

Медицинская

4 октября 2023 г.
среда
№ 39 (8108)

Газета®



ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ВРАЧЕБНОЕ ИЗДАНИЕ

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

www.mgzt.ru

Какие из федеральных проектов действительно могли бы стать поворотными для медицины, а какие имеют весьма неоднозначную целесообразность?

Стр. 4-5

Московскому обществу хирургов 150 лет.

Стр. 6

Правовые, религиозные, социально-медицинские, этические и демографические проблемы выбора в работе врача.

Стр. 12

Сотрудничество

Меморандум подписан

Университеты России, Китая, Сирии и Кыргызстана создают Евразийскую ассоциацию университетов наук о жизни



Подписание меморандума об организации нового объединения вузов произошло в зале заседаний Музея истории медицины Сеченовского университета во время конференции «Медицина больших данных» Российско-китайской ассоциации медицинских университетов (РКАМУ).

Ректор Сеченовского университета академик РАН Пётр Глыбочко и представитель Технологического университета Шарифа (Тегеран, Иран) профессор Мохаммад Али Кучакзаде поставили свои подписи под Меморандумом о намерениях о создании Евразийской ассоциации университетов наук о жизни. Членами организации также станут Фуданьский университет и Харбинский медицинский университет (КНР), Университет Дамаска (Сирия)

Пётр Глыбочко (справа) и Мохаммад Али Кучакзаде после подписания меморандума

и Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К.Ахунбаева. На российско-китайской конференции, проведённой в смешанном очном и онлайн-формате, подвели итоги работы РКАМУ в 2022-23 гг. и обсудили новую концепцию сотрудничества на 2023-2024 гг. Прозвучали сообщения о деятельности и планах пяти комитетов ассоциации – по научным проектам, совместным образовательным программам, клиническим консилиумам, программам мобильности, зимним и летним школам.

Их представили вузы – кураторы комитетов, соответственно: Сеченовский университет и Шанхайский университет инженерных наук, Саратовский государственный медицинский университет им. В.И.Разумовского

и Пекинский университет китайской медицины и фармакологии, Дальневосточный государственный медицинский университет, Сеченовский университет и Цзинаньский университет (Гуанчжоу), Сибирский государственный медицинский университет и Гуандунский фармацевтический университет, Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н.Бурденко и Харбинский медицинский университет. За несколько лет члены РКАМУ увеличили научную активность более чем на 50%.

Альберт ХИСАМОВ,
обозреватель «МГ».

Фото Елены ЕМЫШЕВОЙ.

Акценты

Создаем общее будущее вместе

30 сентября в нашей стране отметили День воссоединения Донецкой и Луганской народных республик, Запорожской и Херсонской областей с Российской Федерацией. С обращением в связи с этим праздником выступил Президент России Владимир Путин. Он отметил, что это осознанное, долгожданное, выстраданное и подлинно народное решение люди приняли вместе в ходе референдумов в полном соответствии с международными нормами, проявили мужество и непреклонный характер.

Сегодня мы вместе создаем наше общее будущее, восстанавливаем и строим школы и больницы, дома и дороги, музеи и мемориалы, все наши регионы оказывают по-настоящему братскую помощь городам и посёлкам Донбасса и Новороссии, подчеркнул В.Путин. В эту работу вносят свой вклад волонтеры, общественные и религиозные организации, парламентские партии, предприниматели и трудовые коллективы, вся страна делает общее дело.

«Впереди большая работа и решение сложных задач, реализация масштабной программы возрождения и социально-экономического развития наших исторических регионов. И мы обязательно добьемся поставленных целей. Хочу особо обратиться к жителям Донецкой, Луганской народных республик, Запорожской и Херсонской областей. Спасибо вам за то, что, несмотря на все испытания, вы сберегли и передали своим детям любовь к Отечеству. Благодарю вас, вашей твердости и решительности Россия стала ещё сильнее. Мы – один народ и вместе всё преодолеем, ответим на любые вызовы», – подчеркнул глава государства.

Программы, которые сегодня разработаны для новых субъектов, многогранны и подкреплены финансированием, заявил министр

здравоохранения РФ Михаил Мурашко.

– Первая задача – это интеграция системы помощи в общую систему здравоохранения, чтобы людям в новых субъектах была доступна вся медицина России, интеграция системы ОМС и получение полисов гражданами новых субъектов. Сегодня их получили более 1,6 млн человек, – сказал министр.

Также он отметил, что с 2023 г. начали реализовываться программы модернизации первичного звена, по развитию онкологической службы и помощи при сердечно-сосудистых заболеваниях. В новых регионах обновлён весь парк машин скорой помощи. Более 230 медицинских организаций охвачены ремонтом, также идёт открытие новых учреждений. Всё это фактически создаёт единый механизм, единую структуру, подчеркнул министр.

По поручению Президента РФ Минздрав России организовал профилактические осмотры всех детей в новых субъектах, что позволило выявить большое количество заболеваний: практически каждый второй диагноз был поставлен впервые. Также сейчас идёт работа по профилактическим осмотрам взрослого населения, более 1 млн 150 тыс. человек уже осмотрены.

Юрий ДАНИЛОВ.

ОСТРАЯ ТЕМА

Арег ТОТОЛЯН



Директор НИИ эпидемиологии и микробиологии им. Пастера Роспотребнадзора, академик РАН:

Иметь в стране механизм постоянного мониторинга коллективного иммунитета к разным инфекционным агентам, позволяющий своевременно принимать необходимые управленческие решения, – это большое благо.

Стр. 7

Новости
Жильё — это важно!

В Няганскую городскую поликлинику приняты в нынешнем году на работу 7 врачей и 12 специалистов среднего звена. В частности, штат врачей пополнился двумя участковыми терапевтами, неврологом, рентгенологом, урологом, аллергологом и врачом лабораторной диагностики.

При этом двум врачам – терапевту Кристине Лисовец и урологу Гасану Гасанову были вручены ключи от служебных квартир. Кристина Николаевна вместе с мамой отпраздновали новоселье в двухкомнатной квартире, а Гасан Муратович вместе с супругой и тремя детьми – в трёхкомнатной.

Руководство клиники уверено: обеспечение жилищными условиями – важный аргумент как для привлечения новых кадров, так и для сохранения имеющегося костяка специалистов.

Подобная забота о медиках уже становится доброй традицией. Так, в 2022 г. при участии администрации Нягани и Департамента здравоохранения Ханты Мансийского автономного округа – Югры для учреждения было приобретено 7 квартир в новом многоквартирном доме; в 2021 г. отдельная жилплощадь появилась у четырёх сотрудников Талинской врачебной амбулатории.

«Мы постоянно ведём работу по привлечению в штат высокопрофессиональных специалистов, – говорит временно исполняющая обязанности главного врача Няганской городской поликлиники Татьяна Колосова. – Это тем более важно, что с появлением новых для нас видов деятельности возникает потребность в узких специалистах, таких, как иммунолог, оптометрист и других».

Алёна ЖУКОВА.

Нягань.

Неизбежные шаги

Медики Железноводской городской больницы впервые провели операцию по замене коленного сустава. В этом дебюте отметились травматологи-ортопеды Роман Селин и Борис Кузьминов при непосредственном участии профессора Николая Корнилова, ведущего специалиста кафедры травматологии и ортопедии НМИЦ травматологии и ортопедии им. Р.Р.Вредена (Санкт-Петербург).

Если быть точным в деталях, операций было две, и обе выполнялись двум женщинам, страдающим от тяжёлой формы артроза коленного сустава. Консервативное лечение уже не представляло эффективных результатов, поэтому замена коленного сустава стала неизбежным шагом на пути их выздоровления.

– Благодаря высокой профессиональной подготовке и опыту врачей обе операции прошли успешно. Всего за сутки после вмешательства пациентки смогли самостоятельно передвигаться с помощью дополнительных средств опоры, – заявила главный врач больницы Ромелла Васильева.

Рубен КАЗАРЯН.

Ставропольский край.

С ножом в груди

В Омске хирурги спасли парня, который ночью был доставлен в областную клиническую больницу с ножом в груди.

Рукоятка ножа торчала прямо по центру татуировки, нанесённой на левой стороне груди. При обследовании медики выяснили, что нож прошёл насквозь через верхнюю долю левого лёгкого, повредив верхнюю лёгочную артерию и вену, из-за чего образовалась обширная внутрилёгочная гематома.

После удаления ножа из груди у пациента началось сильное кровотечение из артерии, однако благодаря профессионализму и усилиям врачей операционной бригады и хирурга Кирилла Безмозгина удалось спасти юношу.

В настоящее время, сообщили в областном Минздраве, 22-летний омич уже выписан домой и чувствует себя удовлетворительно. А вот о причинах произошедшего и событиях, к ним приведшим, пока не сообщается.

Татьяна БЕРЕЗОВСКАЯ.

Омск.

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

Проекты

Не конкурировать, а кооперироваться

Ректоры российских медицинских университетов обсудили стратегию развития



Ассоциация «Совет ректоров медицинских и фармацевтических высших учебных заведений» на своём очередном заседании подвела итоги приёмной кампании – 2023 и наметила планы на будущее. По словам министра здравоохранения Михаила Мурашко, перед отраслью сейчас стоят ключевые задачи: укомплектованность кадрами (врачебным и сестринским персоналом) и качество подготовки специалистов.

Министр напомнил, что в этом году правила работы приёмных кампаний были изменены, что упростило весь процесс. Согласно новой системе приоритетов, отпала необходимость перекладывания документов (оригинала аттестата) с одной специальности на другую, была отменена подача согласия на зачисление. Дети медработников, погибших от коронавируса, смогли поступить по отдельной квоте, также привилегии коснулись участников СВО и их детей. Ученики отдельных школ Белгородской, Брянской и Курской областей получили возможность поступить по итогам собеседования, проведённого очно или дистанционно.

По словам М.Мурашко, медицинское образование остаётся востребованным: в этом году конкурс увеличился на 24%. Всего принято в медвузы Минздрава России 29 тыс. студентов и около 16 тыс. ординаторов. Он отметил, что интерес к российским медицинским вузам растёт год от года, в том числе у иностранных студентов.

Тему обеспечения страны медицинскими кадрами продолжил ректор Сеченовского университета Минздрава России, председатель ассоциации Пётр Глыбочко.

«На сегодня у нас достаточно ординаторов на разных формах обучения – целевой, бюджетной, коммерческой. По программе у них полгода – практика. Мы предлагаем эти полгода заменить на стажировку в первичном звене здравоохранения. Этот вопрос

проработан с некоторыми регионами – Брянской, Курской, Саратовской областями, республиками Башкирия, Татарстан. Они готовы принять наших ординаторов на ставку врача-стажёра, обеспечить им зарплату и проживание, это поможет ординаторам на рабочем месте почувствовать, что такое быть врачом», – отметил П.Глыбочко.

В Первом МГМУ им. И.М.Сеченова уже 50 стажёров-исследователей: они участвуют в реальных исследовательских проектах и получают зарплату. В этом году заработал Клуб предпринимателей и стартовал акселератор Sechenov Tech, который за два сезона собрал более 480 участников.

«РТ-Доктис» – дочерним предприятием Ростелекома.

П.Глыбочко подчеркнул, что в рамках федерального проекта «Медицинская наука для человека» потребуется синхронизация исследований медвузов с общей повесткой развития отечественного здравоохранения. Для этого необходимо будет создать научно-образовательный консорциум. Уже сейчас команды из 9 вузов объединились на площадке Московской школы управления. Таким образом, только объединив усилия, можно добиться синергетического результата для решения задач отрасли и сделать свой вклад в технологический суверенитет страны, подчеркнул ректор.



К формированию принципиально новой стратегии приступил и клинический центр, он трансформируется в Клинический центр наук о здоровье. В его основе будет лежать работа клинических проектных групп. Кроме того, важнейшим событием 2023 г. является получение аккредитации Росздравнадзора по соответствию стандартам ЕВРАЗЭС при клинических испытаниях медицинских изделий. Уже запущены совместные проекты с Росатомом, Сбером и компанией

Этапы развития РНИМУ им. Н.И.Пирогова Минздрава России в программе «Приоритет 2030» представил ректор университета Сергей Лукьянов. Он рассказал о стратегических проектах, которые нацелены на борьбу с аутоиммунными заболеваниями, в том числе болезнью Бехтерева и сахарным диабетом 1-го типа, с механизмами старения, с болезнью Альцгеймера. Одна из их разработок посвящена реабилитации после инсульта, травмы или ДЦП.

М.Мурашко высоко оценил выступления ректоров: «Вы видите, насколько комплексный подход в развитии университета не только как образовательного учреждения, но и как клинического и научного (фактически это передовые школы) меняет ландшафт медицины как в практико-ориентированных вещах, так и в фундаментальных. Такой пример должен подтолкнуть другие вузы к созданию новых прорывных направлений и идей, так как потенциал у всех есть. Только кооперируясь, мы можем вместе создавать масштабные и важные для страны разработки».

Игорь НАУМОВ.


«МГ» через редакцию

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

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

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

Проблемы и решения

Как преодолеть дефицит устройств для больных диабетом?

Президент России Владимир Путин на совещании главы государства с членами Правительства дал министру здравоохранения РФ Михаилу Мурашко неделю, чтобы продумать меры по улучшению ситуации с устройствами для непрерывного мониторинга глюкозы, необходимыми для больных сахарным диабетом.

Выступивший на совещании руководитель исполкома «Общероссийского народного фронта» Михаил Кузнецов обратил внимание на ряд проблем, с которыми в настоящее время сталкиваются пациенты с сахарным диабетом (СД), в частности, на дефицит устройств непрерывного мониторинга глюкозы.

– Что касается тест-полосок и глюкометров, у нас поступает минимальное количество обращений, а вот что касается доступности устройств непрерывного мониторинга глюкозы, здесь есть определённые сложности. На этой неделе опросили 4200 человек, из них две трети – это родители детей-диабетиков, самая трудная категория. Более 70% из них сталкивались с дефицитом устройств, более 80% – с дефицитом расходников к этим устройствам, – сообщил М.Кузнецов.

По его словам, эти устройства в первую очередь необходимы детям до 4 лет, которые не могут самостоятельно вводить себе инсулин.

– Нужно, чтобы Минздрав разработал программу и закупил в нужном объёме или помог регионам закупить и выдать людям эти системы... Сейчас ситуация выглядит следующим образом: больные получают устройство через решение судов либо через очень длительное ожидание, – пояснил он.

Президент, выслушав М.Кузнецова, попросил М.Мурашко за неделю продумать, как можно исправить сложившуюся ситуацию, и доложить об этом.

Глава Минздрава России в своём выступлении отметил, что сегодня лекарственное обеспечение пациентов с СД финансируется из федерального и региональных бюджетов, на эти цели ежегодно выделяется более 60 млрд руб.

– В России зарегистрировано всего 165 препаратов для лечения сахарного диабета и 1-го, и 2-го типа, половина из них – отечественного производства. На рынке государственных закупок в этом году уже 70% – это отечественные препараты. Отечественная промышленность позволяет, в том числе сегодня, уже активно экспортировать данную группу препаратов. Активно развивается и рынок медицинских изделий. Зарегистрировано уже 6 отечественных тест-полосок для определения уровня сахара в крови, – отметил министр.

По поручению Президента Правительством совместно с Национальным медицинским исследовательским центром эндокринологии с привлечением ведущих экспертов разработан и одобрен новый федеральный проект «Борьба с сахарным диабетом». Проект предусматривает пять направлений: развитие инфраструктуры «службы диабета», прежде всего в регионах; работу школ для пациентов с СД; повышение квалификации медработников, участвующих в оказании медпомощи пациентам с СД;

обеспечение детей с СД 1-го типа системой непрерывного мониторинга глюкозы; научно-техническое развитие в эндокринологии.

– Для стабильности рынка сегодня зарегистрировано четыре медицинских изделия непрерывного мониторинга глюкозы, два из которых – из дружественных стран. Кроме того, отечественные производители уже разрабатывают системы нашего производства для мониторинга, и, по словам разработчиков, планируется в первой половине 2024 г. выйти на клинические исследования. Пока эти приборы закупаются за счёт средств регионов, – заявил глава Минздрава. И добавил, что кроме значительных усилий по лечению уже существующих заболеваний и осложнений СД, отдельное направление – это диспансеризация населения, в том числе выявление состояния преддиабета и непосредственно нарушения углеводного обмена. Уже в этом году диспансеризацию прошли 60 млн граждан нашей страны.

Павел БАЛАГИН.

Игеи

Практика студентов-медиков в поликлиниках

Минздрав России поддержал проект «Единой России», предполагающий организацию производственной практики ординаторов в медицинских организациях первичного звена под руководством наставников.

Инициативу представил глава думской фракции единороссов Владимир Васильев на совещании по модернизации первичного звена здравоохранения и реализации соответствующего блока народной программы партии, которое прошло при участии Минздрава, Минпромторга и представителей кабина.

В.Васильев напомнил, что в весеннюю сессию был принят закон о наделении врачей-стажёров правом оказывать медицинскую помощь под кураторством наставников. По его мнению, нынешняя инициатива «способствует как развитию системы наставничества и приобретению практических навыков у молодых специалистов, так и позволит избежать кадрового дефицита медработников первичного звена в регионах».

Для реализации программы в первую очередь нужно закрепить за профильными образовательными организациями районы их работы, чтобы студенты знали, где будут проходить такой вид практики. Предстоит также выработать критерии отбора наставников.

Владимир ЧЕРНОВ.

Преодоление

«Мобивент» заменит импорт

Концерн КРЭТ Госкорпорации Ростех изготовил первые опытные образцы нового аппарата искусственной вентиляции лёгких «Мобивент». В разработке интерфейса программного обеспечения аппарата участвовала команда реаниматологов, которая оценивала удобство использования и функционал системы. Новинка поможет ускорить процесс импортозамещения аппаратов ИВЛ в России.

Универсальный аппарат искусственной вентиляции лёгких «Мобивент» оснащён поворотным дисплеем, принципиально новым графическим интерфейсом и периферийной элементной базой. Опци-

ональные и экспертные функции и режимы вентиляции отвечают всем современным требованиям. Аппарат может быть адаптирован к индивидуальным потребностям пациентов весом от 2 до 300 кг. Разработку ведут специалисты Уральского приборостроительного завода (УПЗ, входит в КРЭТ).

«Новая разработка концерна – это ещё один шаг в процессе отказа от закупок аппаратов ИВЛ зарубежного производства, что особенно актуально в условиях санкций. От дыхательных аппаратов зависят жизни людей, поэтому создание отечественных устройств такого класса – вопрос не только технологического суверенитета, но и национальной безопасности. Сейчас в со-

трудничестве с практикующими реаниматологами специалисты КРЭТ дорабатывают программное обеспечение и интерфейс, чтобы они отвечали всем современным трендам. Наша задача – создавать медицинскую технику, которая будет эффективной для пациентов и максимально комфортной для медиков. В настоящее время мы выходим на стадию испытаний, начало серийного производства аппаратов «Мобивент» запланировано на конец 2024 г., выход на рынок – в 2025 г.», – сказал исполнительный директор госкорпорации «Ростех» Олег Евтушенко.

Дизайн нового аппарата уже получил высокие оценки – он занял третье место в премии «Лучший промышленный дизайн России»

в номинации «Дизайн-продукт» категории электронных устройств.

Разработка новой линейки аппаратов искусственной вентиляции лёгких «Мобивент» ведётся в рамках госпрограммы «Развитие электронной и радиоэлектронной промышленности». Согласно проекту, будет модернизирован универсальный аппарат ИВЛ «Авента-У» и разработано пять новых аппаратов линейки «Мобивент». Кроме того, планируется создать дополнительное оборудование с возможностью проведения удалённого мониторинга параметров и автоматического сбора информации с аппаратов ИВЛ.

Дмитрий ДЕНИСОВ.

Подписка-2024

Уважаемые читатели!

