

В медицинских организациях необходима система оценки качества оказанной помощи.

Стр. 5

О прошлом, настоящем и будущем Хабаровского филиала МНТК «Микрохирургия глаза».

Стр. 6-7

Подведены итоги работы Российско-китайской ассоциации медицинских университетов и обсуждена новая концепция сотрудничества.

Стр. 10

В центре внимания

## Опыт рождается в спорах

### В Екатеринбурге прошла IX Евро-Азиатская конференция по офтальмохирургии



Неизменным организатором и идейным вдохновителем конференции является Екатеринбургский центр МНТК «Микрохирургия глаза», отмечающий в нынешнем году своё 35-летие.

С первой же конференции, состоявшейся в 1998 г., это мероприятие стало одним из самых крупных и авторитетных форумов в России, где профессионалы своего дела встречаются, общаются, обмениваются опытом. Нынешняя Евро-Азиатская конференция по офтальмохирургии (ЕАКО) собрала более тысячи участников из 39 регионов России и ближнего зарубежья, которые обсудили важнейшие вопросы своей специальности и перспективы дальнейшей работы.

В рамках мероприятия был представлен 121 доклад по самым актуальным аспектам витрео-

ретинальной, рефракционной, оптико-реконструктивной, катарактальной, лазерной, окулопластической и глаукомной хирургии. Важным компонентом конференции стала и большая медицинская выставка, а на сессии «живой» хирургии опытные врачи демонстрировали техники выполнения операций при различных патологиях, транслируя их из операционной непосредственно в конференц-зал.

«Нам удалось добиться, чтобы формат работы конференции полностью соответствовал заявленной теме «Дискуссионные вопросы современной офтальмохирургии». Мы заложили в регламент время для обсуждения, поэтому каждый доклад сопровождался вопросами из зала и ответами на них, дискуссиями, перерастающими порой в жаркие споры», – подчёркивает генеральный директор Екатеринбургского центра МНТК «Микрохи-

рургия глаза», главный офтальмолог Свердловской области, заслуженный врач РФ Олег Шиловских.

Участники IX ЕАКО смогли получить множество интересных идей, которые будут способствовать их дальнейшему профессиональному развитию. По словам заместителя генерального директора по научной работе МНТК «Микрохирургия глаза», председателя Общества офтальмологов России, члена-корреспондента РАН Бориса Малюгина, подобные встречи интересны и маститым профессионалам, и молодёжи, которая совершенствует здесь свои теоретические знания и перенимает практические навыки опытных специалистов.

Алёна ЖУКОВА,  
спец. корр. «МГ».

Екатеринбург.

Деловые встречи

## Осознанная перезагрузка

Более 2 тыс. специалистов приняли участие в Международном конгрессе «Ожирение и метаболические нарушения: осознанная перезагрузка». Конгресс проходил в Москве в Национальном медицинском исследовательском центре эндокринологии Минздрава России.

Впервые на таком масштабном форуме ведущие специалисты в области фундаментальной и клинической эндокринологии, вдохновлённые основателем и президентом НМИЦ эндокринологии академиком РАН Иваном Дедовым, обсудили новую парадигму лечения и профилактики этого распространённого заболевания. Лейтмотивом этого мероприятия стала осознанная перезагрузка собственного веса и здоровья.

Участники дискуссии единодушно пришли к выводу, что ожирение сегодня стало подлинной мировой неинфекционной пандемией. Согласно масштабным исследованиям, в нашей стране люди с избытком массы тела составляют около 60% от всей популяции. При этом у 30% (около 40 млн человек) установлено ожирение, то есть индекс массы тела выше 30 кг/м<sup>2</sup>.

Конгресс начался с выступления министра здравоохранения Российской Федерации Михаила Мурашко. Он отметил важность обсуждаемой проблемы и выразил уверенность, что результатом мероприятия будет принятие принципиально значимых решений,

способствующих кардинальному улучшению ситуации.

