеточный атипизм, нарушение гистеоархитектоники) без достоверных признаков инвазии и служит предпоследней стадией канцерогенеза желудка. При наблюдении за пациентами с дисплазией высокой степени в течение 4-48 месяцев доля пациентов с развитием рака или метакронным раком составила 60-85%; при наблюдении за пациентами с дисплазией низкой степени в течение 10-48 месяцев развитие рака наблюдалось в 0-23% случаев. Метаанализ показывает, что при проведении биопсии при дисплазии низкой степени после патолого-анатомического исследования диагноз дисплазии высокой степени устанавливается в 25% случаев, диагноз рака – в 7%. Таким образом, при выявлении патологического участка эпителиальной дисплазии взятие биоптатов малоэффективно для точного диагноза и эндоскопическое лечение служит тактикой выбора.

## Медицинская реабилитация и санаторно-курортное лечение

Пациентам с хроническим гастритом в стадии ремиссии рекомендуется санаторно – курортное лечение.

На санаторно-курортное лечение не направляют пациентов с противопоказаниями к курортному лечению, а также к проведению любых бальнеологических процедур (например, пациенты с болезнью Менетрие, с полипозом желудка и новообразованиями желудка). Следует обязательно учитывать возраст и наличие сопутствующих заболеваний, что определяет выбор климатического региона. Ведущими методами санаторно-курортного этапа реабилитации служат немедикаментозные: естественные природные факторы (климат, минеральная вода, лечебная грязь), искусственно моделированные природные факторы, кинезотерапия (разнообразные формы и средства ЛФК, медицинский массаж), психотерапия, диетотерапия, фитотерапия и другие. Реабилитация пациентов на санаторном этапе происходит в соответствии с режимами – щадящим, тонизирующим и тренирующим, которые выбираются в зависимости от времени пребывания в санатории, характера заболевания и адаптационных возможностей организма. Больным хроническим гастритом со сниженной секреторной функцией желудка назначают питьевые средне- и высокоминерализованные хлоридно-натриевые, гидрокарбонатные натриевые воды (курорты Бобруйск, Горячий Ключ, Ессентуки, Нальчик, Старая Русса, Усть-Качка, Юрмала и др.). С целью стимуляции секреции желудочного сока и соляной кислоты минеральную воду назначают за 15-20 минут до еды, 3 раза в день. Больным хроническим гастритом с повышенной секреторной функцией желудка назначают питьевые слабо- и среднеминерализованные углекислые гидрокарбонатные натриевые, натриево-кальциевые, сульфатные кальциево-магниево-натриевые воды (Боржоми, Березовские минеральные воды, Дарасун, Железноводск, Ижевские минеральные воды и др.). Минеральную воду назначают за 1-1,5 часа до еды, 3 раза в день.

## Профилактика и диспансерное наблюдение

Всем лицам с наличием инфекции *H. pylori* при отсутствии противопоказаний рекомендуется проведение эрадикационной терапии с целью профилактики рака желудка.

Эрадикация инфекции *H. pylori* признана основным методом профилактики рака желудка, эффективность которого доказа-

на в ряде популяционных исследований и в метаанализах. В метаанализе 7 РКИ, включившем 8323 человека, эрадикация *H. pylori* снизила заболеваемость раком желудка по сравнению с лицами, которые не получали эрадикационную терапию, с показателем относительного риска 0,54 (95% ДИ 0,40 – 0,72; NNT=72), а также смертность от рака желудка с показателем относительного риска 0,61 (95% CI 0,40 – 0,92; NNT=135).

Всем пациентам, которые перенесли эндоскопическую резекцию аденомы/раннего рака желудка, рекомендуется эрадикационная терапия *H. pylori* для профилактики метакронного рака желудка.

Снижение частоты метакронного рака желудка у пациентов после эрадикации *H. pylori* по сравнению с группой с персистенцией инфекции доказано в РКИ и метаанализах. Так, в метаанализе 3 исследований, включившем 1841 пациента с эндоскопической резекцией эпителиальной дисплазии/неоплазии, эрадикационная терапия снизила заболеваемость раком желудка с показателем относительного риска 0,49(95% ДИ 0,34 – 0,70, NNT=21).

Пациентам с выявленной дисплазией слизистой оболочки желудка в отсутствие видимого при эндоскопии отграниченного новообразования рекомендуется незамедлительно выполнить повторное эндоскопическое исследование высокого разрешения с хромоэндоскопией (виртуальной или с использованием красителей). В случае, если при проведении повторного исследования вновь не удаётся выявить отграниченное новообразование, рекомендуется выполнить биопсию для определения стадии гастрита (если это не сделано ранее) и контрольное эндоскопическое исследование не позднее, чем через 6 месяцев (при дисплазии высокой степени), и не позднее, чем через 12 месяцев (при дисплазии низкой степени).

Пациентам со слабой и умеренной степенью атрофии слизистой оболочки, ограниченной только антральной отделом желудка, после успешной эрадикационной терапии *H. pylori* эндоскопическое наблюдение не рекомендуется.

Пациентам с кишечной метаплазией, ограниченной одной анатомической областью, в большинстве случаев не рекомендуется наблюдение, особенно если высококачественное эндоскопическое исследование с биопсией позволило исключить выраженные стадии атрофического гастрита. Однако при наличии у таких пациентов отягощённого по раку желудка семейного анамнеза, неполной кишечной метаплазии, персистенции инфекции *H. pylori* им рекомендуется эндоскопическое наблюдение с хромоэндоскопией и прицельной биопсией 1 раз в 3 года.

Пациентам с выраженным атрофическим гастритом (выраженная атрофия и/или кишечная метаплазия и в теле, и в антральном отделе желудка – OLGA/OLGIM III/IV) рекомендуется высококачественное эндоскопическое наблюдение каждые 3 года. Пациентам с выраженным атрофическим гастритом с отягощённым наследственным анамнезом по раку желудка рекомендуется эндоскопическое наблюдение 1 раз в 1-2 года. Согласно приказу Министерства здравоохранения РФ № 173н от 29 марта 2019 г. «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми» диспансерное наблюдение при хроническом атрофическом фундальном и мультифокальном гастрите предусматривает приём (осмотр, консультация) врача-гастроэнтеролога раз в год, приём (осмотр, консультация) врача-онколога по медицинским показаниям с контролируемым показателем стабилизации морфологических изменений по данным ЭГДС с биопсией.

Для определения интервалов эндоскопического наблюдения предложена стратификация пациентов на основании выраженности предраковых изменений желудка и наличия дополнительных факторов риска рака желудка. Очевидно, что лица с выраженной атрофией и кишечной метаплазией слизистой оболочки желудка продолжают нуждаться в эндоскопическом наблюдении даже несмотря на ликвидацию инфекции *H. pylori* в результате успешной её терапии. Популяционное исследование (405 172 человека, за период 1979-2011) показало, что у лиц, которые проходили эндоскопическое исследование с биопсией в связи с неонкологическими показаниями, в течение 20 лет рак желудка развивается в одном случае из 256 с нормальной слизистой оболочкой желудка, в 1 из 85 с гастритом, в 1 из 50 с атрофическим гастритом, в 1 из 39 с кишечной метаплазией и в 1 случае из 19 с дисплазией. В когортном исследовании при наблюдении 1755 пациентов с диспепсией в среднем в течение 55 месяцев

неоплазия была выявлена исключительно у лиц с исходными стадиями OLGAIII-IV. Риск неоплазии отсутствовал у пациентов со стадией OLGA 0, I и II (95% ДИ 0 – 0,4), составил 36,5 на 1000 человеко-лет при стадии III (95% ДИ 13,7 – 97,4) и 63,1 на 1000 человеко-лет при стадии IV (95% ДИ 20,3 – 195,6). Стадии OLGAIII/IVиOLGIMI – IVоказались независимыми факторами риска рака желудка, причём даже незначительно выраженная кишечная метаплазия существенно повышала риск рака желудка. Данные исследования показывают, что наличие кишечной метаплазии (как маркера выраженного гастрита) может иметь даже большее значение, чем степень атрофии без кишечной метаплазии, поскольку риск рака желудка был выше с OLGIM I / II, чем с OLGA III/IV. Неполная кишечная метаплазия – прогностически неблагоприятный фактор развития рака желудка по сравнению с полной кишечной метаплазией, её следует рассматривать как дополнительное условие определения сроков наблюдения пациентов с гастритом. Дополнительным фактором риска рака желудка служит наличие близких родственников, страдающих раком желудка.

Пациентам с аутоиммунным гастритом рекомендуется эндоскопическое наблюдение раз в 1-2 года.

Аутоиммунный гастрит является предраковым заболеванием, что оправдывает эндоскопическое наблюдение. Так, относительный риск рака желудка при пернициозной анемии составил 6,8 (95% ДИ 2,6-18,1). Недостатком этого метаанализа служит включение любых пациентов с низким уровнем витамина В<sub>12</sub>, причиной которого служит не только аутоиммунный гастрит. Через 3 года после первичного скринингового обследования у 56 пациентов были выполнены контрольные ЭГДС, в ходе которых было выявлено 2 пациента с аденокарциномой желудка, ни одного пациента с дисплазией высокой степени и 49 пациентов с кишечной метаплазией. В другом исследовании в течение 6-7 лет не было выявлено случаев рака желудка. Согласно приказу Министерства здравоохранения РФ № 173н от 29 марта 2019 г. «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми» диспансерное наблюдение при хроническом атрофическом фундальном и мультифокальном гастрите предусматривает приём (осмотр, консультация) гастроэнтеролога раз в год, приём (осмотр, консультация) онколога по медицинским показаниям с контролируемым показателем стабилизации морфологических изменений по данным ЭГДС с биопсией. Рекомендуемый интервал наблюдения не разработан в рандомизированных контролируемых исследованиях. Учитывая кроме риска аденокарциномы желудка риск развития нейроэндокринной опухоли желудка, сочетание с другими заболеваниями, ассоциированными с повышенным риском новообразований желудочно-кишечного тракта, а также сроки диспансеризации в соответствии с приказом № 173н, мы рекомендуем эндоскопический контроль 1 раз в 1-2 года.

## Организация оказания медицинской помощи

Большинство пациентов с гастритом подлежат наблюдению и лечению в амбулаторных условиях. Показаниями к плановой госпитализации пациентов с гастритом и дуоденитом служат необходимость проведения дифференциального диагноза при редких формах гастрита (эозинофильный, гранулематозный и др.), выраженная анемия при аутоиммунном гастрите, выраженная клиническая картина заболевания при эрозивном гастрите, необходимость проведения эрадикационной терапии *H. pylori* под непосредственным врачебным контролем, необходимость выполнения эндоскопической резекции аденомы и раннего рака желудка.

Продолжительность стационарного лечения пациентов с обострением гастрита должна составлять 16 дней.

Показанием к экстренной госпитализации является наличие признаков острого желудочно-кишечного кровотечения у пациента с подозрением на эрозивный гастрит и/или дуоденит.

**Рустам АБДУЛХАКОВ,**  
доктор медицинских наук, профессор.

**Ольга АЛЕКСЕЕВА,**  
доктор медицинских наук, профессор.

**Сергей АЛЕКСЕЕНКО,**  
доктор медицинских наук, профессор.

Российская  
гастроэнтерологическая ассоциация.

**В отличие от прошлогодней (см. «МГ» № 20 от 25.05.2022) она была полностью очной, более короткой и очень насыщенной. За 2 дня на двух площадках состоялось 19 заседаний – пленарные, секционные, пленум правления Ассоциации нейрохирургов России и заседание правления Ассоциации детских нейрохирургов. Нейрохирурги и смежные специалисты из России, Белоруссии, республики Средней Азии и ОАЭ обсуждали широкий круг научных и практических проблем.**

### Флагманы нейрохирургии

Конференции предшествовало онлайн-заседание консорциума по цитогеномной эпипатологии, на котором выступил доктор биологических наук Иван Юров (НЦПЗ). Его доклад на пленарном заседании был посвящён системной геномике. Геном рассматривается как текст, которому около 200 тыс. лет: гены уподобляются словам, генные сети – речи, метаболом – языку. Наука, предметом которой являются исследование и толкование древних текстов, называется герменевтикой. Геномная нестабильность вызывает нейродегенерацию. Терапия, исходя из биомедицинской теории хаоса, рассматривается как борьба против энтропии. По мнению автора, без геномных технологий оказание медицинской помощи на современном уровне невозможно. «Необходима адаптация мирового опыта с привлечением отечественных профессионалов-исследователей, а не копирование, которое, как правило, приводит к трагическим ситуациям», – считает И.Юров.