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

Подписные издания

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

Подписные индексы:

ПН016 – на год
ПН014 – на месяц.

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

Юридические лица могут подписаться через отделы подписки региональных почтамтов.

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

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

Криминал

Условный срок за фиктивные диагнозы

Фрунзенский районный суд Санкт-Петербурга приговорил к условному сроку врача Кирилла Лебедева, который за деньги освобождал молодых людей от призыва на военную службу. Об этом сообщили в объединённой пресс-службе городских судов.

Мужчине инкриминировали п. «а» ч. 5 ст. 290 УК РФ, а также п. «а» и «в» ч. 5 ст. 290 УК РФ о получении взятки. Были доказаны семь эпизодов получения денег в составе группы лиц. В шести случаях речь идёт о крупном размере.

Суд установил, что осенью 2020 г. Лебедев, занимая должность заведующего отделением лучевой диагностики в городской поликлинике № 56, согласился быть посредником в получении взяток. До этого организатор преступной группы привлек ещё одно лицо, поручив получать от граждан деньги и передавать ему 90 тыс. руб. от каждой предполагаемой взятки. В свою очередь, второй фигурант, будучи знакомым с Лебедевым, предложил ему воспользоваться служебным положением для выдачи фиктивных диагнозов в медицинских заключениях, дающих основание для освобождения гражданина от военной службы по состоянию здоровья.

За каждый диагноз врач получал по 10 тыс. руб. Всего с сентября по декабрь 2020 г. члены организованной преступной группы получили несколько взяток на общую сумму более 1,3 млн руб. Свою вину К.Лебедев признал, сотрудничал со следствием. Суд назначил ему наказание в виде лишения свободы на 6 лет условно с испытательным сроком 5 лет. Его также лишили права занимать должности на госслужбе сроком на 5 лет.

Анатолий ПЕТРЕНКО.

В какой мере парламентарии способны повлиять на параметры той части государственного бюджета, которая относится к сфере здравоохранения? Какие из федеральных проектов в сфере медицины действительно могли бы стать поворотными для отрасли, а какие имеют весьма неоднозначную целесообразность и эффективность? Почему врачебная деятельность всё чаще и чаще становится предметом криминальной хроники, и можно ли, наконец, исправить ситуацию?

Своими размышлениями с корреспондентом «МГ» поделился заместитель председателя Комитета Госдумы по охране здоровья кандидат медицинских наук Сергей ЛЕОНОВ.

Каждый за своё или за общее?

– Сергей Дмитриевич, какие из законопроектов для Комитета по охране здоровья самые актуальные на предстоящую сессию работы Госдумы?

– Традиционно главный закон, который предстоит рассматривать осенью – проект бюджета Российской Федерации на следующий год. Разумеется, наш комитет в большей степени этот документ интересует в части расходов на здравоохранение.

– Здесь каждый депутат старается отстаивать интересы своего региона, «протолкнуть» его в какие-то национальные проекты с федеральным финансированием или же все усилия направлены на то, чтобы бороться за полноценный бюджет медицинской отрасли в целом?

– И то, и другое. Без второго не может состояться первое, поэтому полнота финансового наполнения отрасли в целом предопределяет то, удастся ли каким-то территориям решить свои задачи с помощью федерального бюджета. Любому депутату будет стараться привлечь как можно больше денег в свой регион, это правило нашей работы.

Например, в Смоленской области есть проблема, которая давно требует решения – реконструкция либо строительство областной психиатрической больницы. Учреждению почти 120 лет, и всё это время оно находится в том же здании, где ни разу не было капитального ремонта. Состояние корпуса удручающее. Условия, в которых находятся пациенты и работает персонал, нельзя назвать удовлетворительными. Я уже обращался по этому поводу к министру здравоохранения России Михаилу Мурашко, администрация области тоже пытается получить федеральное финансирование на реконструкцию здания. Это один из пунктов моей депутатской программы, и такие программы есть у каждого члена комитета.

– А как же интересы всей системы здравоохранения?

– Они учитываются в первую очередь, как я уже сказал. Есть сквозные отраслевые проблемы, равно значимые для всех субъектов РФ. Например, лечение орфаных заболеваний частично финансируется из федерального бюджета, частично – из средств фонда «Круг добра», но часть расходов остаётся за регионами. Идёт постоянная дискуссия о том, кто же всё-таки должен финансировать это направление совместно с «Кругом добра» – федеральный бюджет или региональные. Часть депутатов склоняется к тому, что федеральный, потому что бюджеты субъектов РФ в основном дефицитные, если не брать в расчёт Москву, Санкт-Петербург, Тюменскую область, Ямало-Ненецкий автономный округ. Спрогнозировать, появятся ли в течение следующего года в регионе новые пациенты с орфанными заболеваниями и сколько на это следует запланировать денег в региональной казне, невозможно. Если у богатых регионов при возникновении такой ситуации есть возможности изы-

скать дополнительные средства на обеспечение высокотехнологичной терапией пациентов с высокотехнологичными заболеваниями, то дотационным территориям сделать это очень трудно. Приходится весь годовой бюджет, направленный на закупку лекарственных средств, пересматривать и перестраивать. Это стресс-тест для любого регионального бюджета, и важно в ходе бюджетного процесса об этом говорить. Для меня, как и для других представителей медицинского сообщества в парламенте, безусловно важно, чтобы

крупных федеральных медицинских центров, затраты на которые исчисляются миллиардами рублей. С одной стороны, это решение направлено на то, чтобы россияне не испытывали проблем с получением высокотехнологичного лечения. Надо признать, что за последние 10 лет совершён большой рывок в данном направлении, я могу судить об этом по тому, как сократилось количество обращений от избирателей: раньше было очень много жалоб на то, что сложно попасть на лечение в федеральную клинику по квоте,

этот процесс шёл бы такими же темпами.

Построили модульный ФАП, а работать некому. Если в поликлинике появились одна-две единицы нового медицинского оборудования, данное событие становится главной новостью регионального масштаба: наконец-то у нас появился новый УЗИ-аппарат или высокопроизводительный лабораторный прибор. Это нельзя назвать вложением денег в медицину, это – латание дыр, позволяющее более-менее держать региональное здравоохранение

Регионы разного сорта

– Вы уже упомянули контраст между здравоохранением столицы и субъектов РФ, который не просто разителен, а с каждым годом нарастает. И это, скажу вам честно, уже начинает раздражать медицинское сообщество. В конце июля парламентарии были на открытии вновь построенного онкологического корпуса Московского клинического научного центра им. А.С.Логина. Велколепный проект, реализо-

Авторитетное мнение

Устраняем следствие, а не причину

Что происходит – развитие отрасли или поддержание спавших штанов?



российская медицина развивалась не точно, а равномерно по всей стране. В этом смысле формирование адекватного федерального бюджета крайне важно.

Также очень важно проследить за тем, чтобы в бюджете следующего года не оказались сокращены программы, направленные на лечение хронических неинфекционных заболеваний и особо значимых инфекционных – ВИЧ/СПИД и вирусных гепатитов.

Моё внимание, как и внимание всей фракции ЛДПР в Госдуме, особо будет направлено на контроль использования средств, полученных от акцизов на сладкие газированные напитки. Этот косвенный налог введён в середине 2023 г. Было много споров, какая часть собираемых денег должна направляться на реализацию программ по борьбе с сахарным диабетом. Сначала нам обещали одно, потом другое. Как раз в предстоящем бюджетном цикле должно, наконец, появиться полное понимание, как будут деньги от «газированных» акцизов расходоваться в следующем году.

Бюджет на всех не делится

– Всё, что вы перечислили – тактические направления бюджетных трат. А каковы стратегические направления, дающие долгосрочные эффекты в плане охраны здоровья людей?

– Что касается «смыслового содержания» бюджета здравоохранения, оно неоднозначно. Бюджет в основном сконцентрирован на развитии высокотехнологичной дорогостоящей медицинской помощи, а также на строительстве

потому что квот постоянно не хватало. Но!

Когда, принимая решения о развитии системы оказания медицинской помощи, мы делаем акцент на высокие технологии, то смещаем внимание с ранней диагностики и своевременного начала лечения на оказание помощи при запущенных патологиях. Да, мы закрыли проблему доступности ВМП, однако тем самым устранили не причину, а следствие, тогда как причина заключается в том, что на первом этапе – поликлиники, районной или городской больницы – человек не получил необходимую терапевтическую или хирургическую помощь своевременно. А если бы это произошло, скорее всего, крайне затратная для государства высокотехнологичная помощь ему не понадобилась бы. За редким исключением это именно так.

– Теоретически логика именно такая, а на практике всё иначе. С 2019 г. реализуется федеральный проект «Развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи», под который выделены огромные средства. Только потребность в ВМП почему-то не снижается, заболеваемость и смертность от основных хронических неинфекционных заболеваний тоже...

– Деньги в «первичку» вкладываются, но не так, чтобы получить результаты, о которых вы говорите. В Москве – да, деньги на обновление первичного звена направляются очень большие, здесь регулярно открывают новые поликлиники, очень комфортные, оснащённые лучше многих региональных стационаров. Но я не могу назвать ни один другой субъект РФ, где

на плаву, но не развивать его. К сожалению, в нынешнем варианте программа развития первичного звена – не что иное, как просто поддержание уже спавших штанов.

Чтобы реально заниматься решением данной задачи, нужно возвращаться к тому формату, по которому проводилась модернизация здравоохранения в начале 2010-х годов, когда государством были выделены колоссальные деньги на обновление парка медицинского оборудования во всех лечебных учреждениях страны. Сегодня в поликлиниках и стационарах основу парка медтехники составляет то самое оборудование, поставленное по программе модернизации и давно выработавшее свой ресурс. Именно к такому варианту развития первичного звена, на мой взгляд, нам нужно стремиться, и об этом мы должны говорить Правительству РФ.

– Насчёт «некому работать»: когда избиратели жалуются вам на то, что не могут попасть к узкому специалисту, потому что его нет в поликлинике, на чью сторону вы встаёте – пациента или руководства лечебного учреждения?

– Действительно, перед политиками часто возникает подобная дилемма. Можно встать на сторону пациентов и сказать, что главный врач плохо работает. А можно встать на сторону руководства лечебного учреждения, которое делает максимум возможного в заданных ему финансовых и кадровых условиях. Трудно объяснить людям, что в поликлинике есть штатное расписание, но нет врачей, потому что они сегодня не хотят работать в первичном звене. Населению важно получить необходимую помощь, и если оно эту помощь не получает, то первые, в кого летят стрелы гнева – участковый терапевт или главный врач. Между тем реально повлиять на ситуацию с кадрами в здравоохранении могли бы именно федеральные, а не региональные решения.

Одно из таких необходимых решений, на мой взгляд, – возвращение к обязательному распределению выпускников медицинских вузов. Знаю, что не все чиновники от здравоохранения и не все ректоры согласны с этим предложением. Зато врачи, которые работают в ЦРБ, его поддерживают однозначно. Для сельской медицины это было бы выходом из затянувшегося кадрового кризиса. Ведь, как мы видим, попытки усовершенствовать федеральный проект «Земский доктор» не дают ожидаемого результата в полной мере.

ванный мэрией Москвы. А как, по-вашему, на это событие, показанное по всем телеканалам, отреагировали жители остальных 88 субъектов РФ и работающие там врачи? Стоит ли после этого удивляться тому, что медики стремятся уехать из регионов в столицы?

– Безусловно, я, как и многие другие депутаты, считаю, что условия и качество оказания медицинской помощи должны быть максимально равными по всей России. Есть решение, которое могло бы на это серьёзно повлиять, и я неоднократно это решение озвучивал. Речь идёт об изменении тарифной политики в системе ОМС.

Сегодня схема выглядит следующим образом: тот регион, который делает больше взносов в систему ОМС, соответственно больше получает из неё обратно, а тот регион, объёмы взносов которого на ОМС меньше, получает денег на медицинскую помощь меньше. Возможности первого субъекта РФ обусловлены тем, что это промышленно-развитая территория, здесь значительная часть населения трудоспособного возраста. Во втором субъекте РФ доля пенсионеров и детей превышает долю работающих граждан, что и обуславливает его более скромные отчисления в систему ОМС.

Согласно этой модели, лечебные учреждения богатых регионов имеют более высокие, чем учреждения дотационных регионов, тарифы на оказание одной и той же видов медицинской помощи. Соответственно, в первом субъекте РФ система здравоохранения богаче, клиники могут позволить себе платить более высокие зарплаты врачам, приобретать новое оборудование. Второй субъект по понятной причине таких возможностей лишён.

– Вам скажут, что, согласно формальной логике, всё справедливо.

– Так и говорят! Но давайте посмотрим, каковы последствия такого принципа распределения средств системы ОМС.

Где медицинская помощь нужна в большем объёме? Конечно же, там, где больше детей и пенсионеров. Но мы своими правилами финансирования фактически затягиваем на шею у регионов второго типа петлю, причём, каждый год всё туже и туже. В результате на территориях, где плохая ситуация с инфраструктурой здравоохранения, кадрами и технологиями, она продолжит усугубляться, и это напрямую будет влиять на заболеваемость, смертность и рождаемость. Такие территории всё больше и больше будут деградировать в плане здравоохранения и демографии.

А те регионы, где больше трудоспособного населения, как раз являются точками притяжения, туда направлена трудовая миграция внутри страны. Благодаря этому они становятся ещё богаче, и больницы там современные, и врачи хорошо зарабатывают. Одни регионы вымирают, другие развиваются, и большую роль в этом процессе, к сожалению, играют тарифы ОМС.

Так вот, если перераспределять средства системы ОМС более справедливо, то есть, сократить двух- и трёхкратную разницу в тарифах между территориями, положение дел в медицине регионов заметно начало бы меняться. Нынешние дотации и субвенции, выделяемые ФФОМС территориям, радикально не способны повлиять на это.

Врач и закон

– **Правоохранительная система очень чутко реагирует на нарушения закона, допущенные медработниками, и практически не реагирует на ситуации, когда врач становится жертвой беззакония. Нападения на сотрудников служб скорой помощи, участковых терапевтов и педиатров, дежурных врачей в приёмных отделениях происходят регулярно. Уже не в первый раз поднимается эта тема в Госдуме, а есть ли у депутатов конкретные предложения?**

– Такие предложения есть, в частности – придать медработникам, которые находятся при исполнении профессиональных обязанностей, особый статус, как и работникам силовых ведомств. Это автоматически ужесточает наказание для тех, кто напал на врача, когда тот помогал пациенту или направлялся на вызов к больному. Проблем, которые мешали бы разработке такого законопроекта, я не вижу.

Напомню, что на последнем пленарном заседании Госдумы перед летними каникулами председатель Комитета по охране здоровья Бадма Башанкаев рассказал об очередном случае избития бригады «скорой» и обратился к депутатам Госдумы с просьбой обратить внимание на проблему. Его поддержал спикер Госдумы Вячеслав Володин, а это даёт надежду на то, что дело сдвинется с места.

– **В продолжение темы «врач и закон»: на ваш взгляд, каковы перспективы декриминализации медицинской деятельности?**

– Данная задача крайне сложна в плане поиска решений, гораздо сложнее всех ранее перечисленных нами. Юристы говорят, что Уголовный кодекс пишется для всех без исключения, разработать отдельные законы, по которым можно оценивать действия врачей, невозможно.

При этом в УК очень обтекаемые формулировки, они не учитывают нюансов. Например, бывают клинические ситуации, когда, пытаясь спасти больного, врач вынужден действовать не по утверждённому протоколу, то есть формально нарушая клинические рекомендации. Он идёт на риск, но доказать, что этот риск был обоснованным, не так-то просто, особенно когда исход оказался неблагоприятным.

Если над головой доктора постоянно держат дамоклов меч правосудия, он всегда будет действовать строго в рамках методички, и не станет рисковать собственной свободой ради жизни пациента. Мне кажется, не все врачи смогут долго существовать в такой парадигме, многие просто уйдут из профессии.

Если переписать УК специально под ятрогенные инциденты нереально, то совершенствовать судебную практику можно хотя бы в плане качества судебно-медицинской экспертизы. Экспертиза должна быть реальной, то есть в исполнении настоящих специалистов в данной области медицины.

Случаи, когда экспертное заключение по делу хирурга дают рентгенолог и психиатр, недопустимы.

Нужно ли подобные требования к СМЭ прописывать законодательно или же достаточно ведомственных регламентов – Минздрава, Минюста, Следственного комитета, Прокуратуры? Мне представляется, что второе. В частности, Министерству здравоохранения РФ следует дать право профессиональным ассоциациям сформировать реестры экспертов из числа специалистов разных профилей, которые давали бы квалифицированную оценку действий медработников в ситуациях, приведших к ухудшению состояния или гибели пациента при получении им медицинской помощи. Все разговоры о том, что корпоративная солидарность в медицине сильнее истины и свой своего никогда не выдаст – демагогия.

– **В большинстве случаев иски о возмещении морального вреда. Может быть, декриминализация произойдёт сама собой, если ввести в России систему обязательного страхования врачебной ответственности? Врач избавляется от судебного преследования по уголовной статье, поскольку страховая компания просто выплачивает пациенту запрашиваемую сумму.**

– Полностью согласен. Более того, уже консультируюсь с экспертами о разработке соответствующего законопроекта.

Предвижу, как скептики начнут утверждать, будто подобное решение является индальгенцией на непрофессионализм врачей и приведёт к резкому снижению качества оказания медицинской помощи, поскольку гарантируется полная безнаказанность за откровенные ошибки. Так вот, всё ровно наоборот: система страхования врачебной ответственности должна привести к более качественной экспертизе медицинской помощи. Страховые компании вовсе не заинтересованы в выплатах, поэтому они будут очень тщательно разбираться с каждым иском, нанимать опытных адвокатов и прибегать к помощи квалифицированных экспертов. И, разумеется, случаи откровенных ошибок, вызванных непрофессионализмом, невнимательностью, халатностью медработников по-прежнему будут подлежать судебному наказанию.

Нарушил из благих побуждений?

– **Ещё один аспект темы «врач и закон»: за последние полгода много уголовных дел возбуждено в отношении региональных министров и главных врачей за финансово-экономические преступления. Чем вызвана такая «кучность» – предвзятостью СКР или тем, что в медицинской отрасли много соблазнов и правовых лазеек для нарушений в части госзакупок, строительства и пр.?**

– Когда на медицину в субъекте Федерации ежегодно выделяются миллиарды рублей, у чиновников и главврачей со слабой силой воли и сильной тягой к авантюризму возникает соблазн организовать процесс закупок таким образом, чтобы и в их собственные карманы что-то упало. Всем известная схема «откатов», к сожалению, по-прежнему практикуется, и правоохранители с этим борются. Это одна сторона медали.

Но есть и другая сторона, о которой почему-то не говорят: бывает, организаторам здравоохранения приходится выкручиваться в тех ситуациях, когда денег реально не хватает. Вариантов масса: экстренно необходимы препараты для тяжёлых больных, сломанное оборудование срочно требует замены, прохудилась крыша и т.д. Если делать всё по букве закона

и ведомственных приказов, то быстро не получится. В этих случаях управленцы идут на определённые нарушения не в интересах своего кармана, а в интересах региональной системы здравоохранения, конкретной медицинской организации. Однако для проверяющих органов и следователей нет разницы, в чьих интересах главный врач совершил нецелевое расходование средств.

Пресловутый Федеральный закон № 44-ФЗ, который хоть и дорабатывается постоянно, тоже кого угодно заставит нарушать финансовую дисциплину. В рамках этого закона руководитель лечебного учреждения вынужден по итогам конкурса либо аукциона покупать дешёвое и плохое, а не хорошее, но дороже. Попробуешь сделать заявку специально под поставщиков, которые поставляют оборудование, инструменты, расходники хорошего качества, как поставщик плохого товара тут же напишет в ФАС и прокуратуру заявление, что его искусственно вытеснили с аукционной площадки. Следователь вряд ли будет сравнивать качество шприцев, предлагаемых разными поставщиками, он, как и судья, исходит из буквы закона.