«Исследования последних десятилетий инициировали изменение основной парадигмы в отношении жировой ткани, которая в настоящее время рассматривается как полноценный иммуноэндокринный орган, распределённый по всему организму, – отметила в своём выступлении директор НМИЦ эндокринологии, инициатор создания в структуре ЭНЦ мультидисциплинарного Центра лечения и профилактики ожирения и метаболических заболеваний, член-корреспондент РАН Наталья Мокрышева. – Его работа напрямую влияет не только на энергетический баланс посредством участия в обмене углеводов и жиров, а также продукции множества адипокинов (общим числом более 600, известных на сегодняшний день), но и на иммунную систему в связи с участием в субклиническом воспалении. Звеном взаимосвязи между ожирением и его осложнениями является воспалительный процесс как на клеточном уровне, так и на уровнях межклеточной коммуникации и внутриклеточных сигнальных каскадов».

Участники конгресса получили уникальные знания и новый опыт на секциях, лекциях, мастер-классах и в ходе панельных дискуссий, где выступили самые известные отечественные специалисты в данной области.

Елена КСЕНИНА.

Москва.

### ОСТРАЯ ТЕМА

#### Евгений ДРОБЯЗГИН

Главный эндоскопист Минздрава Новосибирской области, руководитель отделения эндоскопии Новосибирской областной клинической больницы, профессор:

Клинические рекомендации получили статус закона, а исполнить этот закон не всегда возможно, потому что в клинике нет нужного оборудования.

Стр. 4



## Новости

В перспективе —  
вакцины против рака?

Нобелевская премия в области физиологии и медицины 2023 г. присуждена американско-венгерской учёной Каталин Карико и американцу Дрю Вайсману. Учёные стали лауреатами премии за «открытие в области модификации основ нуклеиновых кислот, что позволило разработать эффективные мРНК-вакцины от COVID-19», говорится в мотивировочной части решения комитета премии.

Революционным называет предложенный учёными подход к созданию вакцин руководитель отдела общей вирусологии Института вирусологии им. Д.И.Ивановского Научно-исследовательского института эпидемиологии и микробиологии им. Н.Ф.Гамалеи Минздрава России профессор Эдуард Карамов. Однако он развеивает заблуждение, что премия присуждена за вакцины — на самом деле прорывом в науке и практике стало открытие механизмов взаимодействия матричных РНК с иммунитетом человека.

«Карико и Вайсману удалось обмануть врождённый иммунитет, и сейчас мРНК-вакцинами иммунизировано более 100 млн человек. Новации нынешних лауреатов уже используют десятки, если не сотни лабораторий в мире. Более того: подобный подход открывает возможности для создания других вакцин, в том числе против рака», — говорит профессор Карамов.

При этом, по его словам, если бы премию присуждали за вакцины, её в наибольшей степени объективно заслуживала бы разработка его родного центра.

Елена ОСТАПОВА.

Рука помощи  
регионам и пациентам

Национальный медицинский исследовательский центр им. Е.Н.Мешалкина намерен и дальше расширять спектр видов онкологической помощи, в частности, по профилю «маммология». Здесь уже реализуется комплексный подход при злокачественных новообразованиях молочной железы: диагностика, хирургическое лечение, лекарственная противоопухолевая, лучевая терапии и реабилитация. Сейчас в арсенале диагностического оборудования клиники появился аппарат для выполнения трепанобиопсии, аналогов которому в областной онкологической службе нет.

— Мы имеем возможность вновь оказать поддержку коллегам из региональных учреждений и ускорить начало лечения для данной категории больных. Можно говорить о том, что у нас появилась возможность для комплексного развития маммологической помощи пациентам со сложной сочетанной, в том числе сердечно-сосудистой или почечной патологией, — поясняет генеральный директор НМИЦ им. Е.Н.Мешалкина Александр Чернявский.

Напомним, изначально и в течение многих десятилетий Новосибирский НИИ патологии кровообращения занимался исключительно кардиологией и кардиохирургией. Однако со временем пришло понимание, что часть пациентов с сочетанной патологией — рак и сердечно-сосудистые заболевания — остаётся без адекватной медицинской помощи. Хирургическое лечение злокачественных новообразований оказывается невозможным у пациентов с тяжёлыми формами болезней сердца и наоборот.