Научная программа конференции открылась докладом директора Российского нейрохирургического института им. А.Л.Поленова (РНХИ, филиал НМИЦ им. В.А.Алмазова) профессора РАН Константина Самочерных, посвящённым трансляционному подходу в нейрохирургии. Как известно, задачей трансляционной медицины является ликвидация разрыва между научными исследованиями и клинической практикой. С этой целью в НМИЦ им. В.А.Алмазова созданы Центр доклинических молекулярных исследований и Центр персонализированной медицины.

Директор НМИЦ нейрохирургии им. Н.Н.Бурденко (НМИЦН) академик РАН Дмитрий Усачёв представил обзор применения современных технологий в возглавляемом им учреждении. В 2022 г. здесь выполнено более 10 тыс. операций. Послеоперационная летальность составила 0,28%. Более 70% открытых операций проходят с нейромониторингом. Это позволяет, например, удалить гематому ствола вместе с капсулой. В лаборатории молекулярно-клеточной нейрогенетики для диагностики и лечения глиом человека создана платформа аптагераностики. Аптамеры (олигонуклеотидные или пептидные молекулы, специфически связывающиеся с определёнными молекулами-мишенями) рассматриваются как альтернатива моноклональным антителам. Имеется интраоперационный магнитно-резонансный томограф. Возможно моделировать планируемые вмешательства (например, осуществляя виртуальную резекцию опухоли). Лаборатория информатики и искусственного интеллекта занимается разработкой электронных историй болезни и анализом больших данных. «Личный опыт в сочетании со сплочённой командой является залогом положительных результатов хирургических вмешательств», – считает Д.Усачёв.

### Нейроонкология

Центральной темой Поленовских чтений была нейроонкология. Ей было посвящено 8 пленарных докладов и 2 секционных заседания. Доктор медицинских наук Григорий Кобяков (НМИЦН) взял эпиграфом к докладу о терапии злокачественных глиом строки из «Моего Гамлета» Владимира Высоцкого: «А мы всё ставим каверзный ответ / И не находим нужного вопроса». А вопросов накопилось немало. Одинаково ли мы понимаем морфологическую классификацию глиом? При каких опухолях оправдано назначение

если опухоль расположена выше линии среднего неба, и трансоральный – если она находится ниже этой линии (вплоть до С4 позвонка). Профессор Алексей Шкарубо (НМИЦН) представил в пленарном докладе случаи удаления гигантских опухолей ската транскливальным доступом с резекцией спинки турецкого седла.

Нейроцитомы головного мозга встречаются редко. За 15 лет в НМИЦН наблюдалось 125 таких больных. Результаты их лечения доложил доктор медицинских наук Сергей Маряшев. Клинически эти опухоли, расположенные по средней линии,

лечения улучшаются при назначении таргетной терапии. Прозвучала рекомендация проводить биопсию при диффузных глиомах ствола – в надежде, что полученные данные помогут лечению таких больных в будущем. Конкретному больному сегодня эта процедура может принести только вред (в случае осложнений от биопсии). Насколько такая тактика этически оправдана?

Профессор Геннадий Чмутин (РУДН им. Патриса Лумумбы) доложил результаты лечения 462 детей с опухолями ЦНС в Морозовской детской городской клинической больнице за 4 года.

всегда обоснованы», – отметил академик Крылов. Часто аневризмы являются случайной находкой (при проведении МРТ) и не требуют вмешательства. С другой стороны, операций по поводу разорвавшихся аневризм недостаточно. Лишь 70% операций при разрывах аневризм проводятся в остром периоде (послеоперационная летальность составляет 11,5%). Среди операций стали преобладать эндоваскулярные вмешательства (52%), особенно в федеральных центрах. Послеоперационные осложнения возникают у 18% оперированных (в остром периоде – у каждого третьего). Результаты хуже в тех отделениях, где делают менее 100 операций в год. На одного сосудистого нейрохирурга в год должно приходиться не менее 50 операций по поводу артериальных аневризм.

Кандидат медицинских наук Лариса Рожченко (РНХИ) посвятила доклад патогенезу церебральных артериовенозных мальформаций (АВМ), хронических субдуральных гематом (ХСГ) и церебральных аневризм. При АВМ в 68,3% случаев отмечалось повышение факторов ангиогенеза, таких как VEGF. На градиент VEGF реагируют ведущие клетки (tip cells), осуществляющие навигацию сосудистого отростка и способствующие образованию АВМ.

Роль ангиогенеза также велика при образовании ХСГ. Выявлены выраженные изменения факторов, ответственных за правильное созревание сосудистой стенки, что вызывает повышение проницаемости сосудов и их дилатацию, а затем ведёт к отёку и кровоизлиянию. Из дефектных сосудов капсулы ХСГ кровь постоянно просачивается в её полость. Поэтому патогенетическим лечением ХСГ является эмболизация ветвей средней менингеальной артерии.

Церебральные аневризмы подразделяются на два типа: стабильные и растущие. Во втором случае факторы ангиогенеза активизируются. Очевидно, тактика ведения больных при стабильных и растущих аневризмах будет различной.

Доктор медицинских наук Вячеслав Ткачёв (краевая клиническая больница № 1 им. С.В.Очаповского, Краснодар) поделился опытом хирургического лечения разорвавшихся церебральных аневризм в региональном сосудистом центре. В год там оперируют более 250 аневризм, из них 160–180 – в остром периоде (в первые 3 суток после разрыва аневризмы). Основной проблемой было названо лечение больных с геморрагическими инсультами вследствие разрыва аневризм, согласно принятым в 2021 г. клиническим рекомендациям. Их соблюдение увеличит число экстренных пациентов, оперируемых в тяжёлом неврологическом состоянии с осложнёнными формами кровоизлияния. Таким образом, лечение больных с разрывами аневризм заключается не только в их выключении, но и удалении внутричерепных гематом (объёмом более 30 см<sup>3</sup>) с целью устранения окклюзионного и дислокационного (боковая дислокация более 5 мм) синдромов, коррекции внутричерепной гипертензии и вторичной ишемии мозга до, во время и после операции. В условиях регионального здравоохранения оптимальным подходом в лечении разорвавшихся аневризм является интеграция микрохирургических и внутрисосудистых технологий. Исход лечения определяет метод выключения аневризмы, а тяжесть предоперационного состояния больного.

Пленарный доклад доктора медицинских наук Алексея Иванова (Северо-Западный государственный медицинский университет

### Деловые встречи

# Петербургские встречи

Состоялась XXII Всероссийская научно-практическая конференция «Поленовские чтения»



Пленарное заседание в Алмазовском центре

химиотерапии? Как влияет химио- и лучевая терапия на отдалённые результаты лечения глиом? Все ли знакомы с клиническими рекомендациями 2020 г. по лечению первичных внутримозговых опухолей ЦНС? Изменилась ли ситуация с результатами лечения больных со злокачественными глиомами за последние 20 лет? Какова роль нейрохирурга в лечении этих больных? Докладчик раскритиковал классификацию ВОЗ опухолей ЦНС 2021 г. и призвал пользоваться классификацией 2016 г. Он предложил набирать данные по больным с глиомами II-III степени злокачественности без IDH-1-мутации, поскольку такие больные после лечения годами живут без прогрессии опухоли. Необходимо: добиться введения молекулярно-генетических исследований глиом в ОМС; сформировать концепцию нейроонкологии; основывать тактику лечения на генетических маркерах глиом.

В НМИЦН накоплен самый большой в мире опыт лечения хордом основания черепа и краниовертебрального сочленения – 637 больных с 1985 по 2021 г. До 2006 г. такие опухоли удалялись, как правило, транскраниальным доступом, а сейчас в 90% случаев применяется экстракраниальный доступ: трансназальный,

проявлялись симптомами повышения внутричерепного давления, изменениями на глазном дне и нарушениями памяти. Они удалялись транскортикальным или транскаллезным доступом. В 26 случаях (21%) отмечалось кровоизлияние в ложе удалённой опухоли, в послеоперационном периоде нарастали когнитивные нарушения. Катамнез, средний срок которого составил 6 лет, выявил продолженный рост опухоли в 30%. Основным методом лечения нейроцитом является максимально возможная резекция опухоли.

Опухоли головного мозга составляют 15% всех опухолей детского возраста (1 случай на 25–30 тыс. детей). Ежегодно в РФ диагностируется от 1000 до 1200 детей с мозговыми опухолями. Профессор Сергей Горелышев (НМИЦН) представил в пленарном докладе роль молекулярной генетики в лечении внутримозговых опухолей у детей. Выделено 12 подтипов медуллобластом. Опухоль необязательно удалять totally – оставленные фрагменты опухоли объёмом менее 1,5 см<sup>3</sup> не влияют на прогноз. При эпендимоме выживаемость больного зависит от радикальности операции. Молекулярная генетика коррелирует с топографией опухолей. Результаты

Тактика лечения зависела от обнаруженной генетической мутации. За 3 года у 52 детей была проведена стереотаксическая биопсия опухоли, а у 30 – эндо-скопическая биопсия.

### Сосудистая нейрохирургия

Сосудистая нейрохирургия была представлена 5 пленарными докладами и секционным заседанием. Главный нейрохирург Минздрава России и заведующий кафедрой фундаментальной нейрохирургии РНИМУ им. Н.И.Пирогова академик РАН Владимир Крылов рассказал о хирургии артериальных аневризм головного мозга в РФ. В стране сейчас насчитывается около 270 нейрохирургических отделений и более 500 операционных микроскопов. Ежегодно в 145 региональных сосудистых центрах проводится более 7,5 тыс. операций на сосудах головного мозга. По их количеству мы вышли сейчас на доковидный уровень. Согласно данным Российского исследования по хирургии аневризм головного мозга (РИХА), хирургическая активность при данной патологии составляет 91%, а послеоперационная летальность – 5,6%. Более половины (53%) оперированных аневризм – неразорвавшиеся. «Показатели к операции по поводу аневризм без разрыва не

им. И.И.Мечникова) был посвящён тактике лечения новорождённых с так называемой аневризмой вены Галена (артериовенозной фистулой срединной вены переднего мозга). Три четверти таких детей погибает в первые полгода от перегрузки лёгких и сердца вследствие венозного шунта. В России, в отличие, например, от Великобритании, нет регистра таких больных. Их можно разделить на три группы: компенсированные, которые имеют шанс прожить более 6 месяцев (от 10 до 30%); группа неонатального риска (65-70%), которые нуждаются в неотложной операции из-за сердечно-лёгочной гипертензии, и декомпенсированные (5-10%), которым операция не показана. К сожалению, у врача нет юридической возможности отказаться от операции. Операция должна проводиться в специальных перинатальных центрах. Патологию можно выявить при УЗИ на 28-34 неделях. Если есть подозрение на аневризму вены Галена, то рекомендуется госпитализация в экспертную клинику на 35-36-й неделе беременности. Родоразрешение проводится путём кесарева сечения. В этот же день осуществляется эндоваскулярное вмешательство (эмболизация фистулы). При выраженной шунтировании декомпенсация наступает в первые сутки после родов. Цель операции – стабилизация состояния ребёнка и снижение нагрузки на сердце и лёгкие. При своевременной операции треть детей развивается нормально, треть отстаёт в развитии, в четверти случаев отставание сочетается с неврологическим дефицитом. Послеоперационная летальность составляет 10%. Если операцию делают поздно, то летальность увеличивается до 30%, а у 70% выживших отмечается неврологический дефицит.