Я ни в коем случае не настаиваю на том, что все финансово-экономические нарушения допускаются из благих намерений, есть и явные преступления – взятки, намеренное завышение цен, «откаты» и пр., – совершенные из злого умысла. Но разобраться в причинах, которые толкают организаторов здравоохранения на нарушения финансовой дисциплины в каждом из таких случаев и устранить эти причины, а также устранить лазейки в законах, позволяющие совершать заведомо преступные действия с бюджетом, можно и нужно.

– **На каком уровне – законодательном или ведомственном?**

– Думаю, решить эту задачу вполне можно административным путём. В частности, устранив разницу в качестве товаров и услуг, которые предоставляются учреждениям здравоохранения сторонними организациями по контрактам в рамках закона № 44-ФЗ. Ответственность за наведение порядка следовало бы возложить на надзорные органы, которые выдают лицензии, сертифицируют производство и готовую продукцию для нужд здравоохранения. Добившись того, чтобы качество товаров и услуг было у всех поставщиков одинаково высоким, мы исключаем саму основу для неконкурентных аукционов и нарушения закона о госзакупках. А следовательно, избавляем организаторов здравоохранения от возможности нарушить закон, то есть боремся не со следствием, а с причиной.

– **В завершение разговора: председатель Госдумы В.Володин высказался за то, что регионы должны запретить руководителям государственных учреждений здравоохранения создавать свои частные клиники. По-вашему, будет ли эта инициатива иметь продолжение?**

– Полностью поддерживаю предложение В.Володина: вводить такой запрет нужно. Управленцу надо выбрать: или ты заинтересован в развитии государственного учреждения, или частного медицинского бизнеса. Совмещать это невозможно, так как налицо явный конфликт интересов. Бизнес всегда заинтересован в получении прибыли, а для этого нужно перенаправлять потоки пациентов из государственной медицины в частную.

В то же время считаю, что сделать это следует на федеральном уровне, а не региональном, чтобы правило было единым для всей страны.

Беседу вела
Елена БУШ,
обозреватель «МГ».

Перемены

Закладка первого камня

В Сочи начинается строительство крупнейшего в стране центра спортивной медицины и реабилитации ФМБА России



Федеральное медико-биологическое агентство, во исполнение поручения Президента России Владимира Путина по созданию центров реабилитации и восстановления спортсменов спортивных сборных команд Российской Федерации, начинает строительство самого крупного в стране специализированного стационарного медицинского центра для спортсменов в Сочи. Это уже третий объект в рамках реализации проекта: в мае 2023 г. руководитель ФМБА России Вероника Скворцова открыла современный кластер – Центр реабилитации «Ока» в Московской области, также в этом году планируется открытие медицинского центра в Кисловодске.

К участникам торжественной церемонии закладки первого камня здания крупнейшего в стране реабилитационного центра для спортсменов в Сочи обратился заместитель председателя Правительства РФ Дмитрий Чернышенко. В своём обращении он отметил, что сегодня в условиях беспрецедентного внешнеполитического давления особенно актуально стоит вопрос создания максимально комфортных и современных условий для наших спортсменов.

«В центре, создаваемом по поручению Президента России, будут применяться лучшие мировые практики восстановительного лечения. В многопрофильном круглосуточном стационаре будет оказываться высокотехнологичная медицинская помощь. Уверен, что новый центр станет флагманом российской спортивной медицины и в очередной раз продемонстрирует передовые отечественные технологии и природно-рекреационные ресурсы Сочи», – отметил в своём приветствии Д.Чернышенко.

Руководитель ФМБА России поздравила всех с торжественным днём, который начинает историю отсчёта создания нового ведущего в стране центра спортивной медицины и реабилитации, который будет восстанавливать спортсменов во всём тренировочном цикле.

«В отличие от уже созданных ФМБА России центров спортивной медицины и реабилитации, которые локализуются на базе санаторно-курортных учреждений, новый Федеральный научно-клинический центр будет оказывать высокотехнологичную стационарную, амбулаторную и санаторно-курортную медицинскую помощь взрослым спортсменам и детям по персонализированным программам реабилитации и восстановительного лечения.

Помимо этого задачей центра спортивной медицины и реабилитации в Сочи станет разработка самых современных методик, по-

зволяющих раскрыть внутренний потенциал каждого человека, не только физический, но и психический. Для разработки и применения новых методов и технологий медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины, санаторно-курортного лечения, медицинского сопровождения тренировочного процесса и оздоровления спортсменов в центре будут проводиться прикладные научные исследования. Лучшие 650 специалистов по спортивной медицине и смежным направлениям будут работать в этом центре», – отметила В.Скворцова.

Глава агентства выразила благодарность министру спорта Российской Федерации Олегу Матыцину, представителям Краснодарского края и города Сочи за поддержку и взаимодействие: «Уверена, вместе мы сможем быстро и эффективно «подарить жизнь» этому центру во благо России, отечественного спорта, во благо Краснодарского края и Сочи, потому что потенциал центра позволит оказывать помощь не только спортсменам сборных команд, но и жителям Краснодарского края, спортсменам тех спортивных федераций, которые здесь тренируются, представителям молодёжного и юношеского спорта. Мы очень надеемся, что этот центр действительно станет флагманом спортивной медицины в нашей стране».

Федеральный научно-клинический центр спортивной медицины и реабилитации в Сочи будет вести медико-биологическое сопровождение спортсменов сборных команд Российской Федерации, в том числе паралимпийских видов спорта. Проект предполагает строительство лечебного корпуса, отделения медицинской реабилитации для спортсменов на 140 коек, клиничко-диагностического отделения на 224 посещения в смену, отдельного корпуса восстановительного лечения, а также крытого бассейна для оздоровительного плавания с открытой частью. Отдельно предусмотрено строительство лечебного корпуса для детей с реабилитационным и клиничко-диагностическим отделением.

Будет также организовано проведение углублённых медицинских осмотров, включая обследования несовершеннолетних, что существенно повысит доступность оказания медицинской помощи спортсменам, которые тренируются и участвуют в соревнованиях в Краснодарском крае, Крыму и других близлежащих регионах страны. Открытие центра имеет большое значение и для жителей Краснодарского края, которые смогут получать здесь высококвалифицированную медицинскую помощь.

Александр МЕЩЕРСКИЙ.

Открывая юбилейное заседание, директор НИИЦ хирургии им. А.В.Вишневого, главный хирург Минздрава России, академик РАН Амиран Ревшвили посетовал, что ушли времена, когда в эту аудиторию приглашали пациентов, а молодые хирурги могли сами не только расспрашивать, но и пальпировать их, аускультировать... Может быть, стоит вернуть эту традицию?

Работа хирурга – служение

Амиран Шотаевич также предложил возобновить публикацию протоколов заседаний общества – в «Московском хирургическом журнале», как когда-то в «Летописи хирургического общества», «Хирургии» и других изданиях. С ним согласился и председатель общества член-корреспондент РАН Олег Луцевич. Поздравил коллег с высоты своей 63-летней хирургической деятельности и почётный президент Российского общества хирургов академик РАН Игорь Затевахин.

– Это сложный, очень тяжёлый труд, – сказал Игорь Иванович. – И я призываю вас, дорогие коллеги, в наше сложное время трудиться, невзирая ни на что. Это наш долг, обязанность. Мы должны помогать больным от души, несмотря на все проблемы и «монетизацию» медицины. Я недавно вернулся из большого волжского города, где на 31 бюджетное место в клиническую ординатуру по хирургии набрали... 26 человек! Тем более важны мои призывы. Работа хирурга – это служение, подобное службе в православной церкви, и мы должны служить. Хочу пожелать вам – как желал мой учитель – хирургической удачи.

Овациями и стоя участники заседания встретили награждение медалью А.В.Вишневого члена-корреспондента РАН Бориса Комарова, отметившего в феврале 95-летие. Эту награду также вручили академику РАН Алексею Шабунину и члену-корреспонденту РАН Олегу Луцевичу. Ряд известных московских профессоров был отмечен почётной грамотой Российского общества хирургов.

Склоняя голову перед прошлым

Событием стал блестящий доклад профессора Сергея Глянцева «Страницы истории хирургического общества Москвы и Московской области (к 150-летию со дня создания)» (при участии А.Ревшвили, О.Луцевича, В.Стручкова, М.Ялышева, М.Двужилова, А.Бурмистрова). Работа изобиловала уникальными историческими фактами и аналитическими обобщениями.

Так, 15 октября 1873 г., через две недели после первого заседания хирургического общества (Москва), «Московская медицинская газета» писала: «Самое намерение нового общества быть почти исключительно хирургическим нам кажется странным...» Между тем ещё в XIX веке на его собраниях были продемонстрированы: случай лапаротомии и овариоэктомии при раке яичника (1886); ампутация прямой кишки при раке через промежность (1889); «стерилизационные снаряды» Швабе (автоклавы, 1889); 1-я (15-я в мире) успешная пилоропластика (Ю.Сумароков, 1890 г.); 1-я успешная гастрэктомия (И.Ланг, 1892 г.); радикальное лечение грыж, в том числе ущемлённых (1895); диагностическая эндоскопия: пищевод, уретра, прямая кишка (С.Фёдоров, 1897 г.). В XIX веке протоколы заседаний были рукописными, с 1912 г. их стали печатать на пишущей машинке.

В 1910 г. Иона Сарычев предложил объединить Хирургическое общество Москвы, в которое принимали только докторов наук, с более многочисленным Обществом русских хирургов в Москве. В 1916-1924 гг. заседания ОРХМ проходили крайне нерегулярно, материалы о деятельности не сохранились. В 1920-е годы как самостоятельные области хирургии стали выделяться урология, травматология и орто-

педия, нейрохирургия, онкология, неотложная хирургия.

В «Историческом очерке деятельности Хирургического общества в Москве за 50 лет его существования с 1873 по 1923 г.» Иван Спичарный писал: «Научная работа общества показывает, что русская хирургия стоит на большой высоте и является важным фактором мировой хирургии».

«Нет руководства, нет периодического издания, которые могли бы заменить собою эту живую передачу знаний, мнений и результатов наблюдений и оперативного воздействия», – отметил на 1001-м заседании ОРХМ Пётр Герцен. Незабываемыми были сопровождавшиеся аншлагами заседания, на которых рассказывали о своих поездках в зарубежные клиники ведущие московские специалисты.

протезирования клапана лёгочной артерии.

С осени 1971 г. заседания общества стали проходить в конференц-зале лабораторно-клинического корпуса Института хирургии им. А.В.Вишневого. Они давно стали «...тем центром, вокруг которого сосредотачивались прогрессивно мыслящие деятели, заражавшие молодёжь стремлением ко всему новому, рациональному. Общество способствовало развитию критического мышления, поскольку на заседаниях с самого начала была установлена свобода мнений и возражений и всегда развивалась неограниченная дискуссия», – писал в дни 100-летия общества Борис Петров.

О деятельности секций Московского общества хирургов рассказал Сергей Глянец и показал прямое влияние работы МОХ на этапы



Члены президиума перед заседанием – (слева направо) О.Луцевич, А.Ревшвили, А.Шабунин, И.Затевахин

Веки

Многогранная клиническая история Московскому обществу хирургов 150 лет



Б.Комаров

Немало написано об огромном вкладе советских хирургов в Победу в Великой Отечественной войне, однако мало кто знает, что каждый третий раненый получал в эти годы лечение по А.Вишневскому (новокаиновая блокада, местная анестезия, повязка с масляно-бальзамической эмульсией). Александр Васильевич возглавлял общество в 1948 г.

Немало знаковых событий произошло на собраниях московских хирургов в 1950-1960-е годы: Владимир Демихов демонстрировал двухголовую собаку, Алексей Бакулев – пациента после 1-й операции аневризмы восходящей аорты, Александр Вишневский, Владимир Бураковский и Саул Харнас – больных после операций на сердце в условиях искусственного кровообращения, Виталий Бухарин – 12-летнюю девочку после 1-го в мире успешного

развития хирургии в России. А закончил доклад актуальными для юбилейного заседания цитатами выдающихся хирургов, возглавлявших объединение, – Петра Дьяконова и Василия Брайцева. «Колесо жизни нашего общества совершило свой полный оборот. Позвольте пожелать вам сил вращать сие колесо ещё дальше. Пусть ваша энергия найдёт поддержку в сознании того, что наше Общество есть часть большого и сильного механизма Русской хирургии» (1908). «И мы, познавшие всю мощь и красоту научной жизни нашего Отечества, склоняем свою голову перед замечательным и прекрасным его прошлым и направляем свой взор к его великому будущему» (1948).

На пути к совершенству

– Развитие эндоскопической хирургии в России можно срав-

нить с полётом в космос, потому что она принципиально поменяла позицию хирурга и состояние пациента, – начал своё выступление «Эволюция лапароскопической хирургии» О.Луцевич. – Я был молодым сотрудником хирургической клиники Владимира Ивановича Петрова, когда там впервые появился первый лапароскоп с операционным каналом, который позволял не только заглянуть в брюшную полость, но и выполнять простые манипуляции. Это была предыстория, а настоящим потрясением для меня стал в январе 1991 г. сюжет программы «Время» о первой в России лапароскопической холецистэктомии, проведённой в Российском научном центре хирургии в отделении профессора Юрия Иоисфовича Галлингера. И его рассказ о новом направлении на заседании общества. Наступило время не только успехов, но и колоссальных проблем – изза сопротивления неготовых к новому взгляду на хирургию коллег, администрации клиник, нехватки оборудования и опыта.

Олег Эммануилович напомнил о существовавшем постулате «большой хирург – большой разрез», совершенно не учитывая негативные последствия для пациентов. При освоении новых технологий многие прошли через грозные осложнения – ранение аорты или нижней полой вены при введении троакара, пересечённые холедохи, незамеченные вовремя перитониты. Это был удел новаторов, им приходилось «проламывать головой стеной» непонимания, неприятия, недоверия не только со стороны коллег, но и пациентов.

Председатель МОХ отдал должное основателям профессиональных объединений эндохирургов, пионерам направления, выполнившим лапароскопические вмешательства первыми в мире, а также компаниям, производившим сложное оборудование и выполнявшим важнейшую учебную миссию. Он показал эволюцию эндохирургии: удаление концевых органов до сложных резекционных методов, забора донорских органов, бариатрических и роботических операций.

Выступавший остановился на существующих проблемах развития эндохирургии: скудном спектре операций во многих клиниках, не получившей массовой распространения лапароскопической гер-

ниопластике, рассказал о решениях кадрового вопроса в московских стационарах.

– Распространение лапароскопической хирургии в Москве стало стремительным и всеобъемлющим, – отметил О.Луцевич. – До 99% всех хирургических вмешательств в отдельных клиниках выполняются лапароскопическим малоинвазивным методом.

Доклад президента Российского хирургического общества, главного врача Боткинской больницы, академика РАН Алексея Шабунина «Приоритетные направления развития хирургии в Москве» показал, что масштабные изменения службы, соизмеримые с грандиозными преобразованиями в столице последних лет, связаны с глубоким анализом проблем и их решением. Так, изучение причин смертности от кишечной непроходимости (более 20%) привело к созданию эффективной маршрутизации: вместо 34 стационаров пациенты направлялись в 10, где профессионально справляются с этой патологией. В результате получили почти двойное снижение летальности. Было проведено распределение «сложных» пациентов с другими нозологиями, требующими операций экспертного уровня. К настоящему моменту в разных стационарах города созданы крупные высокотехнологические клиники с экспертным уровнем помощи: три центра гепатопанкреатобилиарной хирургии, центры эндокринной хирургии, хирургической инфекции, герниологический центр.

Особое внимание Алексей Васильевич уделил стационарозамещающим технологиям – стационарам кратковременного пребывания, а также подготовке кадров. В симуляционном центре Боткинской больницы прошли обучение 100% городских хирургов и эндоскопистов. В период с конца 2022 г. в ведущие зарубежные клиники выехали на стажировку 34 московских специалиста.

В докладе были подробно освещены вопросы трансплантологической, онкологической и скорой помощи, переоснащения клиник высокотехнологичным хирургическим оборудованием. В конце выступления академик пригласил всех на XV съезд хирургов России, который пройдёт совместно с IX Конгрессом московских хирургов.

Альберт ХИСАМОВ,
обозреватель «МГ».
Фото автора.

В России может появиться постоянно действующая система мониторинга популяционного иммунитета. Нигде в мире подобной нет. Прототип такой системы в настоящее время настраивает НИИ эпидемиологии и микробиологии им. Пастера Роспотребнадзора (Санкт-Петербург). В начале сентября здесь стартовал научный проект по изучению коллективного иммунитета к десяти инфекциям, среди которых вакциноуправляемые и другие актуальные.

О том, как будет проходить исследование и какое значение для обеспечения эпидемиологической безопасности страны может иметь полученная по его итогам информация, корреспонденту «МГ» рассказал директор НИИ эпидемиологии и микробиологии им. Пастера Роспотребнадзора академик РАН Арег ТОТОЛЯН.

— Арег Артёмович, какой именно спектр инфекций интересует учёных в рамках данного проекта и почему вообще возникла необходимость в нём?

— Напомню, что первое аналогичное исследование по поручению руководства Роспотребнадзора наш институт начал в июне 2020 г., оно было посвящено изучению популяционного иммунитета к новой коронавирусной инфекции. Для нас это была своего рода тренировка. Тогда мы создали с нуля и отработали технологию популяционных исследований, которая включает сбор эпидемиологической информации, проведение лабораторного анализа биологических образцов и цифровую систему обработки результатов с исполнением требований о защите персональных данных пациентов. В каждом из 26 субъектов РФ, где проводилось исследование, под нашим наблюдением находилось 2500-3000 волонтеров.

Сегодня COVID-19 уже не имеет масштаба пандемии, инфекция стала просто одной из разряда привычных респираторных. Поэтому отслеживать динамику популяционного иммунитета к ней с такой же регулярностью, как это делалось в 2020-2021 гг., нет необходимости. Но коль скоро алгоритм создан, и он подтвердил свою функциональность, руководство Роспотребнадзора сочло необходимым задействовать разработанную нами технологию популяционных исследований вне пандемических процессов. Иметь в стране механизм постоянного мониторинга коллективного иммунитета к разным инфекционным агентам — это большое благо, поскольку с его помощью можно получать актуальную информацию, позволяющую своевременно принимать необходимые управленческие решения.

Искать повод для проведения очередного исследования не пришлось, он оказался на поверхности: в России, как и во многих других странах, несмотря на проводимую специфическую профилактику, участились случаи заболевания вакциноуправляемыми инфекциями. Чтобы оценить популяционный иммунитет населения к этим возбудителям, Роспотребнадзор инициировал пилотный проект. Пока он имеет статус научного и проводится только в двух регионах — Санкт-Петербурге и Ленинградской области. Здесь ведётся тестирование жителей на антитела к кори, краснухе, паротиту, коронавирусу SARS-CoV-2, вирусным гепатитам А, В, С, D, E.

— Почему в фокусе внимания иммунологов и эпидемиологов оказались именно эти девять инфекций?

— Как уже сказано, большинство из них вакциноуправляемые. Между тем ни одна вакцина не даёт пожизненного иммунитета. К примеру, считалось, что прививка против кори или перенесённое заболевание формируют длительную защиту, оказалось же, что это не совсем так. Постинфекционный иммунитет к кори действительно длительный, но, если человек не болел этой инфекцией, а только прививался, поствакцинальный иммунитет будет не столь продолжительным, как хотелось бы. Отчасти именно с этим связаны вспышки кори, которые регистрируются в разных странах. Правда, это только одна из причин. На эпидемиологический процесс по кори влияют также низкий охват вакцинацией в отдельных регионах мира, миграционные

данная тема сегодня актуальна, может быть, даже более, чем ВИЧ-инфекция. Прежде всего, мы не знаем истинной распространённости гепатитов в российской популяции, а хотелось бы это узнать. В настоящее время информация о распространённости гепатитов базируется на зарегистрированных случаях. В то же время гепатиты могут протекать бессимптомно, в «стёртых» формах под масками

разных его подвидов, обладающих разной вирулентностью и контагиозностью. Кроме того, проводилась вакцинация против COVID-19, что также меняло параметры иммунной прослойки в динамике. На первых этапах пандемии каждые две недели, затем каждые два месяца, а ближе к её завершению — каждые 4-6 месяцев мы собирали и анализировали новые данные о популяционном иммунитете.