Именно с этой целью НМИЦ им. Е.Н.Мешалкина отошёл от монопрофильности и начал постепенно расширять круг своих профилей, дополнив его сначала нейрохирургией, а затем онкологией. Система ОМС поддержала инициативу сибирских кардиохирургов, благодаря чему высокотехнологичная помощь доступна жителям территории. Таким образом, федеральный медицинский центр помогает регионам Сибири, принимая на лечение коморбидных больных, в том числе кардиоонкологических. Одна из таких категорий — женщины с раком молочной железы. Опыт клиники им. Е.Н.Мешалкина по реабилитации женщин после резекции и лучевой терапии молочной железы вообще уникален, никто больше в России не занимается этой группой пациенток.

Елена СИБИРЦЕВА.

Новосибирск.

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

## Акценты

Проголосовали  
единогласноГеннадий Котельников избран президентом  
Ассоциации травматологов-ортопедов России

В конце сентября на внеочередном съезде Общероссийской общественной организации «Ассоциация травматологов-ортопедов России» председателем Самарской губернской думы академик РАН Геннадий Котельников единогласно избран президентом этой профессиональной структуры. Избрание на столь высокий пост свидетельствует о признании заслуг самарской школы травматологии и ортопедии на федеральном уровне. Присутствовавший на съезде президент Национальной медицинской палаты Леонид Рощаль отметил: «Я знаю Геннадия Петровича очень много лет. Это человек с государственной позицией, но его всегда отличало самостоятельное мышление. Уверен, его избрание придаст новый импульс развитию профессионального сообщества».

Главный принцип Геннадия Петровича — неустанно работать на выбранном поприще. И облечённый новыми обязанностями, он остаётся верен себе: «Нам предстоит большая, серьёзная работа, ведь травматизм, заболевания костно-мышечной системы — одна из наиболее актуальных медико-социальных проблем. Нужно сделать всё, чтобы применялись более эффективные и передовые технологии».

Уточним, что Ассоциация травматологов-ортопедов России, как некоммерческая профессиональная организация, в соответствии с федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» наделена полномочиями по разработке и утверждению клинических рекомендаций при оказании медицинской помощи. Кроме того, ассоциация традиционно выступает инициатором проведения научно-практических конференций по самым актуальным вопросам и проблематике, с участием не только практикующих врачей, экспертов, учёных, но и студентов, аспирантов и молодых учёных.

«Поддержка интереса к науке и профессии у молодёжи со студенческой или даже школьной скамьи



— это чрезвычайно важная задача, которую нужно решать и на законодательном уровне. Без этого нам не насытить кадрами систему здравоохранения. Организация профильных классов, прямой контакт между школой и медицинским вузом, развитие наставничества и всемерная поддержка студентов и молодых специалистов — всё это необходимо сделать обязательным для всех российских регионов. И примером здесь может стать, несомненно, Самарская область», — подчеркнул новый президент Ассоциации травматологов-ортопедов России.

Геннадий Петрович — авторитетный руководитель, учёный, получивший признание на государственном, международном и общественном уровне. Основными направлениями его деятельности являются: совершенствование методов диагностики и лечения деструктивно-дистрофических заболеваний опорно-двигательной системы Геннадий Петрович одним из первых в стране награждён медалью им. Н.Н.Приорова «За вклад в развитие травматологии и ортопедии».

Геннадий Петрович всегда исповедует принцип, что путь к достижениям требует полной самоотдачи. Поздравляем Геннадия Котельникова с избранием на высокий пост в профессиональной общественной организации и желаем ему терпения, стойкости духа, здоровья и несомненного успеха на пути к мечте.

Алексей ПИМШИН.

## АКЦИЯ!

## «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 ни хотелось сделать газету более доступной — это непросто, но мы стараемся.

Оставить заявку на оформление подписки можно по следующим адресам электронной почты:

mg.podpiska@mail.ru,  
mg.podpiska@mail.ru

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



Федерального медицинского биофизического центра им. А.И.Бурназяна ФМБА России

## Леонид Андреевич ИЛЬИН

В 2022 г. за заслуги в развитии здравоохранения, мужество и самоотверженность, проявленные при исполнении врачебного долга, и многолетнюю добросовестную работу он был награждён Президентом Российской Федерации В.Путиным орденом Александра Невского.