## Нейротравматология

Хирургия черепно-мозговой травмы (ЧМТ) рассматривалась в 2 пленарных докладах и на секционном заседании. Главный нейрохирург Минобороны России кандидат медицинских наук Дмитрий Свистов (ВМА им. С.М.Кирова) осветил вопросы оказания нейрохирургической помощи раненым в современной войне. Использование реактивной ствольной артиллерии приводит к доминированию взрывных осколочных ранений. В структуре санитарных потерь нейрохирургического профиля доминирует ЧМТ (9,3%). На втором месте – позвоночно-спинно-мозговая травма (2,8%), на третьем – повреждения периферических нервов (1,4%). Каска спасает жизнь, но увеличивается доля парабазальных ранений головы. Классификация ЧМТ дополнена диагональными слепыми ранениями и диагональными ранениями с рикошетом. Используется балльная оценка тяжести ЧМТ. При сумме баллов по шкале комы Глазго равной или менее 8 баллов показан мониторинг внутричерепного давления, который может осуществляться дистанционно. Особенности нейрохирургического обеспечения раненых является, во-первых, привлечение большого числа подготовленных специалистов к усилению этапов специализированной медицинской помощи по жизненным показаниям (одновременно на направлении могло находиться до 8 нейрохирургов). Также задействованы штатные окружные, флотские и базовые госпитали. Во-вторых, оснащение всех этапов, усиленного нейрохирургом, диагностической аппаратурой (мобильный КТ в контейнере), или размещение на базе лечебных учреждений, оснащённых КТ. Хирургические вмешательства в 89% случаев

выполнены с учётом данных предоперационной компьютерной томографии, 84% эвакуированы после контрольной КТ.

Особенности хирургического лечения ЧМТ у детей были показаны в пленарном докладе доктора медицинских наук Жанны Семёновой (НИИ неотложной дет-



Здание РНХИ

ской хирургии и травматологии, Москва). Доказательной базы для принятия решения об операциях у детей нет. За основу берутся рекомендации для взрослых. Но более половины травмированных детей – младше 3 лет. Череп у них ещё не сформировался, а кости эластичны. Были показаны случаи (кейсы) ЧМТ у младенцев и детей раннего возраста. Например, вдавленные переломы по типу шарика для пинг-понга. Консенсуса по тактике ведения таких детей нет. Одни хирурги предпочитают ничего не делать, так как эти переломы могут спонтанно разрешаться. Другие рекомендуют вправлять их с помощью акушерского вакуум-экстрактора или молокоотсоса, третьи практикуют репозицию с помощью элеваторов. У детей также встречаются растущие переломы, обусловленные лептоменингеальными кистами. Для пластики костного дефекта используют аутокости. После тяжёлой ЧМТ встречаются зияющие, или псевдорастущие переломы, при которых костный дефект не увеличивается. По сути, речь идёт о посттравматическом энцефалоцеле. Лечение состоит в восстановлении целостности твёрдой мозговой оболочки и свода черепа. В качестве имплантата используется двухфазный фосфат кальция. Декомпрессионная трепанация черепа у детей раннего возраста осуществляется с сохранением костного лоскута (с помощью переломов по типу «зелёной веточки» (greenstick fracture), либо лепестковой остеотомии).

Спинальной хирургии было посвящено 5 пленарных докладов и секционное заседание. Член корреспондент РАН Николай Коновалов (НМИЦН) рассказал о созданной в 2002 г. Ассоциации хирургов-вертебрологов. Вертебрология – новая специальность, возникшая на стыке нейрохирургии и травматологии и ортопедии.

Доктор медицинских наук Александр Талыпов (НИИ скорой помощи им. Н.В.Склифосовского, Москва) привёл данные по хирургии позвоночно-спинномозговой травмы в Москве с 1990 по 2022 г. Концепция хирургии травматических повреждений позвоночника заключается в декомпрессии спинного мозга, фиксации и стабилизации позвоночного столба с целью ранней реабилитации и ускорения образования костной мозоли, восстановлению оси позвоночника в трёх плоскостях, создании условий для проведения ранней реабилитации, профилактике развития поздней

деформации в зоне перелома, нарастания неврологических нарушений и появления болевого синдрома. Внедрение алгоритмов диагностики, хирургии, профилактики и лечения осложненных позволюло в течение последних 20 лет снизить летальность при ПСМТ почти на порядок (с 21 до

2,5-3%), а количество осложнений – в 3,5 раза. «С позвоночником в настоящее время мы можем делать всё (удлинять, сращивать, укорачивать, восстанавливать ось, репонировать, цементировать), а вот со спинным мозгом существенного прорыва пока нет», – отметил докладчик.

Хирургия периферической нервной системы рассматривалась на секционном заседании, где прозвучало два доклада Деборы Гароццо (ОАЭ) – единственного участника конференции из дальнего зарубежья. Она 6 лет назад переехала в Дубай из Италии и является всемирно признанным специалистом по лечению травм плечевого сплетения и поражений периферических нервов. Один её доклад был посвящён опухолям периферических нервов, а второй – акушерской травме плечевого сплетения. Помимо клинической, доктор Гароццо занимается гуманитарной деятельностью, способствуя развитию нейрохирургии в бедных африканских и азиатских странах. Речь идёт о поставках в эти страны старой аппаратуры и инструментария из богатых стран, а также помощи в подготовке местных нейрохирургов. Наверное, российские нейрохирурги тоже могли бы присоединиться к этой благородной международной миссии.

## Функциональная нейрохирургия и последипломная подготовка

Функциональная нейрохирургия была представлена двумя пленарными докладами и секционным заседанием. В этом году исполняется 100 лет со дня рождения основоположника отечественной нейрохирургии профессора Эдуарда Канделя. Профессор Леонид Лихтерман (НМИЦН) рассказал его биографию. Уроженец Одессы, он в 1944 г. окончил 1-й Московский медицинский институт (ныне Сеченовский университет) и был мобилизован в армию, затем поступил в аспирантуру Института нейрохирургии им. Н.Н.Бурденко. Рассказывают, что в начале 1950-х уволенный из института во время «дела врачей» Кандель отправился в Ленинград за советом к лидеру нейрохирургов Исааку Бабчину. «У меня три оружия: острый ум, острый язык и острый скальпель. У вас они тоже есть, так что не волнуйтесь», – успокоил Канделя Бабчин. Вернувшись после 6-месячной стажировки в Англии в конце 1950-х годов, Кандель внедрил у нас стереотаксическое

лечение паркинсонизма. В 1964 г. был вынужден перейти в Институт неврологии, где организовал нейрохирургическое отделение. В 1960-1980-е годы представлял советскую нейрохирургию за рубежом, будучи вице-президентом Всемирной федерации нейрохирургических обществ (WFNS) и почётным членом ряда национальных обществ нейрохирургов. Заядлый курильщик, он умер от рака лёгких с метастазами в головной мозг. Метастазы удалял его ученик – присутствовавший в зале академик РАН Александр Коновалов.

Доктор медицинских наук Михаил Попов (НМИЦ неврологии и психиатрии им. В.М.Бехтерева) представил обзор по инвазивной нейромодуляции в терапии психических расстройств, названной «терапией отчаяния». За последние четверть века наблюдается «ренессанс» психохирургии, связанный с разочарованием в эффективности медикаментозного лечения. Мишенями являются полосатое тело (стриатум) и субталамическое ядро (STN). Как ни странно, разницы между абляцией (деструкцией) и нейромодуляцией (стимуляцией), а также между выбранными мишенями не обнаружено. Для лечения резистентной депрессии (хотя нет консенсуса среди психиатров, какую депрессию считать резистентной) применяется глубинная мозговая стимуляция поясной извилины, передней капсулы или стриатума. Также применяется стимуляция блуждающего нерва, хотя её неэффективность доказана двойными слепыми клиническими испытаниями. Поскольку системы глубокой мозговой стимуляции и стимуляции блуждающего нерва очень дороги, а их имплантация по психиатрическим показателям не оплачивается по квотам на ВМП, в РФ они применяются крайне редко.

На конференции можно было увидеть много новинок. Например, аспирант НМИЦН Олег Титов представил разгрузочный халат, содержащий два вида петель – грудные и плечевые, предназначенные для фиксации рук хирурга в покое и во время работы. Первые находятся в грудном отделе переднего полотнища, вторые – на плечевых отделах рукавов («погоны»). Такой халат позволяет уменьшить позиционный дискомфорт хирургов и ассистентов во время покоя, а также частично стабилизировать движения во время работы. Дополнительным преимуществом являются карманы, которые позволяют всегда иметь под рукой нужные инструменты. Предлагаемый халат может быть полезен для хирургов и особенно ассистентов в любой хирургической специальности.

На пленуме правления Ассоциации нейрохирургов России обсуждался вопрос об удлинении ординатуры по нейрохирургии до 3 лет. Стать полноценным специалистом за 2 года невозможно. Но, как всегда, вопрос упирается в дополнительное финансирование. О подготовке нейрохирургов также говорилось в пленарном докладе доктора медицинских наук Дмитрия Гуляева (РНХИ). «Хирургия – сфера принятия решений. Неспособность принять решение – психологический дефект, который нельзя исправить», – отметил он. Знания и умения, в отличие от решительности, можно приобрести. К сожалению, многие ординаторы (увы, не только они) воспринимают критику как личное оскорбление. Если знания ординаторов не систематизированы, а навыки отсутствуют, то знания врачей носят прикладной характер, а навыки часто порочны.

Почётный заведующий кафедрой нейрохирургии РМАНПО профессор Олег Древалль рассказал

о научной и педагогической работе кафедры, которой руководил более 20 лет. Она занимается всеми направлениями нейрохирургии – сосудистой, онкологической, функциональной, ЧМТ и т.д. Защищено много диссертаций. Ежегодно в двухлетнюю ординатуру поступает около 20 молодых врачей. Вначале ординаторы проходят четырёхмесячный «курс молодого бойца», а затем обучаются на клинических базах кафедр, причём происходит ротация, что позволяет ознакомиться с различной нейрохирургической патологией. Ежемесячно организуется «Школа молодого нейрохирурга», где ребята выступают с докладами.

## Нейрореабилитация

Как всегда, решающую роль в организации Поленовских чтений сыграла профессор Наталья Иванова (РНХИ), которая выступила с пленарным докладом о проблемах и перспективах реабилитации нейрохирургических больных и была модератором секции по современным подходам к нейрореабилитации. По просьбе корреспондента «МГ» она подвела итоги её работы:

«Секция собрала большую аудиторию. С докладами выступали не только неврологи, но и психиатры и психологи. Значению психиатрии для нейрохирургии было посвящено выступление доктора медицинских наук Олега Зайцева (НМИЦН). Доктор психологических наук Константин Языков и доктор медицинских наук Игорь Реверчук (Балтийский федеральный университет им. Иммануила Канта, Калининград) рассказали о нейрофизиологическом подходе в нейропсихологии и нейропсихиатрии и нейропсихиатрическом взгляде на возрастную дегенерацию.

Крайне важным был доклад профессора Андрея Белкина (Уральская государственная медицинская академия, Екатеринбург) об оценке эффективности нейрореабилитации в ОРИТ. Сегодня необходимо решать вопрос ранней реабилитации и реализации клинических рекомендаций при хронических нарушениях сознания. В выступлении доктора медицинских наук Екатерины Кондратьевой (РНХИ) были уточнены нейропротекторные и апоптолитические маркёры у таких пациентов, что значимо для прогноза и фармакологической поддержки.

Доклад главного реабилитолога СЗФО профессора Елены Мельниковой (1-й Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. И.П.Павлова) был посвящён проблемам организации реабилитационной помощи с акцентом не только на мультидисциплинарные бригады в реабилитационных стационарах и отделениях, но и на амбулаторное звено.

О современных подходах к реабилитации пациентов с опухолями ЦНС различной степени злокачественности традиционно выступали специалисты Поленовского института, а также наши московские и казанские коллеги.