сти, поэтому нет необходимости её активно вакцинировать. Те из детей, кто не болел COVID-19 в клинически развёрнутой форме, перенесли инфекцию в латентной форме, о чём свидетельствовали антитела. Эти данные имели важное значение для принятия управленческих решений.

— Нужно ли, по вашему мнению, в перспективе расширить границы проекта, включив в него другие регионы РФ?

Экспертный уровень

Прививать — не прививать? Ответ даст наука

Российские учёные создали уникальный механизм оценки эпидемических рисков



процессы и активная работа антипрививочников.

Вакцинация против кори проводится дважды — в раннем детском возрасте и подростками. Хорошо, если информация о прививках где-то зафиксирована и сохранена, а если нет? В настоящее время практически сто процентов взрослых людей на вопрос, были ли они в детстве привиты против кори или, может, болели ею, не знают ответа. Между тем, пациенты старшей возрастной группы, заболевая, переносят корь намного тяжелее, чем дети.

В связи с этим у эпидемиологов и медиков много вопросов: нужна ли массовая ревакцинация взрослых против коревой инфекции или не нужна, а если нужна, то в каких возрастных диапазонах? Оценка уровня популяционного иммунитета к кори даст возможность службе Роспотребнадзора и Минздраву отрегулировать процесс вакцинопрофилактики. Точно так же необходимость и регулярность вакцинации от других инфекций для разных категорий населения может быть пересмотрена в зависимости от того, какие результаты покажет наше исследование популяционного иммунитета.

Теоретически мы можем добавить в мониторинговый проект и другие инфекции, в частности, ВИЧ-инфекцию, полиомиелит, туберкулёз, если будет поставлена такая задача.

Наконец, когда мы составляли перечень инфекций для данного научного проекта, учитывали наличие лабораторного инструментария — оборудования и тест-систем, — который адаптирован под проведение массовых обследований.

— Меня в этом списке более всего удивили именно гепатиты, и вот почему. Гепатит А — это кишечная инфекция, вакцинация против неё проводится только по эпидемическим показаниям, ей подлежат весьма узкий круг людей. А против вирусов гепатитов С, Е и D вакцин в принципе ещё нет. В этих обстоятельствах в чём ценность информации, которую вы ожидаете получить?

— Почему в этот перечень включены все гепатиты? Потому что

других заболеваний. Поэтому популяционное исследование с определением биомаркеров перенесённой инфекции может дать более объективную картину. Полученная информация станет основой для принятия целого ряда важнейших решений, в частности, о целесообразности разработки новых вакцин, о включении таких прививок в национальный календарь, определении возрастных групп, подлежащих вакцинации, а также об иных профилактических мерах в отношении гепатитов.

В отличие от вакцин тест-системы на все виды гепатитов уже существуют, в том числе отечественные. Именно их мы используем в рамках проекта, исходя, прежде всего, из экономической целесообразности: при сопоставимой точности наши диагностикумы существенно дешевле импортных.

— Действительно ли в мире нет аналогов такой мониторинговой системы?

— Постоянно действующих нет, наша будет первой, как только из статуса научного проекта она перейдёт в статус рабочего инструмента Роспотребнадзора.

Особенность данного проекта заключается в том, что нигде больше измерение популяционного иммунитета не проводится по такому алгоритму, в таком масштабе и с такой степенью информативности. Именно такой вывод можно сделать по публикациям, которые вышли за последние 3 года и посвящены мониторингу ситуации с COVID-19. Подобного рода исследования проводились в США, в ряде стран Европы и Азии, но лишь эпизодически. К тому же сбор материала по коронавирусу там был растянут во времени, он длился даже не несколько недель, а несколько месяцев, затем результаты анализировали ещё столько же времени, и когда полученная информация была готова, она фактически уже была устаревшей.

Наши учёные работали иначе. Предварительные данные об иммунной прослойке к COVID-19 имели через неделю после старта каждого из этапов исследований, а окончательный анализ через две недели уже был на столе у А.Ю.Поповой (руководителя службы). В таком формате сбора и обработки информации она имела не только научную ценность, но и практическую.

— Сколько времени, по вашим расчётам, потребуется для реализации проекта, который только-только стартовал?

— Прежде всего, необходимо подчеркнуть, что необходимости спешить нет. В период пандемии мы должны были оперативно, в сжатые сроки давать ответы на вопросы, важные для эпидемиологической службы страны и системы здравоохранения, ведь ситуация очень быстро менялась и по динамике распространения коронавируса, и по циркуляции

В нынешних же условиях особой остроты нет не только в отношении коронавируса, но и других инфекций. Предполагаю, нам потребуются на завершение проекта несколько месяцев, учитывая, что мы проводим тестирование каждого образца крови на антитела не к одной, а к девяти инфекциям.

— Каким образом и по какому принципу набирали участников пилотного исследования, это была случайная выборка?

— Нет, не случайная. Для участия в проекте нужно было заполнить на сайте проекта анкету и зарегистрироваться, а затем прийти и сдать кровь. Причём, всё на безвозмездной основе: ни участники проекта не платят нам за анализы, ни институт им за донорство. За первые же два дня 4 и 5 сентября мы набрали около тысячи человек, а всего в срок до 16 сентября необходимо было набрать 3,5 тыс. Следует отметить огромный интерес жителей Санкт-Петербурга и Ленинградской области к предложению стать участниками этого научного проекта, число волонтеров значительно превысило ожидаемое.

Отбор участников проводили не сотрудники института, а информационная система, которая анализировала заполненные анкеты по определённым параметрам. Здесь мы руководствовались двумя принципами рандомизации. Первый: нужно было получить равномерное распределение волонтеров по двум регионам. Второй — равномерно должны быть представлены все возрастные группы населения от детей младшего возраста до пожилых. В этом пилотном проекте по целому ряду вакциноуправляемых инфекций нужна прежде всего детская выборка. Группа от года до 17 лет представляет особый интерес, поскольку мы изучаем популяционный иммунитет, в том числе, к условно «детским» болезням кори и краснухе.

Насколько любопытными с научной точки зрения и важными с прикладной могут оказаться результаты, которые мы получим именно в отношении детской популяции, могу проиллюстрировать на примере коронавирусной инфекции. В начале пандемии COVID-19 вакцинировали только взрослых. В 2022 г. в научно-медицинской среде началась активная дискуссия, нужно ли прививать детей и, соответственно, нужны ли специальные детские вакцины против коронавирусной инфекции. На тот момент институт им. Пастера провёл уже 5 этапов исследования популяционного иммунитета к COVID-19. Выбрав из общего массива ранее полученной информации данные о детях и подростках, провели 6-й этап проекта отдельно по этой категории населения. Мы тогда специально вызывали всех детей-участников проекта по всем 26 субъектам РФ для дополнительного обследования. Результаты показали, что в детской популяции достаточно высокий уровень серопревалентно-

— Безусловно, нужно, если мы хотим увидеть полную и объективную картину популяционного иммунитета в стране. В идеале такие исследования следовало бы проводить не однократно, а повторять с определённой периодичностью в зависимости от эпидситуации по конкретной инфекции.

Не думаю, что обстановка с гепатитами, которую мы увидим по итогам данного пилота, сколько-нибудь существенно изменится за 6 месяцев и потребуются повторить это исследование в начале 2024 г. А вот через 3-4 года картина может измениться. Одним словом, решение о периодичности таких исследований должно приниматься с учётом разумной целесообразности.

— Имеет смысл проводить популяционные исследования во всех 89 субъектах РФ или только в отдельных, выбранных по каким-то критериям? Каким должен быть объём информации, позволяющий учёным делать выводы об иммунной прослойке в популяции и необходимости вакцинопрофилактики?

— В проекте по COVID-19 участвовало 26 регионов, то есть треть от общего их числа. А ситуацию мы экстраполировали на всю страну, потому что население этих 26 территорий оставляет около 70% населения Российской Федерации. Такой уровень репрезентативности информации о респираторной инфекции, к которым относится COVID-19, был достаточным.

Учитывая особенности инфекций, которые включены в программу нынешнего проекта, участие в нём других регионов должно определяться по другим принципам. Здесь мы исследуем популяционный иммунитет в основном к инфекциям, которые передаются не воздушно-капельным, а иными путями, поэтому уже не плотность населения территории, а иные условия должны учитываться.

В частности, если регион эндемичен, например, по гепатиту E, здесь совершенно точно необходимо оценивать уровень популяционного иммунитета к этой инфекции. Картина, полученную в соседнем субъекте РФ, где иная эпидемиологическая ситуация по ВГЕ, экстраполировать на данный регион, разумеется, нельзя.

— Опыт нашей страны может оказаться мониторинговой моделью, которой воспользуются другие страны?

— Он уже является таковой. Исследование популяционного иммунитета к COVID-19 параллельно с Россией проводилось в республиках Беларусь, Киргизия, Армения и Таджикистане. А к проекту, который запустили только что в РФ, большой интерес уже проявила Белоруссия и Киргизия, и в октябре-ноябре этого года он будет проведён в этих странах.



Беседу вела Елена БУШ, обозреватель «МГ».

КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 36 (2396)

Дегенеративно-дистрофические заболевания позвоночника (дегенеративно-дистрофические изменения позвоночника) – мультифакториальное, хроническое, рецидивирующее заболевание, первичные изменения появляются в пульпозном ядре межпозвоночного диска, распространяются на фиброзное кольцо, затем на другие элементы позвоночного двигательного сегмента (ПДС), проявляются также в определённых условиях полиморфными (рефлекторными, компрессионными, компрессионно-рефлекторными и рефлекторно-компрессионными) неврологическими синдромами.

Спондилоартроз – это поражение дугоотростчатых суставов (ДС), которое развивается в той же последовательности морфологических изменений, как при остеоартрозе периферических суставов. Спондилоартроз сопутствует пожилому возрасту в 85-90% случаев.

Дегенеративный стеноз позвоночного канала – это патологическое сужение центрального позвоночного канала, латерального кармана или межпозвоночного отверстия за счёт вторжения костных, хрящевых или мягкотканых структур в пространства, проявляющееся клиническими симптомами компрессии и ишемии нервных корешков и (или) спинного мозга.

Дегенеративный спондилолистез – переднее смещение вышележащего позвонка по отношению к нижележащему, формирующееся за счёт дегенеративных изменений элементов ПДС.

Этиология и патогенез

До настоящего времени нет точных данных об этиологии дегенеративных заболеваний позвоночника. Существует лишь ряд теорий, рассматривающих в качестве причин развития дегенеративных поражений позвоночника различные факторы: инволютивные, дизонтогенетические, механические, иммунные, гормональные, дисметаболические, сосудистые, инфекционные, функциональные и наследственные.

Наиболее распространённой является инволютивная теория, согласно которой происходит локальное преждевременное старение хряща и кости в результате предшествовавших повреждений – механических, воспалительных и т.п. Согласно этой теории, развитие инволютивных дегенеративных изменений в позвоночнике предопределено генетически, а возникновение дегенерации как болезни, с соответствующими клиническими проявлениями, обусловлено влиянием различных эндогенных и экзогенных факторов.

Если причину дегенеративно-дистрофических изменений удаётся установить не всегда, то его патогенез достаточно хорошо исследован. Хотя и в данном разделе изучения дегенеративно-дистрофических изменений имеются дискуссионные моменты.

Дегенерация межпозвоночного диска развивается, когда катаболизм протеинов матрикса начинает преобладать над процессом их синтеза. Важнейшим пусковым моментом для этого может быть нарушение условий питания диска. Межпозвоночный диск – одна из самых аваскулярных тканей в организме человека. По мере роста МПД его васкуляризация снижается, поэтому снижается и поступление питательных веществ в ткани. Это уменьшает способность клеточек диска синтезировать новый матрикс, ограничивает их пролиферативный потенциал, что приводит к снижению их плотности в диске с возрастом. Результаты гистологических исследований показывают, что причина начала инволютивных и/или дегенеративных изменений межпозвоночных дисков – нарушение питания на фоне исчезновения кровеносных сосудов в замыкательных пластинках позвонков.

На молекулярном уровне дегенерация диска проявляется уменьшением диффузии питательных веществ и продуктов катаболизма, снижением жизнеспособности клеток, накоплением фрагментов клеточек (вследствие апоптоза) и дегенерированных макромолекул матрикса, уменьшением синтеза протеогликанов, повреждением нормального коллагенового каркаса.

Данные изменения являются причиной дегидратации (из-за снижения концентрации хондроитинсульфатов). При этом пульпозное ядро теряет гидростатические свойства, то есть утрачивает способность распределять

вертикальные нагрузки равномерно по всему объёму и перестаёт предохранять фиброзное кольцо от несвойственных его природе сил компрессии. Фиброзное кольцо становится объектом постоянных механических воздействий, вследствие чего в нём развиваются патологические изменения: дезорганизация нормальной слоистой структуры в результате повреждения коллагенового матрикса, что приводит к возникновению трещин и разрывов фиброзного кольца. При развитии таких

Дегенеративные заболевания позвоночника

Клинические рекомендации

изменений межпозвоночный диск становится уязвимым для разрушающего воздействия биомеханических влияний, возникающих в условиях нагрузок и усилий человека при его нормальной активности. В результате уменьшения давления в диске напряжённость волокон фиброзного кольца уменьшается, нарушаются фиксационные свойства диска, появляется патологическая подвижность в позвоночно-двигательном сегменте. Таким образом, идеология данного представления о патогенезе дегенеративно-дистрофических изменений заключается в том, что патологическая подвижность является следствием, а не причиной дегенерации диска.

Ещё одним моментом в патогенезе дегенеративных изменений МПД – вращение в фиброзное кольцо межпозвоночного диска нервов и кровеносных сосудов, что является важной особенностью структурно разрушенных дисков.

Вращение внутрь возникает ввиду потери гидростатического давления, которое свойственно внутренним областям неповреждённых дисков. Снижение содержания протеогликанов в дегенерированных дисках также облегчает вращение нервов и капилляров.

Однако наличие сосудов и нервных волокон не может влиять на регенераторные способности клетки, так как архитектоника, в которой они нормально функционировали, и ультраструктурные взаимодействия утрачены.

Спондилоартроз чаще бывает вторичным относительно дегенеративно-дистрофических изменений межпозвоночного диска. Снижение высоты изменённого диска и (или) патологическая подвижность позвонков неминуемо ведут к перегрузке ПДС, функциональной недостаточности, а затем и дистрофическому поражению суставных отростков. Первичный спондилоартроз бывает значительно реже. Обычно он связан с травмой или значительной хронической перегрузкой суставов позвоночника. Как при артрозе других суставов, при спондилоартрозе возникает субхондральный склероз, некротизация суставных хрящей, нервов суставов поверхностей, а затем и краевые костные разрастания этих отростков для увеличения площади опоры на неполноценные суставные хрящи. Перерастяжение и дистрофия капсульно-связочного аппарата ведут к патологической подвижности позвонков. Нередко формируются защитные костные выступы на суставных отростках, резко ограничивающие подвижность в суставе.

Патологическая импульсация из поражённых суставов формирует местные, отражённые и другие более сложные рефлекторно-болевы синдромы, которые в литературе чаще фигурируют как фасеточный синдром. Костные разрастания суставных отростков могут оказывать динамическое, а затем и стойкое компрессирующее воздействие на прилежащие нервно-сосудистые образования, появляются компрессионные синдромы спондилоартроза. Часто их ошибочно принимают за клинические проявления дегенеративно-дистрофических изменений позвоночника, что может привести к неэффективному хирургическому лечению, если после удаления компрессирующего фактора в виде грыжи диска сохраняется сдавление костными разрастаниями суставных отростков. Спондилоартроз редко бывает изолиро-

ванным процессом. При жалобах «на боли в спине» он, как правило, диагностируется в сочетании с другой патологией.

Эпидемиология

Дегенеративные поражения позвоночника и связанные с ними боли и неврологические проявления относятся к одной из важнейших проблем современной медицины. Это обусловлено стабильно высоким количеством больных трудоспособного возраста, зачастую неудовлетворительными результатами консервативной терапии, частыми рецидивами болевого синдрома после хирургического лечения. Боли в спине ограничивают жизнедеятельность, снижают качество жизни пациентов, изменяют психику и поведение людей. Более чем у половины пациентов, страдающих дегенеративно-дистрофическими изменениями позвоночника, имеются

Клиническая картина

Клинические симптомы и синдром дегенеративно-дистрофических изменений позвоночника делятся на рефлекторные и компрессионные.

А. Компрессионные синдромы дегенеративно-дистрофических изменений поясничного отдела позвоночника:

- 1) Корешковый компрессионный синдром:
 - компрессия верхнепоясничных корешков (L1-L3) встречается редко
 - синдром корешка L4 (диск L3-L4) – иррадиация болей в переднезаднюю область бедра, голени и внутреннюю лодыжку, гипестезия на передней поверхности бедра, слабость четырёхглавой мышцы, снижение или утрата коленного рефлекса
 - синдром корешка L5 (диск L4-L5) – иррадиация болей из верхней ягодичной области в наружные отделы бедра и голени,

признаки хронического эмоционального напряжения.

Частота встречаемости проявлений дегенеративно-дистрофических изменений межпозвоночных дисков растёт в геометрической прогрессии в связи с демографическими изменениями, увеличением среднего возраста населения. Доля дегенеративно-дистрофических изменений позвоночника, поражающих людей наиболее активной социальной группы, составляет от 20 до 80% случаев временной нетрудоспособности.

В структуре заболеваемости взрослого населения нашей страны дегенеративно-дистрофические изменения составляют 48-52%, занимая первое место по числу дней нетрудоспособности.

Временная утрата трудоспособности, обусловленная некомпрессионными синдромами дегенеративно-дистрофических изменений, составляет 40% неврологических заболеваний. В общей структуре инвалидности от заболеваний костно-суставной системы дегенеративные заболевания позвоночника составляют 20,4% и занимают первое место (41,1%) среди причин первичной инвалидности.

Показатель инвалидизации при дегенеративных заболеваниях позвоночника равен 0,4 на 10 тыс. жителей. В структуре заболеваемости периферической нервной системы вертеброгенная патология является ведущей, а основное место в ней (77-81%) занимает дегенеративно-дистрофические изменения позвоночника.

Среди инвалидов с заболеваниями периферической нервной системы в 80% случаев наблюдаются вертеброгенные поражения.

Пациенты с клинически значимыми проявлениями дегенеративно-дистрофических изменений позвоночника составляют 51,2 на 1000 населения. Компрессионные и некомпрессионные формы дегенеративно-дистрофических изменений начинают диагностироваться с 15-19 лет (2,6 случая на 1000 населения данной возрастной категории), а уже к 30 годам клинические проявления дегенеративно-дистрофических изменений диагностируются у 1,1% населения, к 59 годам – у 82,5%.

По данным разных исследователей, несмотря на большие возможности консервативной терапии, в хирургическом лечении дегенеративно-дистрофических изменений позвоночника нуждаются от 5 до 33% больных.

Выраженное поражение ДС обнаружено авторами у 80% 20-30-летних людей и до 100% – у лиц более старшего возраста.