Академик Л.Ильин — признанный мировой авторитет в области радиобиологии и радиационной медицины. Проницательность, смелость и принципиальность в принятии решений в сложных, экстремальных условиях, умение отстаивать свою

научную и гражданскую позицию снискали Л.Ильину высокий авторитет в международных научных кругах и глубокое уважение соратников. Леонид Андреевич посвятил свою жизнь служению Отечеству, медицине и науке. Своим самоотверженным трудом внёс неоценимый вклад в укрепление российской государственности, в создание высочайших стандартов радиобиологической медицины.

В судьбе Леонида Андреевича, как в зеркале, отражена история нашей Великой Родины, запечатлены памятные для всех соотечественников события, повлиявшие на ход развития страны.

Федеральное медико-биологическое агентство выражает глубокие соболезнования родным, близким и коллегам Леонида Андреевича.

«Медицинская газета» глубоко скорбит по поводу тяжёлой утраты нашего знаменитого соотечественника, выдающегося учёного, живой легенды медицинской науки! Академик Л.Ильин был настоящим другом «МГ», которую выписывал и читал на протяжении всей своей жизни. До последних дней держал руку на пульсе времени, размышлял о будущем медицины, излучал неистребимый оптимизм. Патриот, герой страны!

Светлая память о выдающемся учёном и необыкновенном человеке навсегда сохранится в наших сердцах.



Обсуждения

# Качество переподготовки анестезиологов и хирургов — под сомнением

На аппаратном совещании Национальной медицинской палаты обсудили выполнение постановления Правительства РФ № 2351 от 20.12.2022. Выступивший с докладом член правления Ассоциации врачей Белгородской области, хирург, доктор медицинских наук Сергей Николаев напомнил, что данное постановление позволяет допускать специалистов к работе на должностях врачей анестезиологов-реаниматологов, травматологов-ортопедов, хирургов после профессиональной переподготовки в объёме 504 часов после обучения в клинической ординатуре и 1296 часов после обучения в интернатуре. Качество такого обучения вызывает сильные сомнения, в первую очередь из-за получаемых мануальных навыков.

Главный вопрос при такого рода подготовке специалистов — кто обучает? Известна масса случаев, когда такое обучение проводится заочно, дистанционно, практически всегда платно. Диплом о профессиональной переподготовке перестал иметь статус государственного документа. Для выдачи такого ди-

плома учреждению, которое его выдаёт, достаточно только лицензии на образовательную деятельность. Минздравом России в феврале-марте 2023 г. были подготовлены три проекта приказов с программами обучения и переподготовки и требования к образовательным организациям, претендующим на проведение обучения в клинической ординатуре. Но дальше проектов дело не продвигается. Есть случаи откровенной продажи документов, так, например, диплом о профессиональной переподготовке по хирургии в объёме 1296 часов можно приобрести за 35 тыс. руб.

Вице-президент Национальной медицинской палаты Андрей Каприн считает, что проблема должна решаться комплексно, иначе кадровый дефицит в здравоохранении ещё более обострится. Клинический ординатор не должен получать стипендию 15 тыс. руб. и при этом обучаться несколько лет. Надо установить достойную стипендию, которая должна быть поддержана социальным пакетом, иначе проблему не решить.

Без внесения изменений в Федеральный закон об образовании ситуацию изменить сложно. В настоящее время имеется только

необязательный механизм профессионально-общественной аккредитации образовательных программ, хотя они должны проверяться в обязательном порядке. Лицензии на образовательную деятельность выдаются региональными органами управления в сфере образования.

Вице-президент союза НМП Амиран Ревизишвили заметил, что проекты приказов Минздрава, вероятно, не получают движения из-за того, что до сих пор не определено, кто, когда и где готовит специалистов. Для противодействия некачественной подготовке специалистов в сомнительных образовательных организациях нужен жёсткий фильтр при прохождении процедуры первичной и первичной специализированной аккредитации. Дефицит кадров связан ещё и с тем, что многие хорошо подготовленные специалисты уходят в высококвалифицированные специальности, в первичном звене их не остаётся. Следует подумать о том, чтобы у НМП была функция контроля проведения подготовки специалистов, а также максимально ужесточить работу аккредитационных комиссий.