Ряд докладов был посвящён новым аппаратным технологиям в реабилитации, но внимание было акцентировано не только на коррекции синдрома, но и на восстановлении бытовых навыков (доклад профессора Семёна Прокопенко из Красноярского госмедуниверситета). В целом секция пользовалась успехом, но времени оказалось маловато».

Хотелось бы, чтобы следующие конференции стали местом для дискуссий, были более продолжительными и проводились на одной площадке.

**Болеслав ЛИХТЕРМАН,**  
корр. «МГ».

Москва – Санкт-Петербург.

Публикации, посвящённые сохранению жизни и здоровья детей в период военного лихолетья 1941-1945 гг., конечно же, существуют. Но они, как правило, фрагментарны, отражают региональную ситуацию и не лишены субъективизма. Потребность в обобщающем исследовании остаётся актуальной. Попытку удовлетворить её предпринял профессор Валерий Альбицкий и доктор медицинских наук из НИИ педиатрии и охраны здоровья детей Научно-клинического центра № 2 Российского научного центра хирургии им. Б.В.Петровского Стелла Шер, поднявшие архивные документы. И сегодня мы представляем результаты их труда.

### Ответственные задачи

Говоря о Великой Отечественной войне, нельзя не вспомнить о скромном, будничном подвиге российских педиатров. На фронте наши отцы, деды и прадеды, в том числе фронтовые медики, защищали право России на существование, а в тылу детские врачи сберегали её будущее – жизни детей. К началу Великой Отечественной войны в Советском Союзе функционировала уже достаточно эффективная государственная система охраны здоровья матери и ребёнка, которой выделяли четверть часть от общих расходов на здравоохранение, а в её учреждениях работал каждый пятый врач в стране.

Приоритетными направлениями медицинского обеспечения детского населения в период военного лихолетья стали сбережение жизни детей во время эвакуации их в тыл; организация медицинской помощи детскому контингенту, прежде всего эвакуированному; восстановление педиатрической службы на освобождённых от оккупантов территориях. Наиболее важными и сложными задачами являлись борьба с детскими инфекциями и социальной патологией, а также обеспечение детей рациональным питанием в условиях явной нехватки, а то и отсутствия необходимых продуктов.

В работе с эвакуированными детьми были очень серьёзные трудности, связанные в первую очередь с недостатком снабжения топливом, оборудованием, пищей, одеждой, обувью, с дефицитом квалифицированных медицинских и педагогических кадров. Большая часть детей находилась в тяжёлом физическом и моральном состоянии, с трудом адаптировалась к худшим жилищным условиям, страдала от разлуки с родителями или потери семьи. Несмотря на сложнейшую ситуацию и невероятные испытания, проведённая во время войны эвакуация детского населения и организация медицинского обеспечения эвакуированных позволили сберечь здоровье и жизнь сотням тысяч детей.

В областных отделах здравоохранения для руководства медицинским обслуживанием детских эвакуированных учреждений и контроля за их деятельностью были выделены специальные работники. В районах размещения учреждений с общим числом детей более 500 назначались врачи-инспекторы. Так, в Челябинской области работали 37 таких специалистов.

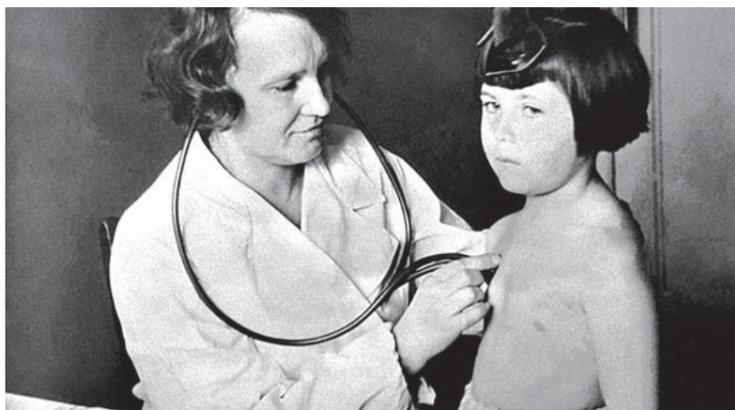
Да, в IV квартале 1941-го и в 1942 г. наблюдался значительный подъём заболеваемости среди эвакуированных детей. Но уже во второй половине 1942 г., когда все учреждения были укомплектованы медицинскими кадрами, заболеваемость начала снижаться.

Одним из значимых центров приёма эвакуированных стала Чувашская АССР. Её правительство принимало все возможные меры по срочному расширению лечебно-санитарных учреждений, что позволило увеличить количество детских коек. В городах республики были открыты молочные кухни, пункты по организации питания. Создавались детские сады и ясли

Былое

# Спасители будущего

## Охрана здоровья детей в годы Великой Отечественной войны



для эвакуированных. Для детей-реконвалесцентов, нуждавшихся в особом наблюдении и питании, организовывали санитарные группы.

В Горьковской области, несмотря на дефицит медицинского персонала, проводилась большая санитарно-гигиеническая и оздоровительная работа. Во всех эвакуированных детских домах и интернатах были организованы изоляторы для инфекционных больных, осуществлялась вакцинация воспитанников. Летом 1942 г. в области открыли 50 пионерских лагерей, в том числе санаторного типа.

Эвакуация детского населения вглубь страны потребовала развёртывания дополнительной сети детских учреждений. Увеличилось число штатных должностей. Если в 1940 г. укомплектованность врачами и патронажными сёстрами составляла 0,8, ранний охват детей консультациями – 50%, то в 1944 г. эти показатели увеличились соответственно до 1,4 и 80%. Широкое развитие получили дневные стационары при детских консультациях. Только за лето 1943 г. в РСФСР были развёрнуты дневные стационары почти на 29 тыс. коек. До войны они открывались преимущественно в летний период для детей с диспепсией. Поскольку возникла необходимость оказания помощи матерям в выхаживании недоношенных и ослабленных детей, то консультации переключили работу дневных стационаров по обслуживанию маленьких пациентов на зимний период. В дневных стационарах дети получали лечение, питание и квалифицированный уход. Чётко очерчивались функции врача и патронажной медсестры на участке и их роль в оздоровлении детей и предупреждении эпидемических вспышек. Работники консультаций брали на учёт всё детское население до 4 лет, проводили среди них профилактические прививки, организовывали оздоровительные мероприятия для ослабленных.

### Заслон инфекциям

Буквально с первых месяцев войны принимается ряд нормативных документов, направленных на профилактику инфекционной патологии. Уже в августе 1941 г. выходит директивное письмо Наркомздрава СССР «О мерах по сохранению противотуберкулёзной сети и улучшению фтизиатрического обеспечения населения». А в январе 1942 г. появляется распоряжение Совнаркома СССР «О мероприятиях по предупреждению вспышек эпидемических заболеваний», согласно которому при эпидемическом комитете учёного медицинского совета Наркомздрава создаётся комиссия по детским инфекциям. Она принимает срочные меры по организации противозидемических и дезинфекционных

отрядов и увеличению противозидемических коек в больницах. Уполномоченные Наркомздрава СССР и госинспекторы проверяют в республиках и областях работу медицинских пунктов и эвакуопунктов на узловых железнодорожных станциях.

В 1942 г. по сравнению с 1940 г. на 28% увеличивается количество детских больничных коек. Причём почти половину из них составили инфекционные. Это позволило госпитализировать детей с дифтерией и скарлатиной. Для больных корью и коклюшем впервые открыли специализированные отделения.

Заместитель наркома здравоохранения СССР М.Ковригина 14 ноября 1942 г. утвердила инструктивно-методические указания «О проведении противозидемической работы городских детских консультациями, детскими поликлиниками и детскими амбулаториями». В документе указывалось, что детские амбулаторно-поликлинические учреждения несут полную ответственность за организацию и проведение всех противозидемических



мероприятий на прикрепленной территории. Подчеркивалось, что первоочередное внимание должно уделяться вакцинации; своевременному выявлению инфекционных больных и подозрительных на заболевание; своевременной и обязательной госпитализации больных скарлатиной, дифтерией, брюшным тифом и другими инфекциями; систематическому наблюдению за санитарно-эпидемическим состоянием.

Руководитель учреждения был обязан контролировать работу по серопротекции каждого участкового врача своего учреждения, разъяснять участковым врачам и медсёстрам, что случаи упорного отказа родителей от прививок являются результатом недостаточной санпросветработы с населением и не освобождают участковый персонал от необходимости своевременного проведения прививок. О случаях небрежно-

го отношения медперсонала к вакцинопрофилактике, особенно против кори, руководитель должен был незамедлительно сообщать в гор- и райздравотделы. При диагностировании инфекционного заболевания у ребёнка участковые врачи должны были принимать все необходимые меры для срочной госпитализации.

Большое внимание в документе отводилось проведению противозидемической вакцинации. Учёт детей в возрасте от 0 до 8 лет осуществлялся путём подворного обхода, выявления по записям в домовых книгах. Детские консультации должны были охватить прививками всех малышей первого года жизни. Ревакцинация детей в возрасте 4-5 и 10-11 лет возлагалась на детские поликлиники и амбулатории. Ребятам, посещавшим ясли, детсады, а также школьникам вакцинация проводилась в детских учреждениях.

В результате проведения системных противозидемических мероприятий был поставлен заслон эпидемиям детских инфекций: они не стали типичным явлением военного времени! Отмечался незначительный для этой ситуации, не приобретший характера эпидемии рост заболеваемости туберкулёзом, венерическими болезнями, малярией, но дальнейшее распространение этих социальных патологий было предотвращено.

В 1942 г. Наркомздрав СССР утвердил приказ по организации борьбы с туберкулёзом, в частности об обязательной вакцинации новорождённых БЦЖ. В циркулярном письме того же года «По раннему выявлению туберкулёза в поликлиниках, амбулаториях, детских консультациях и боль-

### Накормить и обогреть

Для решения проблем питания советское правительство приняло целый ряд постановлений, причём попечение о ребёнке начиналось с заботы о будущей матери. В июле 1942 г. было введено дополнительное питание сверх установленной по карточкам нормы для будущих матерей, организовано снабжение донорским молоком детей младенческого возраста, а также обеспечение продовольственными карточками доноров грудного молока наравне с беременными. Созданы пункты сцеживания грудного молока, которые вели учёт младенцев, получавших молоко, и доноров, находившихся под врачебным контролем. В 1943 г. в промышленных центрах РСФСР было открыто 376 донорских пунктов, которые собирали большое количество грудного молока, почти полностью удовлетворяя потребность в нём. Число доноров в СССР в 1945 г. достигло 44 тыс.

С целью улучшения ситуации с детским питанием НКЗ СССР разработал и утвердил в декабре 1944 г. два положения: о молочной кухне и городской детской пищевой станции. Согласно первому, молочные кухни обязаны были обеспечивать питанием и лечебными смесями детей до года, допускать отпуск лечебных смесей детям до 3 лет по медицинским показаниям. Согласно второму положению, детские пищевые станции в системе детских ЛПУ являлись вспомогательными учреждениями, обеспечивающими по рецептам врачей полноценным общим и лечебным питанием здоровых и больных детей в возрасте до 4 лет.

Подъём младенческой смертности, обусловленной в значительной степени повышением заболеваемости острыми детскими инфекциями, удалось снизить уже в 1943 г., а в 1944-1945 гг. она уменьшилась в 2 раза по сравнению с довоенным 1940 г.

### Переломный период

Осень 1942 г. можно обозначить как переломное время в деятельности советской системы охраны здоровья детей в годы Великой Отечественной войны. В августе было утверждено положение о филиале (отделении) городской детской консультации. Оно стало важным документом, направленным на укрепление здоровья детей раннего возраста. Согласно ему, в городах и городских посёлках организовывались филиалы детских консультаций для приближения медицинского обслуживания к населению, с целью разукрупнения консультаций, обслуживающих районы с общим количеством свыше 5 тыс. детского населения в возрасте 3 лет, для охвата разбросанных и отдалённых участков.