Спондилоартроз сопутствует не только пожилому возрасту (85-90% случаев), но проявляется и у молодых пациентов 25-30 лет. Как причины возникновения спондилоартроза можно рассматривать:

- травмы позвоночника с подвывихом в суставах позвоночника
- постоянные повышенные нагрузки на позвоночник, приводящие к неправильному распределению нагрузки на его отделы (сидячая работа, профессиональное занятие спортом, плоскостопие, работа с тяжестями)
- врождённые аномалии позвоночника, нестабильность позвонков, спондилолистез, спондилолиз
- дегенеративно-дистрофические изменения позвоночника.

иногда с распространением на тыл стопы, на I-III пальцы, гипестезия в этой же зоне; слабость перонеальной группы мышц, возможна гипотрофия, слабость разгибателя I пальца стопы

• синдром корешка S1 (диск L5-S1) – иррадиация болей из средней ягодичной области в задненаружные или задние отделы бедра, голени, в пятку с переходом на наружный край стопы и IV-V пальцы, гипестезия в задненаружных отделах голени и наружных отделах стопы; гипотрофия большой ягодичной и икроножной мышц, слабость икроножной мышцы, снижение или отсутствие ахиллова и подошвенного рефлексов.

Интенсивность болевого синдрома оценивается по визуально-аналоговой шкале (ВАШ).

2) Нейрогенная перемежающаяся хромота (Синдром Дежерина). Патогенетический механизм – механическое сдавление и ишемия нервных структур. Ишемия усиливается в вертикальном положении (в положении стоя во время ходьбы). При ходьбе сегментарная ротация приводит к ещё большему сужению позвоночного канала и ухудшению кровоснабжения спинного мозга и его элементов. Данный синдром имеют клиническую триаду: боль, нарушение чувствительности и двигательной сфер. Особенностью является то, что данные симптомы могут отсутствовать в покое в горизонтальном положении, а появляются при вертикализации и ходьбе.

3) Синдром полирадикулярной компрессии. Проявляется клинической картиной компрессии 2-х и более корешков каудальной группы.

4) Каудо-медулярный синдром. Данный синдром возникает при компрессии как корешков каудальной группы, так и сдавлением радикуло-медулярной артерии (Депроз – Готтерона), что приводит к ишемии конуса и эпиконуса спинного мозга. Возникает клиническая картина нижнего вялого парализа и нарушения функций тазовых органов по периферическому типу, сегментарные и корешковые расстройства чувствительности в атогенитальной области и ног.

Оценка качества жизни пациентов с поясничным остеохондрозом проводится на основе индекса недееспособности Освестри (ODI – Oswestry disability index) и европейского вопросника оценки качества жизни (EQ-5D – European Quality of Life Questionnaire – 5 dimension).

Б. Компрессионные синдромы шейного остеохондроза.

Корешковый синдром:

- синдром компрессии корешка C4 – проявляется болями в надплечье, может сопровождаться амиотрофией трапециевидной, надостной и даже большой грудной мышцы
- синдром компрессии корешка C5 – проекционная боль и чувствительные расстройства локализируются в зоне дельтовидной мышцы, могут сопровождаться её слабостью и гипотрофией, снижением лопаточного рефлекса
- синдром компрессии корешка C6 – проекционная боль и чувствительные расстройства локализируются в виде полосы по наружному краю руки, до первого пальца кисти. Снижается сила мышц, сгибающих предплечье, нарушается рефлекс двухглавой мышцы

С 1 сентября 2023 г. в образовательные программы 126 вузов и одного колледжа страны включён новый модуль «Обучение служением». Эта образовательная программа была разработана по поручению Президента РФ Владимира Путина, который на заседании Государственного совета России, посвящённом молодёжной политике, в декабре 2022 г. отметил: «Нужно создавать условия, при которых студенты колледжей и вузов могли бы проходить учёбу и практику в волонтерских центрах, благотворительных фондах, социально ориентированных некоммерческих организациях. Приобретать опыт гражданской ответственности и солидарности».

Фактически было предложено объединить образовательный процесс и практику в различных

благотворительных фондах и социально ориентированных некоммерческих организациях (НКО), чтобы студенты могли получать одновременно и академические знания, и профессиональный опыт в реальной жизни, решая социально значимые задачи. Главные действующие лица программы «Обучение служением» – ребята, стремящиеся изменить мир вокруг в лучшую сторону, и НКО, с которыми они могут совместно организовывать социальные проекты. Благодаря такому взаимодействию у студентов появляется возможность уже в процессе обучения пробовать себя в профессиональной деятельности, а у некоммерческих организаций – решать задачи, на которые не всегда хватает времени, компетенций, ресурсов или сотрудников.

екторию и учебный план. Именно потому в нашем университете так широко представлена внеучебная деятельность», – подчеркнула проректор по молодёжной политике РНИМУ Владислава Белякова. Она уверена, что у выпускников медицинского вуза обязательно должен быть общественный опыт.

«Мы издавна партнёрствуем с некоммерческими организациями для того, чтобы точек соприкосновения с опытом, передачей культурных ценностей у вас точно было достаточно и вы могли, участвуя в деятельности как внутри университета,

конструктором чего-то большого, что в дальнейшем повлияет на судьбу многих людей, – рассказала председатель Всероссийского общественного движения «Волонтеры-медики» Анастасия Зацепурина. – Например, мы осуществляем свою деятельность по концептуальным программам, методическим рекомендациям. Всегда даём базу, с которой работают наши волонтеры и региональные отделения. Это всегда серьёзная подготовка. Ребята проходят обучающие курсы, записанные ведущими специалистами.

Стратегия win-win

На первый взгляд, новая программа напоминает движение добровольцев, которое сегодня очень хорошо развивается в стране. В 570 российских вузах созданы волонтерские центры, 30% студентов вовлечены в добровольческие практики, 300 высших учебных заведений учитывают этот опыт при поступлении ребят. Вклад волонтеров в решение проблем общества значителен и оценивается весьма продуктивно. По данным ВЦИОМ, волонтерские организации обладают очень высоким уровнем доверия россиян. Не все общественные и государственные институты обладают им. То есть планка взята высокая и она удерживается, что требует большой ответственности. Однако речь сегодня идёт не только о волонтерстве, но и об общественном призвании, социальном эффекте, пользе, которую можно принести обществу.

Любому студенту хочется погружаться в свою будущую профессию. Но не только штудировав учебники, а изучая жизнь, сталкиваясь с реальными проблемами. Новый модуль призван помочь молодому человеку ещё на 1-3-м курсах соприкоснуться и со своей специальностью, и с социальным эффектом.

Неслучайно в названии программы первым стоит слово «обучение». То есть студент учится в рамках своей профессии приобретать профессиональные знания, опыт, практиковаться. Также он развивает важные надпрофессиональные навыки XXI века, которые работодатель учитывает не меньше, а, может быть, даже больше, чем «твёрдые» навыки и диплом. О чём речь? Перечислим: это критическое мышление, умение работать в команде и решать разные задачи, стрессоустойчивость, лидерство, ответственность, эмпатия. Всё это не может сформироваться, когда студент просто сидит на паре. Это формируется через практику, реальный процесс, взаимодействие с людьми, командную работу, общественный опыт.

Другой немаловажный элемент программы – формирование высокого уровня социальной ответственности, воспитание гражданской ответственности. Когда студент из пассивного наблюдателя становится активным участником изменений, их актором, возглавляет процесс. Ещё одна важная задача – обучение проектному мышлению.

Например, в рамках известной программы «Стартап как диплом» люди учатся по предпринимательским и экономическим направлениям и не пишут 200-страничные талмуды в качестве дипломной работы. Они уже зарабатывают деньги, создают рабочий бизнес и тем самым доказывают, что полученные в вузе знания востребованы обществом. Такие люди приходят с уже готовым продуктом и защищают его.

В программу «Обучение служением» закладывается похожий принцип. «Мы предложили главе государства, чтобы в рамках «Обучения служением» по аналогии можно было получить диплом. Он нас поддержал, поэтому в эту программу «зашита» такая опция, и университеты сегодня могут предлагать студентам, участвующим в ней, получить диплом за свой проект», – отметил на форуме социального призвания председатель

Перспективы

Обучение служением

РНИМУ им. Н.И.Пирогова стал пилотным медицинским вузом, где стартовал новый образовательный модуль



Комитета Государственной Думы РФ по молодёжной политике Артём Метелев.

Таким образом, если студент реализует социальный проект, он уже доказал свою эффективность и востребованность. Когда есть конкретные люди или организации, которым такая помощь оказана, и её можно посчитать, оценить, у обучающихся появляется возможность продемонстрировать, что эти знания применяются на практике, и защитить диплом.

Полезные примеры

Недавно в Российском национальном исследовательском медицинском университете им. Н.И.Пирогова состоялась панельная дискуссия на тему «Обучение служением как составляющая современного медицинского образования». Важно отметить, что у Второго мефа богатый опыт взаимодействия с НКО: в частности, вуз давно работает с такими общественными организациями, как Фонд борьбы с инсультом «ОРБИ», движение «Волонтеры-медики», Российский Красный Крест и многими другими. На встрече выступили эксперты, которые рассказали о целях и задачах программы «Обучение служением», её значимости для социально ориентированных некоммерческих организаций и самих студентов. По мнению выступавших, это давно назревшая программа. На конкретных примерах они рассказали, насколько она полезна для самих НКО, молодёжи, общества в целом. Модератором дискуссии стал первый проректор – проректор по стратегическому развитию РНИМУ Георгий Надарейшвили.

«Конечно, во многом благодаря волонтерам-медикам и РНИМУ у

нас появилась программа «Дети на защите взрослых», в рамках которой на уроках в школах мы рассказываем, что такое инсульт, как его предотвратить, какие вредные привычки к нему ведут. Для нас очень важно, что это делают именно студенты, которые ближе всего к школьникам. Всегда важна обратная связь. Подойдёт ли это юному поколению? В какой форме надо подавать информацию? Мы стараемся, чтобы это не было нудной лекцией, а было бы классно, модно», – сказала директор по развитию Фонда борьбы с инсультом «ОРБИ» Екатерина Милова.

«Сотрудничество с некоммерческими организациями позволяет попробовать себя в чём-то новом. Это касается дел pro bono (ради общественного блага), которые выполняются профессионально. Например, это может быть что-то творческое: дизайн, фотография... Благодаря сотрудничеству с НКО есть возможность пробовать и «прокачивать» очень разные компетенции», – добавила она.

Ещё один вопрос, который затронули эксперты: в чём смысл для человека, получающего образование, идти в социальную организацию или фонд?

«Во Втором мефе мы транслируем модель образования как некую совокупность знаний и навыков, состоящую, разумеется, из учебного плана, в рамках которого вы осваиваете дисциплины и идёте по определённой образовательной траектории, изучая предметы, сдавая зачёты. Если мы обратимся к определению слова «образование» в словаре-справочнике, к философии, цитатам великих, то везде это передача не только знаний, но и опыта, культурной нормы, традиций. Всё это невозможно уместить в образовательную тра-

Мы снабжаем их необходимыми методическими материалами, они их изучают и только после этого идут к благополучателю».

Но, по словам эксперта, существуют вызовы современности, в рамках которых молодёжь могла бы помочь найти новые решения. Например, есть задача: информировать как можно большее количество населения о том, что заботиться о своём здоровье нужно вовремя, важно своевременно проходить диспансеризацию, профилактические медицинские осмотры. Представители движения «Волонтеры-медики» разработали федеральную программу, но она на данный момент может быть неактуальна или, допустим, содержать в себе не совсем новые подходы к решению этой проблемы. Здесь важно отметить, что студентов никто не оставит один на один с её решением, подскажут и поддержат.

«У вас есть инструмент в лице профессорско-преподавательско-



так и в наших партнёрских организациях, получать действительно полноценное образование. То есть на практике приобретать те компетенции, знания и нормы, которые вам 100% будут нужны на выходе, когда вы станете специалистами. У вас должен быть определённый жизненный опыт, бэкграунд, багаж, который сильно и качественно отличает вас от выпускников других вузов. Мы это мониторим и регулярно получаем обратную связь, что наши обучающиеся и выпускники на голову отличаются от обучающихся и выпускников других вузов», – отметила В.Белякова.

Конструкторы будущего

Следующий вопрос, который обсудили эксперты, – насколько раннее включение в создание социально значимых проектов и социальную деятельность важно для студентов.

«Обучение служением» – это серьёзная программа, которая, помимо помощи здесь и сейчас, помощи практическому здравоохранению, даёт возможность побыть

го состава. Со своей стороны мы тоже готовы включаться в процесс решения данной социальной задачи, чтобы вовремя, допустим, сказать, что мы это уже пробовали и это не совсем эффективно. Однако есть классное исследование, познакомьтесь с ним, возможно, оно поможет сформулировать решение этой социальной задачи более качественно, и которое действительно можно реализовать на территории всей страны с привлечением большего числа волонтеров и медицинских работников, и наша деятельность была бы ещё более полезной», – сказала А.Зацепурина.

В рамках дискуссии говорилось не только о поддержке в развитии и масштабировании проектов, но и о расширении профессиональных связей, возможностях социального и карьерного лифта и, конечно, о важности собственного портфолио с включением в него социально значимых проектов.

«В рамках такой работы вы не просто читаете лекцию или идёте помогать. Вы являетесь конструктором в решении задачи, «прока-

чивая» тем самым важные навыки проектирования, атлетического, гибкого, критического мышления и всего того, что сейчас очень нужно на рынке труда. И это, безусловно, сделает вас более компетентным и конкурентоспособным сотрудником при трудоустройстве», – заключила А.Зацепурина.

Совместное усилие – усилие каждого

В ходе встречи говорилось о важности и необходимости решения социальных проблем параллельно с государством силами НКО.

«Мы позиционируем себя как вспомогательная организация, никак не конкурируем с государством, не идём вразрез с ним, а именно помогаем. У нас огромная страна с большими проблемами, существуют «слепые зоны», где как раз есть возможность помогать. Если мы говорим о каких-то государственных процессах, то они чаще всего связаны с бюрократией. Существуют проблемы, которые нельзя решить быстро ввиду отсутствия необходимых документов. И здесь можем предложить быструю помощь как по их восстановлению, так и, например, по решению определённого кейса для конкретного человека», – рассказала руководитель академии Красногостского РНИМУ им. Н.И.Пирогова Екатерина Сильченко.

В то же время участников дискуссии интересовало, насколько реально сегодня помочь людям, не обращаясь напрямую в какой-то государственный орган власти. Можно ли, видя определённую проблему, решить её усилиями одного человека, а не большой институциональной машины?

«Нам очень важно жить в системе и осознавать, что мы можем вести свою деятельность и в целом индустрию к большим изменениям только совместными усилиями. Совместное усилие – это усилие каждого из нас понемногу в конкретной помощи, но в едином порыве и, самое главное, в едином направлении мысли», – акцентировала Е.Сильченко. Также она отметила, что оказывать помощь важно правильно и этому необходимо учиться.

В ходе дискуссии был поднят ещё один важный вопрос: в чём заключается различие в компетентном профиле между человеком, который лишь один раз участвовал в волонтерской акции, и тем, кто включится в полноценное социальное проектирование и будет заниматься решением каких-то глобальных проблем.

«Участвуя в разовой акции, вы, как правило, не обозначаете своей субъектности. То есть приходите и выполняете определённую функцию, которая вам задана. Это заданная траектория», – отметила В.Белякова. – Когда мы говорим о программе «Обучение служением» и социальном проектировании, то они как раз предполагают субъектность, когда вы берёте амбицию и готовы предложить идею. Причём её реализует не кто-то за вас, именно вы готовы вложить в её проработку, довести до конечного результата, до продукта, который получат благополучатели, что облегчит их жизнь. В моей конфигурации важна именно такая проактивность и решение вписаться в историю, которая подразумевает некие обязательства перед воплощением идей от замысла до реализации».

В заключение встречи эксперты отметили, чем же волонтерство отличается от «обучения служением». Если кратко: волонтерская деятельность ситуативна, а модуль «обучение служением» носит системный характер, встроены в учебную программу, его образовательный результат оценивается. Участники встречи особо подчеркнули значимость факторов системности и устойчивости в социальном служении.

Александр
МЕЩЕРСКИЙ.

Современные технологии

Экзотика становится доступной

Специалисты томского НИИ онкологии остались довольны результатами первого опыта терапии рака простаты IV стадии с применением радиофармпрепарата 177лютеций-ПСМА.

Вообще лютеций-177 – широко применяемый в ядерной медицине изотоп, который используют при адресной терапии разных онкологических заболеваний. Однако для российских регионов, в частности, Сибири и Дальнего Востока этот вид онкопомощи до сих пор остаётся экзотикой.

В 2022 г. томские онкологи впервые за Уралом начали использовать данный радиоизотоп в отношении злокачественных новообразований предстательной железы, конкретно – запущенного кастрационно-резистентного рака, когда все иные варианты лечения уже бессильны. Как пояснил заведующий

отделением радионуклидной диагностики НИИ онкологии, член-корреспондент РАН Владимир Чернов, в качестве мишени для таргетной терапии лютецием-177 используется простатспецифический мембранный антиген (ПСМА), который находится на поверхности клеток предстательной железы. Ориентируясь на этот фермент, радиофармпрепарат направленно поражает клетки опухоли и метастазов. Такое свойство позволяет использовать его для тераностики, то есть не просто визуализировать опухоль во время лучевой диагностики, но и одновременно воздействовать на неё с поражающей целью.

Результаты лечения первого онкобольного с кастрат-резистентной формой рака предстательной железы по завершении четырёх курсов терапии учёные и клиницисты считают успешными.

– У пациента были выявлены множественные метастазы в

костях, лимфоузлах и печени. Диагностическое исследование с применением отечественного радиофармацевтического препарата 99mTc-ПСМА, который разработан и производится в Томском политехническом университете, показало, что все метастатические очаги накапливали ПСМА-лиганд. Таким образом, по результатам диагностики больному была рекомендована терапия изотопом 177лютеций-ПСМА, – говорит старший научный сотрудник отделения радионуклидной диагностики доктор медицинских наук Анна Медведева.

После 4 курсов терапии радиоизотопом 177 лютеций-ПСМА у пациента отмечено существенное снижение уровня маркера рака предстательной железы – простатспецифического антигена (ПСА) – с 41 до 11 нг/мл. Результаты контрольного исследования с применением диагностического

радиофармпрепарата 99mTc-ПСМА показали значительное снижение интенсивности накопления ПСМА-лиганда в метастатических очагах. Очаг в печени практически не визуализируется, как и многие другие области, в которых ранее наблюдалось патологическое накопление радиофармпрепарата. Сам пациент отмечает значительное улучшение самочувствия, отсутствие болевых синдромов, прилив энергии.

Мужчине предстоят еще 2 курса такой терапии, после чего будут проведены контрольные исследования и принято решение о дальнейшей тактике лечения.

У онкологов и пациентов Сибирского и Дальневосточного федеральных округов появилась надежда на то, что современная терапия рака предстательной железы станет доступна и здесь.

Елена БУШ,
обозреватель «МГ».

Признание

В ТОП лучших по стране

Международное агентство Round University Ranking (RUR) представило результаты предметных рейтингов. В этом году количество участников возросло. На звание лучших вузов в области наук о жизни претендовали 712 университетов, в области медицинских наук – 589.

RUR – это международный рейтинг университетов, оценивающий деятельность университетов по 20 индикаторам, сгруппированным в

4 направления: качество преподавания, качество исследований, уровень интернационализации и уровень финансовой устойчивости.

Балтийский федеральный университет им. Иммануила Канта продемонстрировал скачок в RUR – по обоим направлениям вуз вошёл в ТОП-500 по миру и ТОП-20 по России.

В частности, в разрезе медицинских наук университет поднялся на 50 позиций вверх и занял 471 место среди всех вузов и 17

строчку – по стране. По мнению директора Медицинского института Сергея Коренева, успех можно объяснить тем, что университет выступает прекрасной площадкой для старта успешной карьеры.

«Это касается не только соотечественников. 35% всех иностранных студентов университета отдают предпочтение именно медицинским специальностям. Причины нашего постоянного и уверенного продвижения в рейтингах – внимательное отношение ректора университета к

стратегии развития Медицинского института, наличие талантливого и активного в научном и педагогическом плане коллектива, а также растущее число выпускников. Они являются гордостью нашего института и укрепляют его имидж во всех сферах. Новость о нашем высоком месте в российских и международных рейтингах, несомненно, обрадует весь коллектив и позволит с ещё большим энтузиазмом относиться к педагогическому и научному процессу».

В глобальном рейтинге RUR-2021 университет также поднялся на 18 позиций, заняв 648 место.

Инна СЕРГЕЕВА,
Калининград.

Продолжаем разговор

Не повезло психиатрии! Если сама медицинская наука не относится к точным, из-за чего медиков долго не принимали во французскую академию наук, то психиатрия и подавно. Берусь утверждать, что национальная психиатрия всё-таки существует и попытаюсь это доказать.

Никого не удивляет, когда мы говорим, что отечественная психиатрия выросла из немецкой. Широко применяется термин «англо-саксонский подход» при определении вменяемости. Если есть московская и питерская школы психиатрии, то почему бы не быть и российской? Мы давно уже забыли, что в предисловии к первому изданию МКБ-10 было прямо указано, что она является только статистической и не отменяет национальных классификаций. Действительно, первоначально диагнозы ставились в соответствии с МКБ-9, а шифры указывались по МКБ-10. К полному переходу на МКБ-10 приложили руку адвокаты, которые стали оспаривать судебно-психиатрические заключения на основании их несоответствия «международным стандартам». Имеет ли классификация отношение к лечению психически больных? Если и имеет, то очень слабое. Некоторое время назад профессор А.Коцюбинский иронически отметил, что несмотря на тонкую психопатологическую диагностику, мы всем психо-

Психиатрия всегда будет политизированной?

тическим больным назначаем галоперидол. Доказательством того, что МКБ-10 носит только статистический характер, является её объём, в несколько раз превышающий МКБ-9. Приведу пример: какое значение имеет дифференциация «ночных кошмаров» и «ночных ужасов»? Да и вообще, существуют ли они в изолированном виде как самостоятельные диагнозы? Полагаю, что профессор В.Менделевич отстаивает некий идеал с позиции точных наук. Действительно, формула воды везде одинакова – и в России, и в Зимбабве. А вот при диагностике психических заболеваний мы должны учитывать культуральный аспект.

В отличие от Ю.Савенко (см. «МГ» № 36 от 13.09.2023), я полагаю, что психиатрия была, есть и будет идеологизированной и политизированной. Примеров можно привести множество. Так, психиатрические термины «дебильность», «идиотия», «психопатия» и другие были заменены на более нейтральные исключительно по этическим соображениям. Гомосексуализм убрали из числа психических расстройств исключительно по причинам

политическим – в США решили сделать реверанс в сторону соответствующей когорты избирателей. То же самое происходит сейчас с транссексуализмом.

Что касается интервью О.Бухановской относительно запрета на операции по трансгендерному переходу, то здесь кажется «с водой хотят выплеснуть и ребёночка». Если в стране «творится бардак с операциями», то давайте их отменим. Это предложение навеивает воспоминания об одном исследовании В.Менделевича, в котором он изучал мнение населения о методах борьбы со злоупотреблением наркотиками. Как оно показалось, немалая часть опрошенных предлагала вообще вывести наркотики даже из легального оборота. Вопрос, как в этом случае помогать нуждающимся больным, остался открытым. Методика запретов стара как мир. Пробовали уже запрещать аборт, вводить «сухой закон». Результаты известны. Что касается полного запрета операций по смене пола, как это предлагает Ольга Александровна, то законодатели уже ввели уточнение о том, что они будут разрешены по медицинским показаниям. Одно-

временно хотелось бы уточнить, что О.Бухановская имеет в виду по поводу «бардака»? Имеются ли какие-то статистические данные? Я их пока что видел только в отношении некоторых стран Запада. Настоящий «бардак» начнётся, когда будут полностью запрещены операции по изменению пола: не согласные с запретом ринутся в сопредельные страны, где на законных основаниях им будет произведена соответствующая операция, да и у нас вполне вероятно найдутся желающие провести подпольную операцию. Вполне вероятно, что увеличится количество психогенных психических расстройств и самоубийств.

И последнее. Уходить в полный отказ от международных принципов в психиатрии – действие сомнительное. На моей памяти мы уже выходили из Всемирной психиатрической ассоциации, а потом долго возвращались.

Алексей ХУДЯКОВ,
заведующий кафедрой психиатрии,
наркологии, психотерапии института
последипломного образования
Ивановской государственной
медицинской академии,
профессор.



Продолжаем разговор о проблемах искусственного аборта, начатый в «МГ» № 33 от 23.08.2023. Речь шла о демографической яме, отсроченном материнстве и крайне негативных отдалённых (в том числе генетических) осложнениях прерывания беременности. Теперь проанализируем ряд законодательных и ведомственных инициатив федерального и регионального уровней, направленных на сбережение репродуктивного здоровья и стимулирование рождаемости.

Лёд тронулся!

Начну с предыстории. Ещё в 2007 г. Минздрав России ввёл в женских консультациях кабинеты медико-социальной помощи с участием соцработников. Задача – предупреждение абортов и консультирование по вопросам социальной защиты. В 2011-м в законодательстве появилось понятие недели тишины, когда между официально озвученным желанием женщины прервать беременность и исполнением её воли должно пройти от 48 часов до 7 дней в зависимости от срока после зачатия. Беременную направляют в кабинет психологической помощи для консультирования и мотивационного анкетирования. У неё есть возможность обсудить проблемы с психологом, социальным работником, юристом и другими специалистами.

В 2015 г. Минздрав России заключил соглашение с Русской православной церковью о том, что её представители также могут участвовать в консультировании. Конкретный объём такой медико-социальной помощи определяет главный врач. Одна из задач – «формирование у женщины сознания необходимости вынашивания беременности». В 2017 г. для этой цели Минздрав России подготовил методические рекомендации. По данным авторов методички, «передумывают» после консультации до 30% женщин. Но это труднодостижимый уровень эффективности – в среднем обычно 10-15%.

В июле 2023 г. министр здравоохранения страны Михаил Мурашко предложил, во-первых, запретить частным клиникам заниматься прерыванием беременности и, во-вторых, ввести более строгий предметно-количественный учёт продажи препаратов для медикаментозного аборта, содержащих мизопростол и мифепристон. Руководитель федерального ведомства назвал порочной практикой, при которой женщина сначала получает образование, строит карьеру и только потом, будучи «первородящей старшего возраста», задумывается о материнстве.

В начале сентября этого года Всероссийский центр изучения общественного мнения (ВЦИОМ) провёл опрос об отношении к прерыванию беременности и недавних законодательных инициатив на эту тему. В исследовании приняли участие 1600 респондентов старше 18 лет. Почти половина из них (47%) полагают, что государство обязано принимать меры по предотвращению абортов. Год назад так думали 36%. Против вмешательства государства сегодня выступают 39%, а в 2022 г. – 51%.

Наиболее активно госрегулирование абортов поддерживают мужчины (51%), россияне с неполным средним образованием (64%), жители села (63%), жители Северо-Кавказского (65%) и Дальневосточного (57%) федеральных округов. Определённо против государственного регулирования выступают, как правило, женщины (43%), молодёжь до 25 лет (62%), жители обеих столиц (49%), активные пользователи интернета (46%) и бездетные люди (48%). Интересно отметить: в группе сторонников инициативы молодёжь до 25 лет чаще других указывает, что аборты – это негуманно и аморально (30%). Для них этот этический аргумент основной!

Итак, по мнению аналитиков ВЦИОМа, наше общество не до-

стигло согласия в обсуждаемом вопросе, но баланс общественного мнения заметно сместился в сторону госрегулирования абортов. Процент людей с такими взглядами возрастает, потому что демографическая ситуация стремительно ухудшается. Действительно, с 2018 г. население России неуклонно сокращается, за последние 5 лет – на миллион 300 тыс. человек (около 1%). Для сохранения демографического статуса-кво рождаемость должна составлять 13-14 человек на тысячу населения, а для увеличения

консультаций во всех уголках Республики. В центр направят будущих матерей, которых в женской консультации не удалось убедить сохранить здоровую беременность.

В рамках подготовки к реализации в Новгородской области проекта по профилактике абортов «Здравствуй, мама!» 38 главных врачей больницы и руководителей социальных учреждений прошли специальное обучение. Проект стартует с октября этого года и направлен на работу с беременными женщинами, в частности

контролировало каждое прерывание беременности: «Мы должны быть уверены, что сделали всё для сохранения ребёнка».

Незаконные способы прерывания беременности следует полностью запретить. Так, в феврале 2023 г. Т.Бущая обнаружила сайт со свободной продажей таких таблеток, и сразу обратилась в полицию. Росздравнадзор регулярно блокирует аналогичные сайты за незаконную торговлю рецептурными или вообще не зарегистрированными в России лекарствами. Это касается

было бы перенаправить эти огромные государственные средства на поддержку беременных женщин, оказавшихся в трудной жизненной ситуации?!

К сожалению, в 2017 г. эту инициативу Госдума отклонила. В 2022 г. похожий законопроект выдвинул депутат Виталий Милонов. Но лоббисты абортов и тогда взяли верх.

В мае 2022 г. против проведения абортов в частных клиниках и по полису ОМС выступил Патриарх Московский и всея Руси Кирилл. Он назвал это «большой моральной

Острая тема

Репродуктивный выбор в современной России

Борьба за жизнь или за смерть?



народонаселения страны – около 17 человек на тысячу населения. Сегодня она колеблется в районе всего лишь 9–10 (!) новорождённых. Разумеется, опрос ВЦИОМ выявляет «верхнеуровневые позиции». И если вести реальную дискуссию о том, как государству следует регулировать аборты, ответы могут сильно отличаться. Но, как говорится, «лёд тронулся, господа присяжные заседатели!»

Аборт – право человека и государства

Федеральной политике соответствуют инициативы на местах. Существенная тенденция современной России – это законодательное стремление вывести аборт из перечня услуг частных клиник. Так, треть из 86 коммерческих медучреждений Татарстана отказались от лицензий на прерывание беременности. Глава Минздрава Республики Марсель Миннуллин настаивает, что эту процедуру должны проводить только государственные медучреждения. «Частники» не заинтересованы в проведении доабортных консультаций и зачастую не соблюдают положенную неделю тишины.

Главрачам республики административно намекнули, что клиники не получают денег от территориальных ФОМС. Отказ от абортов по карману не ударит, а уменьшение количества квот на лечение из ФОМС весьма болезненно. Цель весомая: создание благоприятной среды для рождения детей. Ведь аборт – это процедура с риском многочисленных осложнений, снижающая рождаемость и репродуктивное здоровье нации.

Следующий шаг в планах Минздрава Татарстана – создание центра кризисной беременности. Примерно 12% пациенток после консультирования отказываются от абортов. Задачи новой структуры – усилить психологическую работу и обучить доабортную консультацию сотрудников женских

информационное сопровождение и мотивирование к деторождению. Также предусмотрена модернизация женских консультаций и формирование регламента общения с будущими мамами.

А вот новости из Тульской области. Для медработников разработаны методические материалы по консультированию пациенток с целью выявления причин прерывания беременности, а также информирования о негативных последствиях аборта и мерах поддержки семей с детьми. В итоге каждая третья беременная отказалась от аборта в прошлом году, что сберегло жизнь 414 малышам. Главный врач Тульского областного перинатального центра доктор медицинских наук Сергей Рыбников отметил, что уже в этом году после консультаций аборты передумали делать ещё 183 жительницы региона.

Воистину, это борьба за жизнь, а не за смерть!

Пренатальное усыновление

Весной 2023 г. озвучена идея пренатального усыновления не рождённого ребёнка. Если суррогатная мать вынашивает плод, зачатый из половых клеток его будущих родителей, то в предлагаемом варианте плод зачат естественным путём. Приёмных родителей находят на стадии, когда младенец ещё в матке биологической матери, решившейся на аборт, например, из-за бедности. Вместо операции ей предлагают выносить, родить и передать дитя другой семье.

Первый заместитель председателя Комитета Госдумы по вопросам семьи, женщин и детей Татьяна Буцкая сказала, что готового законопроекта пока нет, но идея обсуждается. Тема для законодателей юридически обязательств, договорных условий и финансовых аспектов, хотя вполне реализуемая. Конечно, пренатальное усыновление не станет заменой аборта. Но задача в том, чтобы государство

не только абортивных препаратов. За нелегальную торговлю самыми разными медикаментами в России в 2022 г. заблокировали более 20 тыс. интернет-ресурсов.

Запрет пропаганды абортов

Весьма интересны законодательные инициативы Республики Мордовия. Парламент региона принял особый закон 3 августа 2023 г. Теперь пропагандой абортов считаются сведения о социальной равноценности аборта и родов; обоснование преимущества абортов как безвредной, безопасной и «нравственно нейтральной» процедуры; формирование отношения к аборту как социальной норме, а также желания прервать беременность, если она наступит, или негативного отношения и страха перед беременностью, родами и воспитанием ребёнка.

Недопустимы уничижительные высказывания и ложные сведения о беременности, беременных женщинах, ребёнке до рождения; оправдание аборта без угрозы жизни и здоровью будущей матери (включая случаи аномалий и пороков развития у плода); негативные субъективные мнения о перспективах жизни ребёнка в дальнейшем; призывы к аборту или демонстрация этого процесса с ироничными или уничижительными комментариями в развлекательных и игровых целях.

Склонение к аборту по закону республики – это угрозы; предложение; подкуп; обман; выдвигание требований; предоставление беременной информации, отнесённой к пропаганде, и понуждение женщины к аборту со стороны близких родственников, партнёра и лиц, от которых она зависит. Врачам информировать о наличии медицинских показаний к данной операции не запрещено. Нарушение закона влечёт административную ответственность (штрафы).

Убийство – не лечение

В России неоднократно предпринимались попытки вывести аборты из системы ОМС. Так, в 2015 г. группа депутатов во главе с Еленой Мизулиной внесла в нижнюю палату парламента законопроект, предусматривающий аборт за счёт средств бюджета только при медицинских показаний и социальных показаниях. Оплачивать же аборт, не направленный на сохранение здоровья и спасение жизни женщины, из кармана налогоплательщиков – неоправданная роскошь в нынешних финансово-экономических условиях. Это вызывает и справедливое возмущение общества. Аборт сам по себе не является лечебной или улучшающей здоровье процедурой и не рассматривается как неизбежная необходимость. Не логичнее

проблемой нашего общества» и призвал защитить право ребёнка на жизнь с момента зачатия.

Летом 2023 г. РПЦ предложила поэтапный вывод абортов по желанию женщины из ОМС, кроме операций для россиянок с доходом ниже прожиточного минимума, а также при неотложных медицинских показаниях и кризисных социальных ситуациях (изнасилование). Эксперты патриаршей комиссии по вопросам семьи, защиты материнства и детства надеются, что этот компромисс снизит «градус общественной дискуссии» вокруг предложения о выводе абортов из системы ОМС. Экономленные средства разумнее направить на лечение бесплодия и поддержку многодетных семей.

Противники данной инициативы утверждают, что отсутствие доступа к бесплатным абортам якобы заставит обращаться к подпольным абортмахерам и увеличит женскую смертность. На мой взгляд, это неверно. Выведение части абортов из ОМС не сделает их недоступными, а только платными. Нелегальные абортмахеры явно не оказывают услуг даром. Напротив, они захотят брать дополнительные деньги за риск уголовного наказания. Что же заставит женщин отвергать легальные платные аборты в государственных клиниках ради нелегальных и к тому же дорогостоящих?!

Проведу аналогию. Глупо выступать против сухого закона из опасения, что люди начнут травиться подпольным суррогатным алкоголем. Разве это довод в пользу государственного субсидирования выпивки и пьянства?

Очевидно, репродуктивный выбор имеет и демографическое, и нравственное, и религиозное измерения. Вот лишь два аспекта их тонкой взаимосвязи. Сербский патриарх Павел видел духовные истоки геополитической трагедии своего народа в том, что албанская женщина рождает семь детей, а сербская делает семь абортов. Значит, эта земля нужнее албанцам, чем сербам. Вот Господь и распорядился землями Косово и Метохии так, как посчитал нужным. Завершу притчей. Жители одного государства возопили к Богу о том, что он не посылает им благоразумных правителей, отважных полководцев, честных торговцев, достойных супругов. А Господь ответил: «Всех этих людей я присылал вам, но вы убили их в абортах».

Что на это сказать?

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

В Федеральной политехнической школе Лозанны установили, что латеральность органов в теле определяется асимметричной деградацией одной из информационных РНК. Для этого нужен белок с характерным названием анкирин, и авторы полагают, что цилиопатии разных органов связаны с нарушением динамики указанного процесса.

Зоологи и анатомы разных стран, «дорвавшиеся» до микроскопов, разглядели у разных клеток едва видные ворсинки и реснички, а также более крупные жгутики и трихии. Реснички-волоски определяют нормальное развитие организма с первых дней зачатия. Токи жидкости, в которой «купается» эмбрион, то ли направляют движение ресничек, то ли они сами определяют её движение. Это очень важный фактор развития, потому что реснички определяют правильную хиральность развития организма.

Кровь, идущая от кишечника, «очищается» в печени, но затем ещё фильтруется почками. С их мальпигиевыми клубочками и канальцами сифонов. Эпителий последних покрыт ресничками, как и клетки хориоидальных сплетений в мозге, выделяющих жидкость для «омовения» мозга. Есть и реснитчатое-цилиарное тело в глазу, представляющее собой клеточный слой между склерой и сетчаткой, нельзя не сказать и о волосковидных нейронах внутреннего уха улитки, которые с помощью щётки ресничек чутко улавливают колебания эндолимфы, возбуждаемые косточками, идущими от тимпана перепонки. Те же щётки можно видеть и на поверхности кишечного и дыхательного эпителия (являющегося одной из основных мишеней разного рода вирусов). Так что о

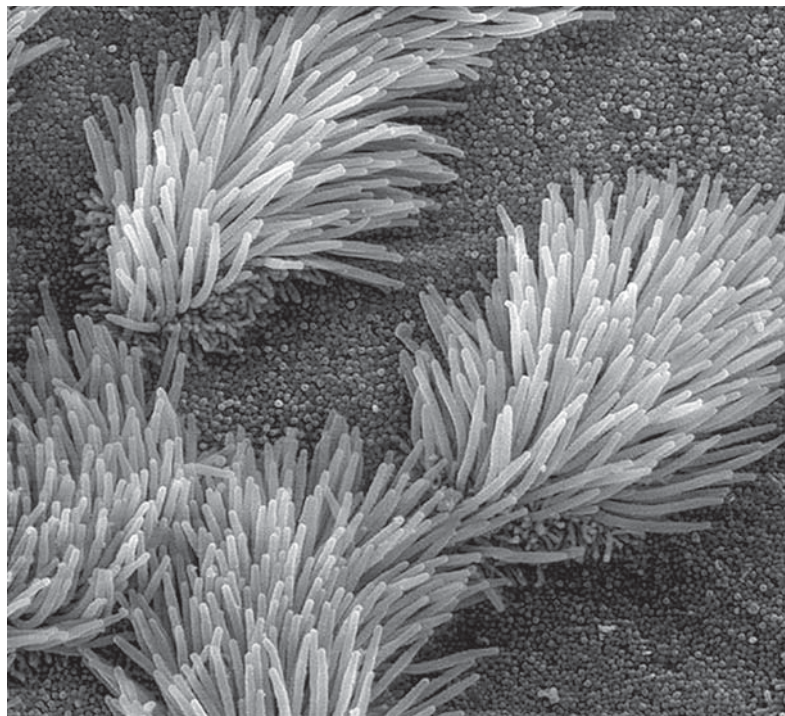
Взгляд

Реснички

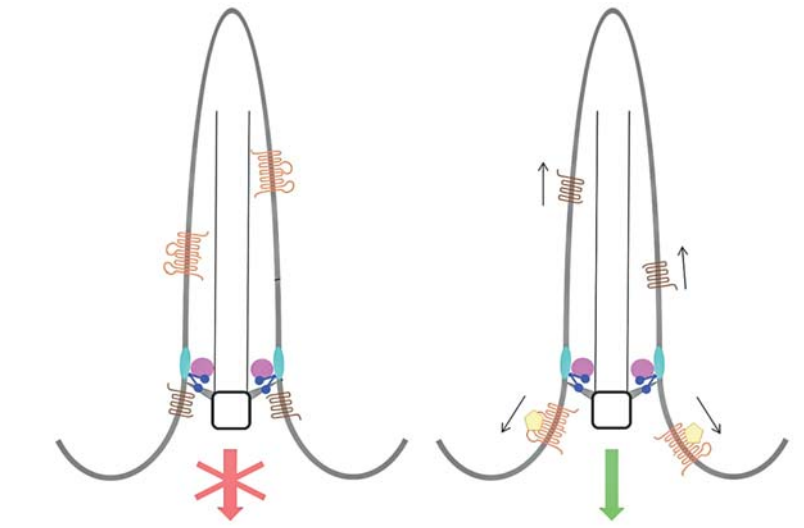
цилиарных клетках можно много рассказывать, тем более что нынешние микроскопы и геномика внесли свой существенный вклад в понимание природы реснитчатого эпителия («кроющего сверху»).