Филиалы предназначались для медицинского обследования больных и здоровых детей в возрасте до 3 лет с патронажем в первую очередь детей до года; все прочие виды обслуживания (помощь специалистов, физиотерапия и др.) проводились в основном в районной консультации. В филиале предусматривался отдельный приём больных и здоровых детей, фильтр для обратившихся, а также бокс для приёма заболевших.

Можно признать как центральное организационное событие в сфере охраны здоровья детей в период, когда наши войска вели ожесточённые бои в районе Ста-

линграда и казалось, не до других важных проблем, принятие 27 октября 1942 г. Совнаркомом СССР постановления «О мероприятиях по улучшению работы органов здравоохранения и детских учреждений по медицинскому обслуживанию детей и усилению питания нуждающихся детей». Данным документом Наркомздраву поручалось восстановить участковую систему обслуживания детей в городских детских консультациях и поликлиниках.

Нарком здравоохранения СССР Г.Митерев 13 ноября 1942 г. подписал Положение о детском враче города, городского района, рабочего посёлка, на которого возлагалось методическое руководство всеми детскими учреждениями. В документе указывалось, что городской (районный) педиатр является организатором и руководителем лечебно-профилактической помощи детям, несёт ответственность за медобслуживание детей всех возрастов. В его обязанности входили контроль рождаемости, заболеваемости и смертности, анализ деятельности детских ЛПУ,

раздела педиатрии, особенно по физиологии и патологии раннего возраста; обслуживание детских организованных коллективов поручить специально выделенным для этого врачам; максимальное внимание уделять 100-процентному охвату новорождённых с первых дней выписки из роддома, систематическому патронажу, грудному вскармливанию, своевременной вакцинации, борьбе с рахитом, гипотрофией.

Положение о республиканском, краевом, областном методическом кабинете по вопросам детского здравоохранения вышло 7 мая 1944 г.

В феврале 1945 г. М.Ковригина утвердила Инструктивное письмо по организации постоянных дневных стационаров. История проблемы такова. В ряде городов начиная с 1943 г. некоторые сезонные дневные стационары были переведены в функционирующие круглый год. Они показали свою эффективность. Поэтому было рекомендовано реорганизовать все сезонные дневные стационары в постояннодействующие.



разработка конкретных мероприятий по повышению качества помощи. В должностные обязанности городского педиатра входило также повышение квалификации сотрудников детских учреждений.

### Новые формы

В июле 1943 г. утверждатся Положение о стационаре для недоношенных. Такой стационар представлял собой небольшую самостоятельную структуру на 1-2 поста (10-20 коек) либо находился в составе родильного дома, дома младенца, яслей или детской больницы при полной изоляции. Наиболее целесообразным считалась организация стационара в составе роддома. Это был важный шаг для создания в будущем советской системы неонатологической помощи.

М.Ковригина 3 июля 1943 г. утвердила разработанную Центральным институтом педиатрии Инструкцию об организации в городах лечебно-профилактического обслуживания детей до 14 лет одним педиатром на участке. Напомним, ещё в середине 1930-х годов Г.Сперанский публично озвучил идею о необходимости объединения в педиатрической практике детей различных возрастов. Впервые же широко метод обслуживания единым педиатром детского населения в возрасте от 0 до 16 лет стали применять в блокадном Ленинграде в 1942 г.

В инструкции указывалось на необходимость объединения детской поликлиники с консультацией. Вся территория делилась на участки из расчёта 1500-2000 детей. Каждому участковому педиатру поручалось полное обслуживание детей амбулаторно и на дому. В помощь ему выделялись 2 медсестры. В едином небольшом учреждении создавалась единая регистратура. Специализированная помощь детям всех возрастов организовывалась в районе в одном месте. При переходе на систему обслуживания детей единым педиатром необходимо было соблюдать следующие условия: обеспечить повышение квалификации участковых врачей по всем

К ним предъявлялись более высокие требования: помещение должно быть хорошо утеплённым, обеспеченным соответствующим оборудованием, с изолированным входом. Врачебное наблюдение поручалось наиболее квалифицированному врачу.

Одним из важнейших направлений системы охраны здоровья детей продолжало оставаться сохранение уровня медицинского обслуживания детей в организованных коллективах. На совещании, проведённом М.Ковригиной в сентябре 1943 г., обсуждались два вопроса: как организовать медико-санитарное обслуживание школ в условиях военного времени и как шире вовлечь в работу по санитарному просвещению педагогов и самих школьников. М.Ковригина отмечала, что у школьных медицинских работников часто отсутствовала связь с педагогами.

В нормативном документе от марта 1945 г. указывалось: «Для обслуживания школ и детских садов, находившихся в районе деятельности поликлиники, амбулатории, в штате последних устанавливаются дополнительно врачебные и медсестринские должности из расчёта 1 врач на 2500-3000 школьников и 600-800 дошкольников и 1 медсестра на 800-1200 школьников и 100 дошкольников».

Экстремальные условия военного времени потребовали внедрения новых неординарных организационных технологий, оперативно повышающих качество лечебно-профилактической помощи детскому контингенту. Эти технологии не только оказались эффективными в тех условиях, но и стали обязательными, важными составляющими детского здравоохранения в послевоенные годы. Переход в конце 1940-х годов к поликлиническому обслуживанию детей всех возрастов одним врачом-педиатром осуществлялся с опорой на организационные основы, которые в значимой степени были разработаны и апробированы в военные годы.

Подготовила  
Валентина ЕВЛАНОВА,  
корр. «МГ».

### Обсуждения

**На фоне старения населения, роста удельного веса хронических заболеваний, появления и применения инновационных и дорогостоящих технологий лечения и других вызовов системам здравоохранения всё чаще поднимаются вопросы конечных результатов лечения, важных и ценных для пациента. В этом аспекте всё актуальнее звучит тема ценностноориентированного здравоохранения. Всё чаще эксперты говорят, что это не глобальный лозунг, не модный термин, а необходимость. На первое место в такой модели организации здравоохранения ставится ценность, которая позволяет изменить жизнь пациента к лучшему, но при этом учитывает и затраты, которые несёт система здравоохранения.**

## Не мода, а необходимость

Тема ценностноориентированного здравоохранения становится актуальнее

### Разные стратегии

Цель ЦОЗ – не минимизировать затраты, как думают многие, а максимизировать ценность, определяемую как соотношение затрачиваемых средств и полученного результата. Сам термин появился 15 лет назад, и за эти годы сложились основные принципы, рассказала на конференции «Ценности пациента в фокусе системы здравоохранения» директор Научно-исследовательского института организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения Москвы Елена Аксёнова. Это организация интегрированных подразделений, реализующих весь процесс излечения пациента, установление перечня затрат и результатов для пациента, переход к комплексным платежам – от профилактики до реабилитации, географическое расширение охвата поставщиков медицинских услуг, реализация изменений с помощью информационных технологий. ЦОЗ характеризуется тремя особенностями: наличие цифрового контура – развитие ИТ-инфраструктуры, цифровые сервисы для всех участников лечебного процесса; ценность здоровья, подразумевающая соблюдение интересов и прав пациентов, контроль времени и процесса лечения, возможность анализа; экономика и закупки, основанные на контроле затрат, учёте протоколов лечения каждого конкретного пациента, правильные результаты лечения.

Несмотря на эти общие принципы и характеристики, подходы к ЦОЗ в разных странах различаются. В НИИ организации здравоохранения и медицинского менеджмента изучили методы, практикуемые в 12 странах, и даже выпустили книгу об этом. Если описать кратко, то стратегии таковы: в США делается акцент на внедрение при государственной поддержке новых платёжных систем, в странах Евросоюза – на создание единой платформы для фактического внедрения и масштабирования кейсов, там в большей степени происходит уход в цифровизацию и объединение больших данных. В Китае внедряются различные модели страхового финансирования из бюджета системы здравоохранения и распределение формирования ценности отдельных медицинских услуг по группам риска. В Индии наблюдается стремительное развитие системы ценностного подхода, которая также построена на больших данных и декомпозиции различных медицинских услуг по группам риска.

Ну, а в системе здравоохранения России тоже достаточно элементов ЦОЗ. Хотя, к сожалению, пока нет единой платформы по мониторингу этих практик, посетовала Е.Аксёнова: «Я надеюсь, что в самое ближайшее время появятся механизмы, которые позволят и исследователям, и организаторам здравоохранения отслеживать такие модели и оценивать эффективность их внедрения».

Сейчас определены четыре группы ЦОЗ, по которым происходит разработка новых технологий: это ценностно-ориентированные ценнообразования, закупки медизделий, оплата медицинской помощи,

пациентцентрированные исходы. Главным становится достижение результата (полное выздоровление, ремиссия), который адекватно оплачивается, а при другом исходе лечебно-профилактических мероприятий медорганизация получает только частичную оплату за свои услуги. Для этого, отмечает Е.Аксёнова, требуются значительный аудит медицинских услуг и понятная схема оплаты, то есть сформированная система оплаты по результатам. Важно при этом установить суть конечного результата для пациента.

### ЦОЗ в Москве

Одной из основ ЦОЗ в РФ остаётся цифровизация, вертикально-интегрированные информационные системы, на основе которых в дальнейшем будут собираться большие данные. Москва в этом направлении развивается последние 10 лет. Как и в странах Евросоюза, Индии, в городе делают акцент на создании единого цифрового контура, больших объёмов данных, которые могут использоваться для анализа и структуризации новых подходов. Элементы ЦОЗ в Москве – это администраторы поликлиник, ЭМК, персональный помощник для людей с онкозаболеваниями, павильоны здоровья, телемедицинские центры, система поддержки принятия клинических решений. Всё это может работать только при наличии единого цифрового контура здравоохранения, интегрированного со всеми информационными системами, подчеркнула Е.Аксёнова.

Что касается удалённого мониторинга состояния пациента, то он уже реализуется с помощью телемедицинского центра. Как рассказала начальник телемедицинского центра структурного подразделения Центра медицинской профилактики Марьям Пахуридзе, поначалу он был организован для предоставления дистанционной консультативной помощи жителям города с подтверждённой коронавирусной инфекцией COVID-19, состояние которых не требует стационарного лечения. Сегодня эта структура выполняет такие задачи, как оценка состояния здоровья пациентов, которые летят на дому, принятие решения о необходимости проведения очного осмотра врачом поликлиники или врачом бригады скорой помощи, дистанционное динамическое наблюдение пациентов, обзвон пациентов согласно разработанному скрипту. Каждый приём длится 5-12 минут, но жёстких временных рамок разговора нет.

Постепенно были выработаны требования к проведению телемедицинской консультации, определены задачи врача и критерии оценки его работы. Преимущества такой консультации неоспоримы: врач всегда доступен, что исключает лишние походы в поликлинику и экономит время пациента и врача. Вместе с тем не обошлось и без некоторых сложностей. «Когда мы начали эту работу, столкнулись с тем, что многие врачи, которые долгое время проводили амбулаторный приём, испытывают робость, неловкость при проведении телемедицинской консультации, потому что очный приём, безусловно, отличается от дистанционного», – рассказала М.Пахуридзе.

По мере накопления опыта выявлялись и ошибки. Например, врачи не предлагали пациентам перейти на видеосвязь, допускали посторонние разговоры на фоне проводимых консультаций, не проводили работу с ЭМК до начала консультации, работали не по речевому модулю, консультировали третьих лиц (жён, отцов, внуков и т.д.). В связи с этим в центре разработали алгоритмы обучения врачей, проверяли их адаптивность, проводили психологические разборы, тренинги, а также выработали требования к внешнему виду.

Для пациентов телемедицинские консультации тоже были новинкой, они не понимали, почему врач не пришёл домой, а оказался на экране телефона, и с трудом идентифицировали врача как специалиста, который окажет полную медицинскую помощь и ответит на вопросы. Именно это и стало одним из основных критериев в оценке работы врача – количество обращений после медицинской консультации на очный приём, ведь это показывает, удовлетворён ли пациент полностью или получил ответы не на все свои вопросы.