Выяснилось, в частности, что ворсинка действительно поляя внутри, хотя внутри более крупных жгутиков имеется довольно сложный протеиновый «аппарат», что можно видеть на примере хвостика – спермия. Известно,

что в тех же нейронных отростках транспорт везикул осуществляется по белковым микротрубочкам с помощью моторных протеинов кинезина и динеина, названия которых говорят сами за себя. В хвостике спермия интрафлагеллярный транспорт осуществляет белок IFT (Intra Flagellar Transport) с помощью динеина с внешними «ручками» (ODA – Outer Dynein Arms). Разобрались в этом сотрудники Орхусского университета. Им помогли коллеги из



Ворсинки эпителия трахеи под электронным микроскопом



Передача сигнала: кавеолин, нефроцистин и KIF (показаны разными цветами) удерживают в основании ворсинки белковые рецепторы SHH (жёлтые справа), тем самым не пропускают сигнал в клетку

Копенгагенского университета, которые определили, что основание реснички образовано белком, который «переходит» в кавеолин. Он укрепляет ворсинку в холестеринном «плотике» клеточной мембраны и обеспечивает её колебания.

О важной роли ресничек в развитии говорит тот факт, что с ними взаимодействует белковый продукт гена Sonic Hedgehog (SHH), являющийся одним из важнейших генов эмбрионального развития. SHH входит в квартет, с помощью которого из клеток взрослого организма получают стволовые, по своим свойствам похожие на эмбриональные. Ворсинка при этом представляет собой антенну, улавливающую белок развития. При отсутствии SHH она не пропускает сигнал развития, при его появлении сигнал проходит в клетку. Регулирует сигнал SHH упомянутый выше кавеолин. В почках он взаимодействует с протеинами нефроцистина и

одним из обширного семейства кинезинов (KIF – Kinesin Family).

Столь детальное описание молекулярной биологии, казалось бы, «ничтожных» ворсинок очень важно с точки зрения их нарушений, получивших общее название цилиопатии, одним из примеров которых является гибель реснитчатых клеток улитки, что приводит к наследуемой глухоте. Только с началом геномного тысячелетия выяснилось, что клетки гибнут в результате мутации гена одного из миоглобинов (миозина), сокращения которого необходимы для движения ворсинок в ответ на волны эндолимфы. Недавно сообщалось, что имплантация стволовых клеток привела к глухоте у мышей «ушла». В других случаях методы генотерапии пока, к сожалению, не созданы.

Игорь ЛАЛАЯНЦ,
кандидат биологических наук.
По материалам Journal Biological Chemistry, PLOS Bio.

Новые подходы

Донорская почка как своя собственная

Врачи из Великобритании впервые осуществили трансплантацию почки восьмилетней девочке, одновременно «перепрограммировав» её иммунную систему так, что ребёнку не понадобится на протяжении всей жизни принимать иммуносупрессоры.

Поскольку трансплантат костного мозга и почка были получены от одного и того же донора – матери девочки, организм воспринял новую почку как свою собственную, не пытаясь отторгнуть донорский орган.

После трансплантации органов пациенты пожизненно принимают препараты, подавляющие иммунитет. Ослабленная иммунная система постоянно подвергается высокому риску заражения инфекциями и вирусами, помимо других осложнений.

Девочка впервые поступила в лондонскую клинику на Great Ormond Street (Gosh) в возрасте 5 лет, медики обнаружили у неё редкое генетическое заболевание – иммунокостную дисплазию Шимке, которое и привело к отказу почек. На каждые 3 млн детей в Великобритании приходится один случай такой патологии. Ей был назначен гемодиализ, и девочке приходилось минимум три раза в неделю ездить на процедуру из своего дома в Гринфорде, на северо-западе Лондона, в центр города.

В марте 2021 г. функция почек резко снизилась, но трансплантация донорского органа была невозможна, поскольку иммунная система девочки была очень слаба. Команды медиков по трансплантации почек, иммунологии и стволовых клеток клиники Gosh разработали с международными коллегами план лечения.

В течение 4 недель девочка находилась на диализе 24 часа в сутки в отделении интенсивной терапии, где ей сделали пересадку костного мозга. Шесть месяцев спустя, в марте 2023 г., она почувствовала себя достаточно хорошо для трансплантации почки.

Руководитель программы трансплантации почек в больнице Gosh специалист по детской нефрологии профессор Стивен Маркс, работает здесь более 25 лет и говорит, что это первая пациентка в Соединённом Королевстве, которой была проведена пересадка почки и которая не нуждается в иммунодепрессивных препаратах после операции.

«Из-за угнетённого вследствие основного генетического заболевания иммунитета изначально пересадка почки была невозможной. Необходимо было устранить иммунодефицит путём трансплантации костного мозга матери пациентки, и, поскольку организм девочки принял донорский костный мозг, это означало, что он сможет воспринимать мамину почку как собственную. Через месяц после

трансплантации мы смогли полностью отказаться от иммуносупрессивных препаратов», – рассказывает профессор Маркс.

Медики и родители девочки счастливы видеть, что она не просто обрела новое качество жизни, но и вернулась в школу, теперь может плавать, петь, танцевать и прыгать на своём любимом батуте, в то время как в марте 2021 г. она проводила значительную часть времени в больнице на гемодиализе и прогнозы были неутешительными. Сегодня она больше не нуждается в диализе, у неё отличная иммунная система и отличная новая почка, выполняющая свою функцию в организме.

Что касается перспектив подобной процедуры у других пациентов, профессор осторожен: «Всё в жизни, особенно в медицине, зависит от соотношения рисков и пользы. Проведение такой двойной трансплантации с пересадкой костного мозга, за которой следует пересадка почки, гораздо более рискованно для пациента, поэтому мы всегда должны рассматривать каждый конкретный случай отдельно».

Например, есть подгруппы пациентов с заболеваниями почек, связанными с иммунной системой, и в таких случаях, возможно, стоит пойти на повышенный риск двойной трансплантации, так как эти пациенты, как правило, не могут долго находиться на диализе.

Марина КЫН.
По материалам Medscape.

Ситуация

Центры по контролю и профилактике заболеваний США обеспокоены возросшей частотой заражения бактерией *Vibrio vulnificus* – так называемой плотоядной, из-за повышения температуры воды и природных катаклизмов, вызванных изменениями климата на планете. Специалисты центров выпустили обновлённые клинические рекомендации для медиков и привлекают внимание общественности к опасности.

Плотоядная бактерия захватила американские водоёмы

Плотоядная бактерия провоцирует опасную инфекцию, известную как некротизирующий фасциит, и в считанные часы развивается сепсис. Чтобы спасти пациента, часто приходится ампутировать конечности, нос, губы. Антибиотики против этой бактерии неэффективны.

Число инфицированных вирусом *V. vulnificus*, ежегодно составлявшее от 150 до 200 зарегистрированных случаев в США, значительно увеличилось в восточной части страны. Большинство людей заражаются, когда бактерии, чувствующие себя прекрасно в тёплой солёной воде, попадают в открытую рану во время купания. Но около 10% случаев заболеваний являются результатом употребления сырых или недоваренных моллюсков. Около 20% пациентов в США умирают после заражения.

В июле и августе этого года инфекции, вызванные плотоядной бактерией, в штатах Восточного побережья, включая Коннектикут,

Нью-Йорк и Северную Каролину, привели к нескольким смертельным случаям. По данным Центров по контролю и профилактике заболеваний, люди, подверженные наибольшему риску – например, с хроническими заболеваниями или ослабленным иммунитетом, – должны быть особенно осторожны во время занятий водными видами спорта в прибрежных водах, особенно вблизи Мексиканского залива или Восточного побережья.

Медикам рекомендуется сразу учитывать высокую вероятность заражения *V. vulnificus* как причину инфекции у пациентов, которые подвергались воздействию прибрежных вод; рекомендуется также оперативно назначать антибактериальную терапию и прибегать к раннему хирургическому вмешательству, чтобы улучшить выживаемость своих пациентов, если существует малейшее подозрение на контакт с плотоядной бактерией.

Кира МАРИНИНА.

Ракурс

Невесёлые последствия
«веселящего» газа

С 2019 г. в мире, в частности в Великобритании, наблюдается рост использования закиси азота не только в седативных целях, но и в качестве психоактивного вещества. Британские эксперты обеспокоены очевидным ростом заболеваемости миелоневропатией в стране, связанным с употреблением закиси азота, и заказали национальному Консультативному центру по наркотикам соответствующее исследование, результаты которого свидетельствуют о серьёзных проблемах и упущениях в законодательстве.

К сожалению, правительство Великобритании решило не следовать настоятельной рекомендации экспертов оставить правовое регулирование использования оксида азота в юрисдикции закона о психоактивных веществах 2016 г. Вместо этого чиновники планируют отнести этот газ к наркотикам класса С в соответствии с законом о злоупотреблении наркотиками 1971 г. Какое влияние окажет это изменение в законодательстве на рост миелоневропатологических расстройств, вызванных бесконтрольным использованием закиси азота?

Сторонники нововведения считают, что страх перед юридическими последствиями приведёт к сокращению использования оксида азота в психоактивных целях, и что новый нелегальный статус вещества будет означать, что потребители (в основном подростки и молодые взрослые) перестанут воспринимать веселящий газ как безобидное средство.

В реальности влияние этого законодательства на рост миелоневропатических патологий, связанных с оксидом азота, предсказать не



так просто. Значительная часть потребителей этого газа также употребляет другие (уже запрещённые) наркотики, и их вряд ли остановит то, что препарат относится к классу С.

Проблема также в том, что новое законодательство может усилить социальную стигматизацию, что, в свою очередь, приведёт к дальнейшему ущербу от плохого взаимодействия со службами здравоохранения. Отсроченное проявление негативного воздействия газа на организм приведёт к необратимости неврологических повреждений.

Последующая долговременная нетрудоспособность людей приведёт к дальнейшему увеличению социально-экономического неравенства и распространению цикла «бедность-инвалидность».

Прогноз ситуации с миелоневропатией, вызванной употреблением закиси азота, зависит от того, насколько эффективно правительство будет выполнять рекомендации Консультативного совета по со-

кращению поставок и продаже оксида азота для незаконного использования.

Прежде всего, необходимо закрыть веб-сайты, безответственно продающих закись азота, ограничение продажи больших ёмкостей с газом для частного использования, на упаковках с веществом должны быть предупреждения о вреде для здоровья. Крайне важна грамотная просветительская кампания и распространение информации и рекомендаций для медицинских работников о методах лечения.

В России с 1 января 2021 г. запрещено производить, распространять, реализовывать закись азота, а также пропагандировать её употребление в каких-либо целях, кроме медицинских, промышленных или технических. Кроме того, введена ответственность для граждан за употребление веселящего газа не по назначению, чтобы добиться одурманивающего эффекта и изменить своё сознание и физическое состояние.

Бывает и такое

Фармацевтика и бюрократия.
Как найти компромисс?

Производители лекарств жалуются на возросшие сложности, бюрократические и налоговые препятствия для проведения исследований и бизнеса и покидают Германию. Министр здравоохранения ФРГ Карл Лаутербах пытается удержать знаменитые фармкомпании, но пока не очень успешно.

Лаутербах планирует принять комплексные меры для улучшения условий для медицинских исследований и для производителей фармацевтических препаратов в стране. В конце года Министрство здравоохранения разработает так называемый «Закон о медицинских исследованиях», который должен значительно облегчить работу учёных в области медицины и фармакологии. Лаутербах говорит об «ускоренном пути», позволяющем упростить условия для исследований, например, в области онкологии или денции.

Фармацевтические компании в последнее время всё чаще грозятся покинуть Германию. Они жалуются на многочисленные бюрократические и юридические препятствия для проведения исследований. Так, известная компания BioNTech из Майнца объявила о планах создания нового исследовательского центра

в Великобритании. Компания Bayer намерена перенести свою фармацевтическую деятельность в США и Китай.

Федеральное правительство серьёзно обеспокоено тем, что Германия постепенно теряет лидерство в научных и клинических исследованиях, а также в качестве производственной площадки для фармацевтических компаний.

Во время недавней пандемии коронавируса большинство медицинских исследований проводилось в Израиле или Великобритании. Немецкие учёные и фармкомпании не в состоянии оперативно реагировать на потребности современного мирового рынка – они не справляются с многочисленными бюрократическими процедурами, которые различаются в зависимости от локальных законов отдельных федеральных земель, требований многочисленных органов по защите данных и комитетов по этике.

Задача нового закона – устранить подобные препятствия. Первый шаг навстречу учёным и фармацевтическим компаниям Лаутербах хочет начать с принятия двух законов о цифровизации. Пока Германия занимает последнее место в ЕС по доступности данных о состоянии здоровья граждан для отраслевых исследований.

Чиновники предлагают с 2025 г. ввести электронные медицинские карты, в которых будут храниться все данные о здоровье и лечении, если застрахованный не возражает. Эти данные, в свою очередь, могут быть использованы в анонимной форме компаниями и научными организациями, например, для исследования новых методов лечения или медицинских препаратов.

При этом также предполагается использовать искусственный интеллект. «Желательно, чтобы мы использовали искусственный интеллект, лучше всего – «сделанный в Германии», чтобы снова стать лидерами в области разработки лекарств и медицинских приборов», – говорит Лаутербах.

Представители отрасли пока не выражают особого оптимизма. «Точечные меры содействия исследованиям, безусловно, являются частью общей концепции, которая необходима, но сами по себе они недостаточны», – считает Хан Штайтель, президент Ассоциации исследовательских фармацевтических компаний. Помимо более широкого внедрения цифровых технологий, Штайтель считает необходимым регулирование системы компенсации стоимости рецептурных препаратов страховыми компаниями, ускорение процедуры одобрения проведения исследований и введение «налоговой политики, стимулирующей инновации».

Современные технологии

Идеальные доноры
для человека

Трансплантация генетически модифицированного свиного сердца проведена второму пациенту в мире. Им стал 58-летний мужчина. Обе пересадки сердца были проведены экспертами Университета Мэриленда. К сожалению, первый пациент умер в прошлом году через два месяца после операции из-за множества факторов, включая общее плохое состояние здоровья.

И вот вторая трансплантация. Лоуренсу Фосетту не смогли подобрать подходящее донорское сердце из-за осложнений, вызванных имеющимся сосудистым заболеванием и внутренними кровотечениями. Без экспериментальной трансплантации отцу двоих детей и ветерану военно-морского флота США грозила смерть от острой сердечной недостаточности.

После трансплантации Фосетт задышал самостоятельно, новое сердце функционирует хорошо, «без какой-либо помощи поддерживающих устройств», сообщили в университете. Пациент принимает обычные препараты против отторжения донорского органа, а также получает инновационную терапию антителами, чтобы предотвратить повреждение или нарушение работы нового органа.

Пересадка человеку органов животных, называемая ксенотрансплантацией, могла бы стать решением проблемы хронической нехватки донорских органов. В настоящее время в мире наблюдается рекордный рост числа пациентов, находящихся в списках ожидания, многие из них не доживают до операции. Ксенотрансплантация – это чрезвычайно сложный процесс, так как иммунная система пациента будет атаковать чужеродный орган. Учёные пытаются «перехитрить» иммунную систему человека, используя органы генетически модифицированных свиней.

Недавно американские трансплантологи осуществили пересадку почки от генетически модифицированной свиньи пациенту с мёртвым мозгом, орган успешно проработал 61 день.

Прежние исследования в области ксенотрансплантации были сосредоточены на донорских органах приматов – так, новорождённой, известной как Малышка Фейри, в 1984 г. было пересажено сердце бабуина, но пациентка прожила всего 20 дней.

В настоящее время доказано, что именно свиньи являются идеальными донорами для человека благодаря размеру органов, быстрому росту и лёгкости разведения этих животных.

Осторожно

Опасная комбинация

Применение безрецептурных противовоспалительных и обезболивающих нестероидных препаратов вместе с гормональными контрацептивами увеличивает риск образования тромбов, или венозной тромбоэмболии. К таким выводам привело многолетнее исследование в Дании, в ходе которого наблюдались более 2 млн женщин в возрасте от 15 до 49 лет, не имевших ранее в анамнезе тромбов, рака, гистерэктомии или бесплодия, в период с 1996 по 2017 г.

В исследовании учитывались многочисленные факторы, включая предыдущие операции, диабет, высокое кровяное давление, возраст и уровень образования, что позволило получить ценную информацию о том, как эти два класса лекарств взаимодействуют в организме человека.

Авторы исследования разделили контрацептивы на три группы в зависимости от содержания гормонов: высокого, среднего и низкого риска. К безрецептурным нестероидным противовоспалительным препаратам (НПВП) относятся такие популярные лекарственные средства, как ибупрофен, диклофенак, напроксен и др.

На 100 тыс. женщин, использовавших гормональные контрацептивы высокого риска, такие как комбинированные пластыри с эстрогеном и прогестином,

вагинальные кольца или таблетки эстрогена по 50 мкг, в течение первой недели приёма нестероидных противовоспалительных препаратов приходилось 23 случая венозной тромбоэмболии в неделю. Число тромбозов было ниже среди женщин, применявших гормональную контрацепцию среднего или низкого риска: препараты с пониженным содержанием гормонов, имплантаты и спирали – соответственно 11 и 4 случая в неделю.

Среди женщин, включённых в исследование, было зарегистрировано в общей сложности 8710 случаев образования тромбов. Когда сравнивали данные анализов тех, кто принимал обезболивающие в сочетании с гормональной контрацепцией, и тех, кто не принимал их, коэффициент свёртываемости крови составил 7,2. Это соотношение возрастало до 11, когда это касалось пациенток, использовавших гормональную контрацепцию высокого риска.

Хотя абсолютный риск развития венозной тромбоэмболии после применения НПВП относительно низкий, в группу риска входит очень большое количество женщин, так как большинство из них регулярно принимают гормональные контрацептивы и часто относятся беззаботно к избыточному приёму доступных без рецепта ибупрофена, диклофенака и других нестероидных обезболивающих.

Материалы подготовила
Марина КЫН.

По материалам Associated Press,
Journal of the American Medical Association, Lancet, Handelsblatt.

Живая история

Океан медицины

Самым большим и интересным музеем Калининграда является Музей Мирового океана. Его главный экспонат – советское научно-исследовательское судно «Витязь». Оно было построено в 1939 г. в Германии как грузопассажирский теплоход «Марс», ставший вскоре военным транспортом. В январе – апреле 1945 г. он вывез из Восточной Пруссии более 20 тыс. беженцев. В конце 1945 г. по репарациям корабль был передан Великобритании, а на следующий год вошел в состав торгового флота СССР.