### Важность диалога

Медики и пациенты живут по сути в различных мирах, и между этими мирами очень часто возникает недопонимание, замечает руководитель Центра медико-социологических исследований Игнат Богдан. В результате при отличной медицинской помощи пациент может уйти неудовлетворённым. Эксперт привёл данные недовольного его центром исследования, которые показали, что 80% пациентов, чья проблема была решена, сказали, что полностью недовольны помощью. Исследование также показало, что дело может быть не в квалификации врача, качестве диагностики или лечения. В ряде случаев недовольство означает запрос на большую коммуникативную компетентность, понимание со стороны врача. «Мне видится, что основная ценность и запрос пациента в рамках ЦОЗ – это качественный диалог», – заключил эксперт.

Поэтому он призывает врачей развивать нарративную компетентность, уделять больше внимания рассказу пациента и не воспринимать его как не относящуюся к делу болтовню. При этом И.Богдан признаёт, что у врача сейчас объективно нет такой возможности, так как время приёма ограничено и тянуть на себе всю нарративную нагрузку довольно сложно. С этой точки зрения ему видится крайне правильным и своевременным вводимый в Москве институт помощников пациента.

Вообще же, вопрос изменения культуры взаимодействия врачей с пациентами гораздо глубже, высказался И.Богдан: «У нас до конца нет понимания, куда мы идём с точки зрения позиционирования медицинской профессии. С одной стороны, нам напоминают, что есть хороший ориентир – советский врач. С другой – говорят, что у нас сервисное, пациентцентрированное здравоохранение, а это, скорее, американская модель. Но эти модели не могут сосуществовать. То есть врач либо патерналистский, либо партнёрский, соответственно, у каждой модели есть компенсаторные механизмы. Поэтому, мне кажется, надо понять, куда мы движемся, и, исходя из этого, давать какие-то инструменты врачу и пациенту. Тогда будет налажен диалог».

Римма ШЕВЧЕНКО,  
корр. «МГ».

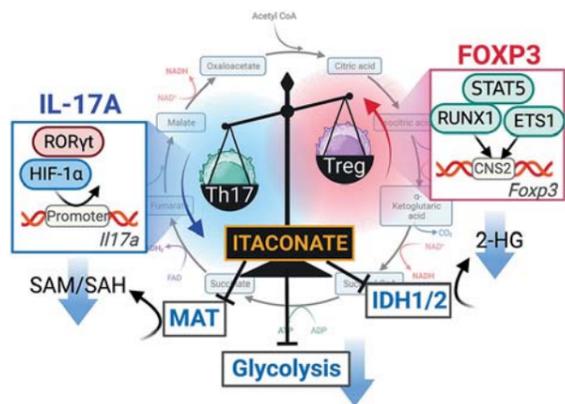
## Взгляд

Ещё со школьной скамьи мы знаем, что иммунная система и её клетки с белковыми антителами защищают нас от всякого рода нападений. При этом гораздо реже рассказывается об аутоиммунных расстройствах, когда Т-лимфоциты и другие «эффекторы» нападают на клетки своего же тела, забывая о приобретённой в процессе их развития толерантности. И уж совсем забывают о беременности как временно обретаемом физиологическом иммунодефиците, в результате которого иммунная система не сбрасывает развивающийся плод, который геномно (генетически) наполовину чужд матери.

Неудивительно, что ВИЧ-инфекция использует молекулярный механизм подавления иммунного ответа или трансплантационного отторжения, который заложен в геноме млекопитающих. Лишь у сумчатых и утконоса отторжение развивающегося зародыша работает вполне успешно. Нечто подобное использует и COVID, который подавляет механизм представления клеточных белков-антигенов на поверхности инфицированной клетки, в результате чего иммунные клетки и те же мечниковские макрофаги оказываются как бы слепыми и не ощущающими опасности. Это установили в университетах Кембриджа, Кардифа и Глазго, о чём их сотрудники написали в eLife. Кстати, хламидия, внутриклеточный паразит, вызывающий трахому глаз, защищается от иммунных атак тем, что «надевает» на себя фрагменты клеточной оболочки.

Естественно, что аномальный клеточный рост не мог бы быть успешным, если бы не функциональный дефицит иммунных лимфоцитов, число которых может быть весьма велико. Известно, что макрофаги и дендритные клетки (макрофаги в тканях) являются антигенпредставляющими (APC). Фрагменты антигенных молекул в виде пептидов (цепочек аминокислот) они представляют с помощью больших протеинов, называемых MHC, или большого комплекса

## Перемена мест



T-регулирующие лимфоциты (красные) и синие APC

гистосовместимости (он сигнализирует, что здоровые клетки вполне совместимы с иммунной системой организма). Главными «охранителями» здоровья тела являются иммунные Т-лимфоциты, представленные эффекторами, в частности натуральными киллерами, убивающими аномальные клетки, и Т-регуляторами. Они подавляют воспаление вследствие появления на MHC воспалительных и «чужих» антигенов. Для здорового организма характерен гомеостаз, или баланс этих двух типов иммунных клеток. Следует добавить, что Т-клетка распознаёт антиген с помощью своего белкового рецептора TCR. Топологию молекулярного интерфейса детально описали специалисты Мельбурнского университета Монаш. Т-клетки, воспринявшие с помощью TCR сигнал, активируют Т-эффекторы и В-лимфоциты, синтезирующие белковые антитела. Проблема в том, что незрелые эффекторы – те же НК, что показано в Пенсильванском университете Филадельфии, – стимулируют рост рака молочной железы. Большую роль в этом играют и тромбоциты, представляющие собой не клетки,

а лишь обрывки цитоплазмы, но которые тем не менее синтезируют белок ростового фактора (PDGF – Platelet-Derived Growth Factor), также стимулирующий клеточный рост. Сотрудники Флоридского университета выяснили, что белок SUMO, который модифицирует функции различных клеточных протеинов, является модификатором функции одного из интерлейкинов, о которых многие слышаны в связи с пандемией COVID. Соединение двух белков в клетках печени приводит к отключению иммунного надзора и развитию опухоли (HCC – Hepato-Cellular Cancer), которая, как и другие, метастазирует. Метастазы идут в направлении разного рода сосудов, где для клеток много питания, дающего для роста энергию АТФ. Та синтезируется в митохондриях, белок которых способствует клеточному распространению. Белок, как выяснили в Гейдельбергском университете, является ферментом, который через посредство митохондрией подстёгивает клеточный рост.

Ещё одним энзимом метастазирования является гидроксилаза, окисляющая аминокислоту лизин. В норме фермент стабилизирует белок септин клеточных перегородок, тем самым ограничивая клеточную подвижность. Но в Университете Нью-Йорка показали, что мутантная гидроксилаза стимулирует миграцию и метастазирование. Раковый центр (США) связал

воедино рекуррентный рак мягких тканей с... болезнью Альцгеймера. По крайней мере, статин-ингибитор их общего фермента гамма-секретазы (Nirogacestat) подавляет опухолевый рост и метастазы. Две патологии связывает фермент гамма-секретазы, который даёт амилоид-бета, образующий бляшки Альцгеймера, и стимулирует узловой белок Notch, отвечающий за деление эмбриональных клеток. Ещё одну их связь выявили в Университете Хоккайдо, где обратили внимание на липопротеиды низкой плотности (LDL), которые накапливаются в малигнизированных клетках в значительно большей степени, нежели здоровых (IJC).

Авторы считают, что именно протеиды, переносимые в крови липиды, стимулируют миграцию раковых клеток в направлении сосудов. В норме они переносятся аполипопротеидами, мутантная форма которых ведёт к образованию амилоидных бляшек в мозге (по накоплению которых и судят о проявлении болезни Альцгеймера). Статья японских исследователей называется «Окисленные LDL в эндотелиальных клетках (опухолевых) сосудов усиливают метастазирование путём рекрутирования нормальных и раковых клеток». Напомним, что эндотелий представляет собой монослой клеток, выстилающих сосуды изнутри. Их деление и размножение стимулируются белками ростовых факторов, в том числе PDGF и VEGF (Vascular Endothelium Growth Factor). Второй очень важен для опухолевого ангиогенеза.

Игорь ЛАЛАЯНЦ,  
кандидат биологических наук.

По материалам eLife, International Journal of Cancer, Molecular Cancer, Nature Cancer, New-England Journal of Medicine, Science, Science Signaling, Science Translational Medicine, Scientist.

## Ну и ну!

## Таблетка из... экскрементов

Управление по контролю качества пищевых продуктов и лекарственных средств США (FDA) одобрило первую пероральную таблетку, изготовленную из донорских человеческих экскрементов. Об этом сообщается на сайте агентства.

Приём антибиотиков может нарушать баланс бактерий в ки-

шечнике. В некоторых случаях это приводит к размножению бактерии Clostridioides difficile (C.diff), которая обычно подавлена другими микробами. Быстро размножающиеся бактерии выделяют токсины, которые могут привести к диарее, болям в животе, лихорадке и колиту (воспалению толстой кишки), а иногда – к отказу органов и смерти. По данным FDA, от инфек-

ций C.diff ежегодно умирает от 15 до 30 тыс. человек в США.

Новая таблетка под названием Vowst содержит живые бактерии и была одобрена для использования людьми в возрасте 18 лет и старше в качестве профилактического лечения рецидивирующих инфекций, вызванных бактерией C.diff.

В клиническом испытании таблетки приняли участие 180 чело-

век. Из них 90 принимали плацебо (капсулы-пустышки без бактерий), а ещё 90 – настоящую таблетку с фекальной микробиотой. В течение 8 недель частота рецидивов инфекций составила 39,8% в группе плацебо и 12,4% в группе Vowst. Эти результаты показывают, что приём лекарства позволил восстановить микробиом кишечника пациентов после приёма антибиотика.

Сергей ПАВЛОВСКИЙ.

По материалам Journal of the American Geriatrics Society.

## Бывает и такое

Учёные из Калифорнийского университета в Беркли озвучили метод профилактики при болезни Альцгеймера. Работа, опубликованная в журнале BMC Medicine, показывает, что глубокий сон способствует предотвращению потери памяти при нейродегенеративных заболеваниях.

Известно, что амилоидные бляшки связаны с болезнью Альцгеймера. При этом здоровый сон является основополагающим аспектом сохранения памяти, а уменьшение продолжительности глубокого сна коррелирует с темпами накопления бета-амилоида в мозгу, после чего с большей вероятностью наступает деменция.

В ходе работы авторы рассмотрели данные 62 пожилых людей,

## Сон и интернет против деменции

которые были здоровыми и без диагностированного слабоумия. Участников попросили спать в лаборатории, где специалисты фиксировали и анализировали их сон с помощью аппарата электроэнцефалографии. Кроме того, применялась позитронно-эмиссионная томография для измерения количества отложений бета-амилоида в мозге. У половины испытуемых было зафиксировано большое количество отложений амилоида. После сна участников попросили пройти тест на память, где нужно было сопоставить имена с лицами.

Та группа, которая имела большое количество отложений в

мозге и более высокие показатели глубокого сна, продемонстрировала лучшие результаты в тестировании на память, чем та, у которой было такое же количество отложений, но спала хуже. В группе без скоплений бета-амилоида глубокий сон не оказывал дополнительного эффекта на память. Исследователи подчёркивают, что глубокий сон позволяет нивелировать вредное воздействие бета-амилоидных скоплений на память.

Группа специалистов из Нью-Йоркского университета изучила влияние интернета на вероятность развития деменции. Результаты работы, опубликованные

в Journal of the American Geriatrics Society, показывают, что использование сети в пожилом возрасте сокращает риск возникновения слабоумия практически вдвое.

В процессе исследования авторы рассмотрели данные 18 154 взрослых в возрасте от 54 до 64,9 года, у которых не было зафиксировано деменции. В среднем наблюдение продолжалось почти 8 лет, максимум – 17. В ходе работы у 4,68% участников было диагностировано слабоумие.

Регулярное использование интернета учёные связали со снижением риска возникновения ней-

## Кстати

Системы здравоохранения в большинстве стран мира начали демонстрировать первые признаки восстановления после пандемии COVID-19. Об этом говорится в новом докладе Всемирной организации здравоохранения.

## Здравоохранение оживает после пандемии



«Отрадно, что системы здравоохранения в большинстве стран возобновляют предоставление основных медицинских услуг для миллионов людей, которые не получали их во время пандемии. Но мы должны добиться того, чтобы все страны продолжали навёрстывать упущенное и восстанавливать службы здравоохранения, а также – на основе извлечённых уроков – создавать более устойчивые системы здравоохранения на будущее», – сказал представитель ВОЗ Руди Эггерс.

К началу 2023 г. страны сообщили о сокращении перебоев в оказании основных медицинских услуг, говорится в докладе. В 84 странах мира, где есть возможность отслеживать тенденции в сфере здравоохранения, число перебоев в предоставлении услуг снизилось в среднем с 56% в июле – сентябре 2020 г. до 23% в ноябре 2022 – январе 2023 г. В частности, во многих странах удалось по крайней мере частично восстановить предоставление услуг по охране сексуального, репродуктивного здоровья, здоровья матерей, новорожденных, детей и подростков, а также по иммунизации и защите населения от инфекционных заболеваний (включая малярию и ВИЧ). ВОЗ также сообщила, что большинство стран добились прогресса в интеграции услуг по борьбе с COVID-19 в систему базовых медицинских услуг. Примерно 80-90% стран полностью интегрировали услуги по вакцинации, диагностике и ведению пациентов с COVID-19, а также по лечению так называемых затяжных случаев COVID-19.

Наум СМОЛИН.

Фёдор СМЕРИН.  
По материалам BMC Medicine.

Журналистская судьба свела меня в своё время с врачом, в судьбе которого Сталин сыграл заметную роль.

20 июня 1950 г. в газете «Правда» была опубликована работа И.Сталина по вопросам языкознания. Подробно останавливаясь на ней, а тем более разбирать высказанные вождём спорные суждения нет никакого смысла: она совершенно не представляет научного интереса. Но это – с вершины сегодняшнего дня. Тогда статья была немедленно объявлена «выдающимся вкладом в сокровищницу...» и т.д. и т.п. Нас же данное событие интересует лишь потому, что работе этой суждено было сыграть огромную роль в жизни совсем неприметного «винтика», военного медика Анатолия Холопова.

...Подполковнику в отставке, участнику Великой Отечественной войны А.Холопову на день нашего знакомства было за 80. Высокий и совсем седой, он по-молодому крепко сжимал в приветствии руку. Очень быстрые, живые глаза пылливо ошупывали собеседника. Проходя в пропахшее порохом время медицинской службы на Северо-Западном, Северо-Кавказском и Украинском фронтах, он был тяжело ранен: довелось повоевать и в 62-й отдельной морской стрелковой бригаде, и в пулемётном батальоне, и на тральщике в составе Дунайской флотилии... Так что смелости офицеру было не занимать... Вспоминая, он активно жестикулировал, чуть прищуривая глаза.

В то время он, старший лейтенант медицинской службы, был в Заполярье секретарём военно-врачебной комиссии Северного морского флота. Чувствуя ахиллесову пятку в образовании (за спиной – всего лишь военно-медицинское училище), одновременно учился на заочном отделении Мурманского государственного учительского института. Понятно, что медик в настоящем и филолог в будущем тут же с карандашом в руках принялся за изучение «гениального труда».

– Сразу же обратило на себя внимание совершенно новое суждение вождя по вопросу о «скрещивании» языков, которое в корне противоречило его прежнему мнению, высказанному по этому поводу на XVI съезде ВКП(б), – неторопливо рассказывал Анатолий Василье-

Архивариус

# Подвергать всё сомнению

## Как военный медик нашёл противоречия в трудах «великого вождя»

вич. – Срок не ахти какой – всего 20 лет, и вдруг такая перемена точки зрения...

Не поленился военный медик, разыскал в 12-м томе сочинений Сталина опубликованный там «Политический отчёт Центрального комитета XVI съезду ВКП(б)», перечитал нужные страницы. Действительно, противоречие налицо. Причём в своей новой работе вождь даже нигде не обмолвился о том, что говорил прежде.

«Подвергай всё сомнению» – эта мысль древних философов для данного случая не совсем подходила: авторитет Сталина был непререкаем, и сомневаться в истинности его суждений не приходилось. Но тогда как быть, как правильно сориентироваться в преподнесённой им же самим загадке? Да и сложно ведь жить с подобным хаосом в душе: вождя-то цитируют по любому мало-мальски подходящему случаю... Не одну ночь провёл без сна старший лейтенант медицинской службы, пока всё же не отважился написать лично И.Сталину. Изложив по-военному кратко суть дела, попросил вождя, если можно, дать соответствующее разъяснение... Переживая страшно. Шутка ли, усомнился в мудрости «мудрейшего из мудрейших»!

Огромным усилием воли заставил себя не думать об отправленном вождю письме, а когда подоспел очередной отпуск, уехал под Ленинград, в Сестрорецкий дом отдыха Северного морского флота.

Говорят, память – бетон времени. Уж всё так, особенно значительное впрессовано, вдавлено в неё – не выковырнешь. А тот случай действительно был особенный. Настал день, когда старшего лейтенанта медицинской службы вызвали к начальнику дома отдыха. Стоит ли особо описывать то состояние, в котором находился молодой офицер, когда, указав на двух рослых мужчин в гражданском, начальника дома отдыха тихо произнёс: «Това-

рищ Холопов, за вами пришли...» Крепыши же, ничего не объясняя, предложили немедленно сесть в машину, угрюмо бросив: «Всё узнаете на месте...»

На бешеной скорости автомобиль помчался в Ленинград. Немного пришёл в себя старший лейтенант медицинской службы только в Смольном, где в ту пору размещался обком ВКП(б), после сообщения о том, что с ним будет говорить личный секретарь товарища Сталина А.Поскребышев. Через некоторое время А.Холопова пригласили к телефону.

– Вы писали товарищу Сталину? – услышал он в трубке отчётливый голос собеседника.

– Так точно! – отчеканил старший лейтенант медицинской службы.

– Товарищ Сталин вам ответит, – и в трубке прозвучали отбойные гудки.

Надо ли пояснять, что обратно Анатолий Васильевич возвращался уже на другой автомашине и без всякого сопровождения крепышей в штатском... А дальше события развивались и вовсе стремительно.

Вскоре в Ленинграде состоялось торжественное открытие нового стадиона им. С.М.Кирова. В перерыве между представлениями по радио прозвучало: «Старшего лейтенанта медицинской службы Холопова просят зайти в дирекцию!» Когда пришёл, увидел тех самых работников обкома ВКП(б), которые присутствовали при его разговоре с Поскребышевым.

Офицеру подали большой, с коричневым отливом конверт, на котором в верхнем углу типографским способом было отпечатано: «Секретариат Центрального Комитета Всесоюзной Коммунистической партии (большевиков)». Без конца улыбаясь (человек-то состоит в переписке с гениальным вождём всех времён и народов!), обкомовцы проводили офицера к выходу. Вскрыв он пакет, лишь вернувшись в дом отдыха. А спустя какое-то время это письмо Сталина было опубликовано во всех

центральных газетах как основная часть новой работы вождя «Ответ товарищам». Состояла она из трёх частей: «Тов. Санжееву», «Товарищам Д.Белкину и С.Фуреру» и «Тов. А.Холопову». Ответ был довольно пространным, подробно разъясняющим, что имел в виду вождь, выступая 20 лет назад на съезде партии, а что – в своём очередном теоретическом труде. Как ни крути, а противоречия в его суждениях всё же просматривались. И это было тем более очевидно хотя бы потому, что вождь взялся писать такой пространный ответ, явно пытаясь навести тень на ясный день. Короче, Сталин, соблюдая приличествующую случаю ритуальную сдержанность, вынужден был публично дать указание о том, как следует понимать его и в этом филологическом вопросе.

Анализируя произошедшее, Анатолий Васильевич ясно отдавал себе отчёт в том, что ему крупно повезло. Ведь «открытие противоречий» в трудах «самого» могло обернуться совсем по-другому, по способу борьбы отца Ферапонта из «Братьев Карамазовых» с нечистой силой – защемиль врагу рода человеческого как-нибудь половец хвост да побыстрее его «закрестить»... За примерами далеко ходить не надо. Вспомним хотя бы историю, рассказанную писателем Владимиром Карповым в одном из произведений. Обучаясь в военном училище, он при чтении брошюры, посвящённой одной из работ В.Ленина, обнаружил, что имя вождя Октября упоминается в ней намного реже, чем имя его «гениального продолжателя». Не сдержавшись, поделился своим открытием с одним из курсантов – и начало Великой Отечественной войны встретил в тюрьме. Затем были штрафной батальон, масса мытарств. И только потом – золотая Звезда Героя... Вот уж поистине горе от ума!

Почему же здесь сомнения в отношении высказанного Сталиным

оказались уместными? Разумеется, всякое сравнение хромает, но, возможно, тщательно вытапывая несогласных с собой людей, Сталин решил всё же чуть-чуть ослабить хватку и немного поиграть в демократию с совсем неопасным для себя лично молодым оппонентом. Отказался от авторитета силы в угоду авторитету веры, тем более что планировалось развернуть широкомасштабную дискуссию именно по вопросам языкознания. Или им двигало нечто иное?

Во всяком случае, после возвращения к месту службы Анатолий Холопов с удивлением узнал, что ему присвоено очередное воинское звание капитана медицинской службы. Это было тем более неожиданным, что лишь недавно он стал старшим лейтенантом! Ещё больше озадачил новоиспечённого капитана последовавший за этим вызов в Политуправление Северного морского флота. Пропев полагающиеся дифирамбы «гениальному труду великого Сталина», офицера тут немного пожурили за то, что не обратился с возникшим вопросом в Политуправление, а принял заботу о драгоценное время у самого вождя. Видимо, двум контр-адмиралам так хотелось проявить заботу о намного младшем по званию сослуживце, что вскоре из капитана медицинской службы А.Холопов стал строевым капитан-лейтенантом и слушателем Высших военно-политических курсов ВМС.

«Повезло», – скажет кто-то. Как знать, потому что после смерти Сталина из армии А.Холопова сократили (времена круто поменялись). Работать потом пришлось, после окончания соответствующих курсов, руководителем туристических групп.

Но это уже совсем другая история.

Василий ШПАЧКОВ,  
соб. корр. «МГ».

Брянск.

Память

## Чтобы помнили...



На здании медицинского колледжа Омского государственного медицинского университета открыли мемориальную доску в память о бывшем выпускнике, участнике СВО младшем сержанте Тимуре Ргебаеве, награждённом за отвагу и самоотверженность Орденом мужества посмертно.

...В своё время Тимур самостоятельно выбрал профессию, поступив в колледж ОмГМУ. После завершения учёбы он стал

участником специальной военной операции на территории Луганской Народной Республики как санитар-стрелок десантно-штурмового батальона отдельной бригады морской пехоты. В составе штурмового отряда действовал непосредственно на передовых позициях, на линии огня, оказывал первую экстренную медицинскую помощь раненым, а затем эвакуировал их в медицинский пункт. Благодаря его умелым действиям, собранности и смелости были

спасены 73 военнослужащих, 42 из которых вернулись в строй. Погиб младший сержант Ргебаев при выполнении боевой задачи.

«Именно в детстве и юности, благодаря родителям и учителям, закладываются те принципы, тот стержень, которые позволяют в будущем совершать настоящие поступки, – отметил заместитель председателя правительства области Алексей Ромахин. – Именно таким был омич Тимур Ргебаев. Он выбрал путь служения Родине, путь воина, и погиб как Герой. Его имя, высеченное на мемориальной доске, будет напоминать всем о его подвиге. Спасибо его маме, которая вырастила настоящего героя. Низкий вам поклон и благодарность земляков...»