После организации в 1946 г. Института океанологии судно решено было переоборудовать для научных

исследований и переименовать в «Витязь». Там имелось 12 научных лабораторий. С 1949 по 1980 г. «Витязь» совершил 65 рейсов в Тихом, Индийском и Атлантическом океанах, пройдя в общей сложности 800 тыс. морских миль. С его борта была измерена максимальная глубина (11 022 м) в Марианской впадине и открыт но-



«Витязь»

вый тип животных – погонофоры. В экспедициях работали ученые 50 научных институтов нашей страны и 20 стран мира. В 1994 г. «Витязь» пришвартовался у музейного причала в Калининграде.

На судне расположены экспозиции, посвященные истории географических открытий и судоходства. Восстановлены многие исторические интерьеры, в том числе медицинский блок. В экспозиции медицинские документы – результаты исследований, справки, санитарные склидки и т.д. – размещены на фоне первой полосы «Медицинской газеты» от 21 июня 1963 г.

В состав музея входят Королевские ворота, построенные архитектором Фридрихом Штюлером в псевдоготическом стиле. В одном из залов представлена история аптечного дела в Кёнигсберге с XV до середины XX века. В экспозиции – коллекция местных

лекарственных трав, подборка «лечебных» камней, благовония, чучело маленького крокодила, бутылки для минеральной воды и склянки для лекарств, старинные весы, ступки и прочий аптечный инвентарь. Первую аптеку в городе Тевтонский орден учредил в 1420 году. Мощное развитие аптечное дело в Пруссии получило во время правления Альбрехта Бранденбург-Ансбахского (1490 – 1568), последнего гроссмейстера Тевтонского ордена, первого герцога Прусского, реформатора и просветителя, основавшего здесь университет Альбертина. Жена Альбрехта занималась выращиванием лекарственных трав, и это положило начало ботаническим садам.

Время с первой половины XVIII века до первой половины XIX века считается золотым веком аптекарского дела. Аптекари за-являют о себе как о специали-

стах, разбирающихся в ботанике, химии и физике. Выходит предписание, что могут продавать бакалейщики, а что – аптекари. В этот период в придворной аптеке Кёнигсберга трудился Карл Готтфрид Хаген (1749-1829) – ученик и друг Иммануила Канта, ставший профессором Альбертины. Хагена называют основоположником научной фармакологии. Его лекции часто включали эксперименты. Он был автором «Справочника аптекарского искусства» и сборника «Растения Пруссии».

На выставке представлен старинный «интерактивный телефон»: снимаешь трубку, нажимаешь одну из кнопок и слушаешь рассказ. Например, о пилюле, которую можно позолотить, подсластить, проглотить или поднести. Или о происхождении слова «аптека» – с греческого оно переводится как «кладовка».

Борис НИЖЕГОРОДЦЕВ.



Выставка «Аптека трёх королей» в здании Королевских ворот

Болезни великих

Максим Горький – литературный псевдоним Алексея Максимовича Пешкова, основоположника социалистического реализма, номинанта на Нобелевскую премию в области литературы.

Родился Алексей Максимович 16 (28) марта 1868 г. в Нижнем Новгороде в небогатой семье столера. Когда ему было три года, он заболел холерой. Отец мальчика, Максим Пешков, заразился от него и умер. Мать будущего писателя, Варвара Каширина, винила ребёнка в смерти мужа и отдала его на воспитание бабушке и дедушке.

Наставницей в литературе стала именно его бабушка, которая и провела внука в мир народной поэзии. Он написал о ней кратко, но с большой нежностью: «В те годы я был наполнен стихами бабушки, как улей мёдом; кажется, я и думал в формах её стихов». Его детство прошло в жёстких, тяжёлых условиях. С ранних лет будущий писатель был вынужден заниматься подработками, зарабатывая на жизнь чем только придётся. В жизни Горького всего два года были посвящены учёбе в Нижегородском училище. Затем из-за бедности он пошёл работать, но постоянно занимался самообразованием.

В монографии «Горький» П.Басинский (2005) предполагает, что Пешков в молодости страдал суицидальным комплексом: «Ещё будучи школьником, когда он заболел острой и его связали, чтобы не расчёсывал себя до крови, Алексей развязался, выбросился в окно из чердака, разбив стекло головой, и пролежал довольно долго в снегу, пока его не обнаружили. Допустим, это было сделано в бессознательном состоянии. Но затем, когда

Туберкулёз и склонность к самоубийству

В этом году исполнилось 155 лет со дня рождения Максима Горького

он пошёл с ножом на отца, то грозился матери, что убьёт его и потом убьёт себя». Одним из самых трудных в биографии Горького был 1887 г. Из-за навалившихся бед он пытался покончить с собой, тем не менее выжил. Сталкиваясь с несправедливостью и видя вокруг себя страдания людей, он выстрелил в себя из револьвера. Пытался покончить с собой он и в больнице, после извлечения из спины пули. Поссорившись там с доктором Н.Студентским, будущий прозаик выпил хлоралгидрат.

Доктор И.Галант был уверен, что в юности Пешков страдал психическим заболеванием. Позже это отразилось в творчестве писателя – на самоубийство покушались некоторые герои его произведений. Так, в пьесе «Фальшивая монета» (1913) добровольно уходит из жизни Полина, она бросается под поезд из-за трудностей, выпавших на её долю, когда муж отказывает ей в помощи и защите: «Я тебе душу хотела открыть, а ты меня в могилу гонишь...».

У Пешкова были и другие проблемы со здоровьем – много лет он был уверен в том, что болен туберкулёзом. Так, 15 ноября 1931 г. Горький пишет литератору К.Федину, находящемуся в Швейцарии на лечении от туберкулёза: «Очень обрадован мужественным

тоном вашего письма, – хорошее настроение это как раз то, что определено и серьёзно помогает в борьбе с надоедливой этой болезнью. У меня было три рецидива, два воспаления лёгких, не считая ежегодных бронхитов, – вот и летом схватил в Ленинграде грипп с температурой до 40 гр, и, знаете, мне кажется, что я преодолеваю эти нападения не столько с помощью медиков, как напряжением воли. Назойливая и кокетливая болезнь, есть в её характере нечто от старой девы». Пешков не только помог организовать лечение Федина за границей, но и поддерживал коллегу в письмах, призывая его не поддаваться унынию.

Разных точек зрения придерживаются биографы прозаика относительно его болезни. Ю.Оклянский отмечает: «Горькому не надо было объяснять, что такое туберкулёз. Его самого этот недуг преследовал и точил чуть ли не всю жизнь. Было достаточно известно, что к тому времени (пользуясь собственным определением Горького в одном из писем лета 1931 г.) у него «правое лёгкое совсем кончилось – не дышит». Исследователь П.Басинский в интервью газете Metro объясняет это иначе: «У него был хронический бронхит. Он считал, что болен туберкулёзом, такое предполагалось, но это всё же был бронхит. Он бы

столько (68 лет. – П.Ч.) не прожил в противном случае. Тогда не было антибиотиков, и от туберкулёза либо вылечивались сами, либо умирали».

В 1921 г. Горький выехал для лечения в Германию. Писатель похудел, был нервно истощён, страдал кровохарканьем. За границей он лечился в санаториях, однако, несмотря на нездоровье, продолжал активно работать над созданием литературных произведений. Он жил в Германии, Чехословакии, Италии, после чего в 1928 г. вернулся в Советский Союз. С разрешения Сталина прозаик ещё не раз выезжал в Европу для поправки здоровья.

По предложению Горького и при поддержке Сталина в 1932 г. в СССР был создан Всесоюзный институт экспериментальной медицины, который занимался проблемой физического бессмертия человека, хотя тяжело больной прозаик спокойно относился к приближающейся смерти. Врач Горького, профессор А.Сперанский, полагал, что сделать человека бессмертным невозможно, но медицина в силах значительно продлить человеческую жизнь.

В 1934 г. Горький пережил тяжёлую утрату: умер его сын – Максим Алексеевич. Он простудился на даче, заснул на скамейке холодной

ночью и замёрз. Марфа Пешкова, внучка Горького, вспоминала: «Разбудила его нянечка. Пиджак висел отдельно. Это было 2 мая. Папа заболел и вскоре умер от двустороннего воспаления лёгких. Ему было всего 36 лет».

Через 2 года скончался и сам Горький. Это произошло 18 июня 1936 г. В этот день утром он находился в глубоком коматозном состоянии, у него наблюдалось громкое трахеальное дыхание. Пульс начал быстро падать, а вскоре исчез. Вскрытие, которое произвёл профессор И.Давидовский, показало, что смерть Горького вызвана «острым воспалительным процессом в нижней доле лёгкого, повлёкшим за собой острое расширение и паралич сердца. Тяжёлую течения и рокового исходу болезни весьма способствовали обширные хронические изменения обоих лёгких – бронхоэктазы (расширение бронхов), склероз, эмфизема, – а также полное заращение плевральных полостей и неподвижность грудной клетки вследствие окаменения рёберных хрящей. Эти хронические изменения лёгких, плевры и грудной клетки создавали сами по себе ещё до заболевания воспалением лёгких большие затруднения дыхательному акту, ставшими особенно тяжёлыми и труднопереносимыми в условиях острой инфекции».

Как видим, несмотря на попытку покончить с собой, Горький до конца прошёл полный испытаний и лишений жизненный путь, оставив нам свои произведения, ставшие классикой отечественной литературы.

Павел ЧУЙКОВ,
внешт. корр. «МГ».

Поэтической строкой

Сокровенное

Лев КРУГЛЫЙ

Счастье свалилось как в долг

Flight Club

У поэтов, зачем бы они ни жили, всегда есть «рыбы», всегда нет выбора. Хладнокровны ли, тяжелы, свежи ли – не суть. От Берингова до Выборга всё плывут, и добра – дыра. Муляжи, лишены способности к одиночию, географию моря знают на три, не выше – море ведь неизменно до каждого окончания всех времён, а потом один, сумасшедший, рыжий, поднимается в воздух, падает на песчаное, осящая пожар в боку, а они бесстыже чешуёй улавливают журчание!

Хладнокровнее, каждый поэт – отличник, но отличия он заключает в правила, и, ведя себя, словно подводный хищник, хочет, чтобы это его ославило.

Море темно, капитаны Немы.
В воздухе тают, звеня, фонемы.

* * *

Боже, какая была весна!
Время, казалось, стоит на месте.
Мы обнимались – была тесна
Площадь при каждом широком жесте.

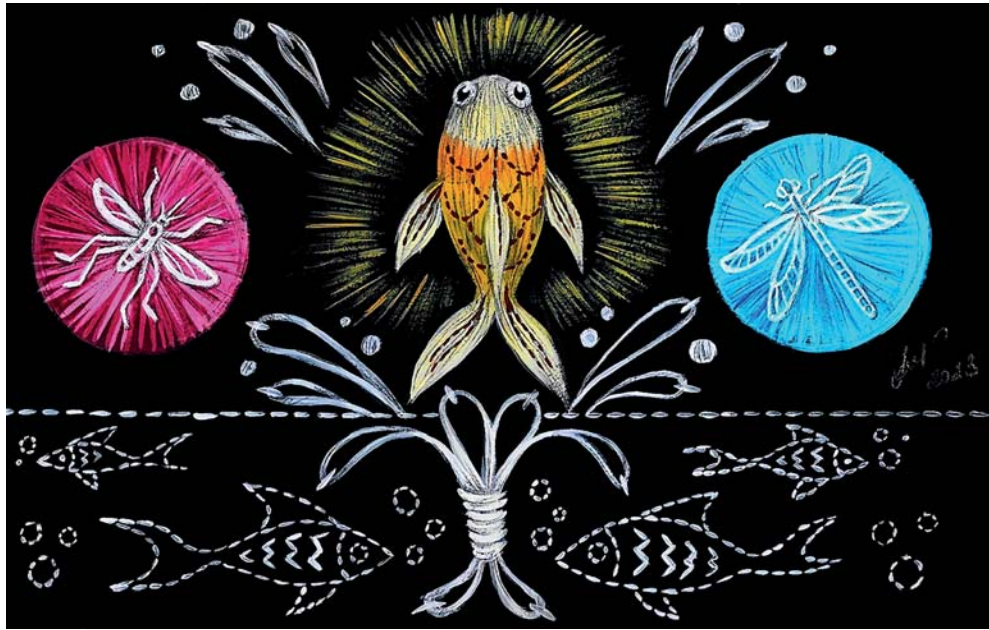
Боже, какая была весна!
Нежная, ветреная, живая.
Счастье свалилось как в долг – но с нас
Чем поживиться, не представляю.

Что у нас есть? Всё, что я познал, –
Малая часть от тебя, о чудо.
Боже, какая была весна!
И непонятно, за что? Откуда?

* * *

Слова темны. Ни будни языка,
Ни гении не справятся с задачей
Помочь понять других. Мы наудачу
Палим в мишень, где нет ни молока,
Ни яблочек. И некуда упасть.
А если есть куда – то рядом с дровом
Познания. Быть правым или левым,
Рискуя провалиться только в пасть
Харибды или Сциллы, полных гнева.

Твои слова темны на полотне
Обоев в восемь лет и в книге – в сорок.



Чужую мысль не разглядеть в окне
Вагончика «Американских горок».

Поэт

1. Он лицемерен, как танковый Корпус Мира. Но, возводя из объёмных, пустых метафор Плоский пейзаж, даже свет превратив в чернила, После – имеет права и на свет, как автор. Многие ради этого платят на спор Правом на жизнь и смерть, как Тристану – Готтфрид: Тот, кто, взглянув в онемевший от страха паспорт, Видит знакомое имя, в глаза не смотрит. Он будет счастлив, когда его денег будет Больше, чем документов, стихов – чем судеб.

2. Он и для образа – вор, экономя, бухгалтер: Голое слово (взамен уценённой лиры) Даст ему повод поздравить не дух – характер: Строя в шеренгу факты, берёшь у мира Всё, кроме чувств, ведь их не прочтешь в пейзаже.

Вот почему такие стихи для света
То, что для нас – тупик, возведённый в раже
Ради неясных целей судьбы – квартета
Лета, зимы, весны и причины смерти!
Лучше не верить поэту, и всё же – верьте.
3. Боль наступает на горло за третьей песней.
Дальше инерция поезда. Рельсы в мыле.
Правда, обычно, чем дальше, тем интересней,
Лишь бы слова и связки не подводили.
Лишь бы глаза и ум не боялись чуда:
Сумма углов планеты мала. Тем паче
Сумма твоих извилин. Вопрос, откуда
Ты и куда идёшь, не понять иначе,
Нежели быть акцентом, звучаньем,
краской,
Паузой в песне жизни, рефреном сказки.

ОБ АВТОРЕ. В 2011 г. окончил Первую Московский ГМУ им. И.М. Сеченова, в 2012 г. – интернатуру на базе того же университета, в 2014 г. – ординатуру по специальности «кардиология» на базе НМИЦ кардиологии им. Е.И. Чазова. В 2019 г. защитил кандидатскую диссертацию. Работает кардиологом в федеральном научном медицинском центре.

Ставит осень золотую пробу
На шоссе, на рощи и на мысли –
Разнолика природы роба
И дороги ещё не раскисли,
Солнце ластится, словно котёнок,
И играет на женских плечах,
И танцуют пунцовые клёны,
Грея листья в прощальных лучах...

Владимир КОРОЛЁВ.

Смоленск.

Размышлизмы

Виктор КОНЯХИН

Мысли в ассортименте

- ✓ Семья - это ваше всё, что вами приватизировано.
- ✓ Стиральная машина любила покрутиться в грязном белье.
- ✓ Режим – вражий режим!
- ✓ Где излишек политических партий, там избыток финансовых спонсоров.
- ✓ Что правдивей: писать правду или читать правду, говорить правду или слушать правду?
- ✓ Беременность – временность. Материнство – бесконечность.
- ✓ Медсестра – приближённая к врачебной тайне.
- ✓ Увидел будущее – не оборачивайся.
- ✓ Кто не рискует и не пьёт шампанское, тот довольствуется самогоном.
- ✓ Не способный к цивилизации, способен на всё остальное.
- ✓ Ничего лишнего – только наличные.
- ✓ Ничего личного – сплошная косметика.
- ✓ Бизнес в чистом виде – валюту уже отмыли.
- ✓ А мы деньги отмывали, отмывали... Нам за это много дали, много дали...
- ✓ Грузоподъёмность утопающих в роскоши всё поднимается и поднимается.
- ✓ Мысль на вечное сомнение.
- ✓ Власть на улице не валяется, там таланты все места застолбили.
- ✓ Талант на улице не валяется, там даже стоянка платная.
- ✓ Хорошо выходишь на селфи – интернет замуж выдаст.
- ✓ Любовь каратиста – в каждом карате ваших украшений.
- ✓ Опыт – ваше богатство, которое надо ещё монетизировать.
- ✓ Держи карман шире, чтобы курс рубля не промахнулся.
- ✓ Вал-маскарад катится по планете.
- ✓ Инфляция! Мне до копейки не хватает миллиона.

Мебе- верин	Кладка яиц	Госпо- жа	Тибет- ский халат	Опера Гуно	СКАНВОРД										Ибис	Сток
					3600 секунд	Шотл. поэт	Грохот	Период, пале- озой	Город, Рязан. обл.			Горя- щая куча	Кар- точная масть	Бонус	Синюш- ный цвет кожи	
	Горы, Юж. Амери- ка		Тиза- нин					Скат, склон	Лекар. форма	Воин. лагерь	Нерод- ной отец	Актриса ... Уилсон			Собака акита- ...	
			Швейц. врач, биолог	Коман- да собаке	Героиня у Пет- рарки		Звезда, Телец			Ящери- ца				Река, Египет		
	Состав- ляющая стали		Сли- вочное				Скирда	Собра- ние у сканди- навов	Ибн ... (Ави- ценна)		Злая женщи- на	Япон. халат				
				Однаж- ды	Верши- на			Крове- льный мате- риал		Гибсон, фильм				Клык		
	Более или ...		Винт				Ладно (стар.)		Штат в США							
				Пушкин, стих.				Родст- венник трески								
Автор Валерий Шаршуков		Трава, при- права					Оди- ночный забег		Долго- вая							
													Д Б Р Я Н С К И У Д А А А В Е Г Е Т Р О К С С К О Р С Б И А Н К Р И П Т А А И Р К Л О Д Л З О Н Т Е А Р А С С К А З У Н И С О Н О А З А З А Ч Е К А А Н И М Н А Т Е Л Т Р А К Л Г У Н Ж У К Л Л А Б Р А Д О Р И У П А Л М Л И К Р У К И Н А Р З А Н А Б А К Х О Б О Т А С Т А З Н И К Д А Т А			

Ответы на сканворд,
опубликованный
в № 37 от 20.09.2023.

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

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

Справки по тел.: 8 (495) 608-86-95. Рекламная служба: 8 (495) 608-85-44.
Отдел изданий и распространения: 8-916-271-08-13.
Адрес редакции, издателя: 129110, Москва, ул. Гиляровского, 68, стр. 1.
E-mail: mggazeta@mgzt.ru (редакция); rekmedic@mgzt.ru (рекламная служба); inform@mgzt.ru
(отдел информации); mg.podpiska@mail.ru (отдел изданий и распространения);
medgazeta72@mail.ru (электронная подписка); www.mgzt.ru
ИНН 7702394528, КПП 770201001, р/с 40702810338000085671, к/с 30101810400000000225,
БИК 044525225 ПАО Сбербанк г. Москва

Отпечатано в ОАО «Московская
газетная типография».
Адрес: 123022, Москва,
ул. 1905 года, д. 7, стр. 1
Заказ № 2341
Тираж 14 009 экз.
Распространяется
по подписке
в Российской Федерации
и зарубежных странах.