Преподаватели медколледжа помнят Тимура и отмечают, что он был сдержанным, спокойным, терпеливым и при этом уверенным в себе, проявлял лидерские качества, но никогда не вступал в конфликты. Он был из тех обычных скромных парней, которые в минуту опасности становятся героями. И педагоги, и нынешние студенты гордятся своим выпускником.

Память героя специальной военной операции Тимура Ргебаева почтили минутой молчания.

Татьяна БЕРЕЗОВСКАЯ,  
соб. корр. «МГ».

Омск.

Ракурс

История барельефа на логотипе Института общей патологии и патофизиологии начиналась в годы Великой Отечественной войны.

ботал над этим портретом накануне Великой Отечественной войны, когда ему самому было 32 года. Создавая портрет, скульптор подчеркнул необыкновенную

## Яркое дарование

Одним из замечательных творений российского скульптора-монументалиста, участника Великой Отечественной войны, подполковника в отставке, народного художника СССР, лауреата Ленинской премии и пяти Сталинских премий, известного почти каждому из нас по монументальной скульптуре в Волгограде «Родина-мать зовёт», Евгения Вучетича является барельеф учёного-медика в области физиологии и патологии, директора Института общей и экспериментальной патологии АМН СССР с 1945 г., заведующего отделом общей патологии Института нормальной и патологической физиологии АМН СССР с 1954 г., академика АН СССР (1939) и АМН СССР (1944) Алексея Сперанского.

Создавая портрет академика А.Сперанского, учёного с мировым именем, с ярким и своеобразным дарованием, Евгений Вичетич увидел в нём внутреннюю силу и волю, железный характер. Вучетич ра-

и огромную силу известного учёного. Его изображение на логотипе Научно-исследовательского института общей патологии и патофизиологии стало символом научных открытий. Установлена и мемориальная доска «В этом здании работал выдающийся советский учёный-медик академик Алексей Дмитриевич Сперанский».

В годы Великой Отечественной войны и Е.Вучетич и А.Сперанский, не раздумывая, ушли добровольцами на фронт. Эти две выдающиеся личности с кипучей энергией олицетворяют творческий поиск и высокое духовное богатство. Нестандартный логотип, в котором слились две неординарные судьбы, ещё раз подтверждает, что сотрудник института – это высококвалифицированный и творческий гражданин России, принимающий судьбу Отечества как свою личную.

Наиля САФИНА,  
внешт. корр. «МГ».

Ильяс МАМАЕВ – заслуженный врач России. «Медицинская газета» не раз писала о работе дагестанских медиков, когда он возглавлял Министерство здравоохранения Дагестана. Потом был советником главы республики, позже возглавлял Республиканский фонд ОМС. С декабря 2021 г. – председатель Комитета Народного Собрания Республики Дагестан по здравоохранению, труду и социальной политике. Как и положено организатору здравоохранения такого ранга, он всю жизнь учился сам и создавал условия для этого своим подчинённым, поощрял их за инициативу. Поэтому и происходившие изменения в отрасли были правильно восприняты в республиканском здравоохранении. А важных перемен всегда было достаточно... При этом И.Мамаев не только эрудированный и опытный руководитель, но и всесторонне развитый человек, интересный собеседник. С ним беседует главный редактор «Медицинской газеты» Алексей ПАПЫРИН.



Когда мы уйдём в мир иной, Всевышний спросит у нас: «Я дал вам специальность, чтобы вы могли оказывать помощь людям. Как распорядились вы полученной выделенностью?» Нам надо будет ответить.  
7 мая 2023. Ильяс

Ильяс МАМАЕВ:

## Нам всем придётся отвечать перед Всевышним

– Ильяс Ахмедович, ваша жизнь вместила много событий, и корреспонденты «МГ» не раз брали у вас интервью. Но, насколько я помню, никогда не задавали вопрос, как вы пришли в медицину...

– Выбор будущей профессии, конечно же, не был случайным. Дед мой занимался народной медициной, к нему приходили за помощью со всей округи. У него были инструменты собственного изготовления, которые он использовал при кровопускании, удалении зубов и других манипуляциях. Мой старший брат решил после школы поступить в медицинский институт. Каждую субботу он приезжал домой и рассказывал, как проходят занятия, какие лекции слушал, как работал в анатомичке. Это вызывало у меня огромный интерес. Когда встал вопрос о будущей профессии, не задумываясь, выбрал медицинский вуз.

– За время работы через ваши руки в буквальном смысле слова прошли сотни людей, нуждающихся в медицинской помощи. Вы начинали работать в советское время, а министерство возглавили уже в 90-е годы. Какой период деятельности на медицинском поприще запомнился больше всего?

– Каждый промежуток времени интересен по-своему. В советском было много решений, принимаемых правительством по вопросам здравоохранения, профилактики и раннего выявления заболеваний. Именно тогда была впервые озвучена необходимость диспансеризации населения. В 90-е годы в здравоохранении произошёл коренной перелом. Появилась бюджетно-страховая медицина. Этот период оказался самым сложным. И те руководители,

которые возглавляли здравоохранение в регионах, были кризисными менеджерами. Мы все учились работать в условиях затаившегося кризиса, дефицита финансовых средств, медицинского оборудования, лекарств. Обстановка тогда на Кавказе была сложной. Терроризм и экстремизм были главными проблемами. Наконец наступил последний период, когда страна стала подниматься с колен. Появились большие возможности у здравоохранения, прежде всего в связи с принятием программы его модернизации и президентских национальных проектов, поднявших нашу отрасль на новый уровень.

– Дагестан всегда был богат талантливыми людьми. Среди них известные всему миру поэты Расул Гамзатов и Фазу Алиева. Вам доводилось встречаться с ними?

– В прошлом году наша республика отметила 90-летие народной поэтессы Дагестана, прозаика и публициста Фазу Алиевой, чьи стихи были переведены на 68 языков мира. Фазу Гамзатовна долгие годы возглавляла Комитет по защите женщин, занималась правозащитной деятельностью. Это была удивительная женщина, которая любила Россию, родной край, переживала за все события последнего десятилетия XX века и верила в возрождение нашей страны. Всё её творчество пронизано патристическими мотивами... Её поэзия – это радость и боль. Боль женщины, матери, гражданина своей страны. Она очень тепло относилась к врачам, медсёстрам. Мы всегда приглашали её на праздничные мероприятия.

В этом году исполнится 100 лет со дня рождения другого нашего выдающегося поэта – Расула Гамзатова. Дагестанцы очень гордятся тем, что являются земляками поэта мирового масштаба. Р.Гамзатов вместе с супругой Патимат посещали наши торжественные мероприятия. Какие это были тёплые встречи!

Когда он пришёл в дом родителей моей супруги, которые жили по соседству, и увидев на полках большое количество книг, воскликнул: «Это живые свидетели, рассказывающие нам о большой судьбе разных народов». Далее продолжил: «Пушкин, умирая, взглянув на книжные полки, прошептал: «Прощайте, друзья!». Мне же, когда я нахожусь в окружении книг, хочется воскликнуть: «Здравствуйте, друзья!». В последние годы поэт чувствовал себя уже плохо, и мне Фазу Гамзатовна как-то сказала: «Ильяс Ахмедович, мы должны сделать всё, чтобы сберечь Расула для Дагестана». И медики старались поддержать как можно дольше его жизнь. Хочется выразить всем огромную благодарность.

Классики мировой литературы оказали огромное влияние на творчество Гамзатова. Он боготворил Блока и Маяковского, Есенина и Пастернака, Цветаеву и Багрицкого, но всю свою жизнь был верен Пушкину, Лермонтову, Некрасову. Даже находясь в блоке интенсивной терапии, он никогда не оставлял перо и бумагу. Я часто находил его сидящим за столом с ручкой в руке. В беседе со мной он сказал: «Если к прекрасной аварской поэзии я прибавил хотя бы три камушка, если

в моих стихах есть столько огня, что его хватит для того, чтобы прикурить хотя бы три папиросы, то всем этим я обязан Москве, русской литературе, моим друзьям и учителям».

После распада Советского Союза Расул Гамзатович вернулся из Москвы в Махачкалу. Встречался с друзьями, жил очень активной жизнью, приходил на встречи с медицинской общественностью. В памяти работников здравоохранения осталась его замечательная фраза: «Празднование Дня медицинского работника в нашей стране – это дань глубокого уважения к этой профессии, благодарность за тяжёлый труд медиков. Но если к благодарности добавить весомую заработную плату, было бы лучше».

– Вы сказали, что Расул Гамзатов был и вашим пациентом...

– Не только пациентом. Мы были соседями и жили на одной улице. В нашем дворе жил ещё и пятикратный чемпион мира, семикратный чемпион Советского Союза по вольной борьбе, врач Али Алиев. И каждый день в 5 часов утра в летние месяцы они вставали и выезжали в парк. А.Алиев занимался зарядкой, а Расул Гамзатович совершал прогулку. Наш двор всегда был полон гостей. Расул радовался их приходу. Встречи с поэтом всегда оставляли неизгладимое впечатление. Расул Гамзатович любил говорить: «Хоть дом мой в стороне, но всё же сделай крюк. И взгляни ко мне, мой знакомый друг».

Он был душой компании. Уважительно относился к окружающим. Любил общаться с простым

народом. Внимательно слушал людей, как будто собирал глубокие мысли в их рассказах. В 90-е годы мы как-то летели из Баку в Махачкалу после торжественных мероприятий. Расул Гамзатович сидел в первом салоне. Но через некоторое время говорит: «Пойду к работникам культуры, (они сидели во втором салоне) с ними мне интересней». И большим он был таким же – тихим и скромным. С благодарностью относился к медицинским работникам, всегда находил для них тёплые слова.

– На ваш взгляд, в чём сила стихов Гамзатова?

– Поэзия его объединяет в себе мудрость и мужество, любовь и боль, истину и веру, благородство и добро. Он всегда писал естественно, страстно и самобытно, вдохновенно, обличительно и смело, а иногда и дерзко.

Мне помнится, на одном из торжественных собраний, посвящённом юбилею Дагестана в 90-е годы, Р.Гамзатов, автор популярной и знаменитой книги «Мой Дагестан» с болью в душе сказал: «Сегодня мне пришлось бы поменять название книги «Мой Дагестан» на «Не мой Дагестан». Экстремизм, терроризм, сопровождавший жизнь в республике в 90-е годы, привёл его к этой тяжёлой мысли. Поэт, который посвятил всю свою жизнь прославлению республики, признался, что не всё хорошо в нашем доме. Вспомнил последнее стихотворение Р.Гамзатова в переводе Александра Литвака:

Когда я окажусь на свете том...  
И встречу там  
войной убитых братьев:  
– Ну, как страна?  
Как Родина? Как дом?...  
Впервые им  
захочется солгать мне.  
Как павшим на полях  
большой войны  
Сказать, что больше  
нет уже страны?...

\* \* \*

Когда я окажусь на свете том,  
То в третий мир хочу  
попасть без спроса,  
Где тишина,  
и где Аллах с Христом,  
Не задают  
мучительных вопросов...

– Да, его поэзия – это целая Вселенная. Что бы вы пожелали коллегам?

– Как известно, Всевышний всё решает через людей. Он направляет нас, и благодаря ему мы занимаемся медициной. Когда мы уйдём в мир иной, он спросит: «Я дал вам специальность, чтобы оказывать помощь людям. Как вы распорядились полученной возможностью? Проявили ли вы любовь и сострадание к больным?».

Мы должны помнить о том, что за всё надо будет ответить перед Всевышним.



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

Мнение редакции может не совпадать с точкой зрения авторов.

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

Материалы, помеченные значком , публикуются на правах рекламы. За достоверность рекламы ответственность несёт рекламодатель.

Главный редактор А.ПАПЫРИН.

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

Дежурный член редколлегии – В.ЕВЛАНОВА.

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

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

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

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

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

Отпечатано в ОАО «Московская

газетная типография».

Адрес: 123022, Москва,

ул. 1905 года, д. 7, стр. 1

Заказ № 1251

Тираж 14 009 экз.

Распространяется

по подписке

в Российской Федерации

и зарубежных странах.