В заключение обсуждения президент НМП Леонид Рошаль поблагодарил С.Николаева за по-

ставленную проблему. Вопрос о качестве медицинского образования обсуждался на площадке Общероссийского народного фронта, были обращения в Федеральную антимонопольную службу и правоохранительные органы. В структуре НМП есть отдел, занимающийся оценкой и контролем образовательных мероприятий, проводимых с начислением баллов непрерывного медицинского образования. Процедура аккредитации основана на профессиональных стандартах, таким образом, механизм допуска специалистов к профессии имеется, но требуется его совершенствование. Так, введён институт наставничества в здравоохранении, однако Положение о наставничестве Минздравом не утверждено, юридическая ответственность наставников за качество работы не прописана.

В итоге НМП намерена написать письмо в Минздрав России с просьбой объяснить причины задержки проектов приказов о дополнительном последипломном обучении. Также она направит запрос о возможностях контроля за коммерческими образовательными учреждениями.

Павел БАЛАГИН.

Проекты

## Совершенствуем региональную систему оплаты труда

О проекте Профсоюза работников здравоохранения РФ по совершенствованию региональных систем оплаты труда в 2023-2025 гг. рассказала на президиуме профсоюза начальник Управления экономического развития и нормативного регулирования в здравоохранении Тамара Гончарова. Она отметила, что проделана серьёзная работа по подготовке отрасли к введению единых условий оплаты труда. Активное участие профсоюза в этом направлении отражено в проекте, где предусмотрен целый комплект организационных мер. Это и совершенствование действующей системы оплаты труда медработников, и контроль за соблюдением норм трудового законодательства, и мониторинг реализации специальных социальных выплат.

Т.Гончарова остановилась на поддержке документа Минздравом России, который привлёк своих специалистов на предварительном этапе, а также участвует в серии окружных и межведомственных совещаний, помогая обеспечить более полный учёт имеющихся факторов.

Практика совместной работы с Минздравом будет продолжена. В её рамках профсоюзные эксперты проведут анализ нормативно-правовой базы и контроля за соблюдением трудового законодательства в сфере оплаты труда. По этой теме предусмотрено обучение и повышение квалификации профактива. Проект способствует пониманию руководителями медицинских учреждений целей проводимых реформ в сфере оплаты труда и реализации прав медработников на соответствующую материальную оценку, отметила Т.Гончарова.

Юрий ДАНИЛОВ.

ОМС: реальность и перспективы

# Новый порядок распределения субвенций

Принято постановление Правительства РФ № 1618 от 30.09.2023 «О внесении изменений в методику распределения субвенций, предоставляемых из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на осуществление переданных органам государственной власти субъектов Российской Федерации полномочий Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования».

Постановление направлено на оптимизацию методики распределения субвенций, предоставляемых из бюджета Феде-

рального фонда ОМС бюджетам территориальных фондов ОМС, и предусматривает введение нового коэффициента корректировки

по уровню доступности медицинской помощи в регионах, сообщили в пресс-службе Минздрава России.

Применение этого коэффициента позволит более рационально и обоснованно обеспечивать финансирование оказания медицинской помощи в субъектах РФ с учётом распределения населения в них, что будет способствовать дополнительному увеличению раз-

мера субвенции в ряде регионов (25 субъектов РФ с низкой транспортной доступностью медицинской помощи, связанной с их климато-географическими особенностями, которым установлен названный коэффициент больше 1), повышению доступности и качества оказываемой медицинской помощи застрахованным лицам в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования.

При этом отмечается, что остальным субъектам РФ указанный коэффициент устанавливается равным 1 и снижения размера субвенции из-за применения этого коэффициента не будет.

Игорь НАУМОВ.

Идеи

## Ужесточён контроль

Минздрав России ужесточил оборот препаратов для прерывания беременности, внеся их в перечень предметно-количественного учёта. Об этом говорится в приказе министерства, опубликованном на официальном интернет-портале правовой информации.

«Приказываю утвердить прилагаемый перечень лекарственных средств для медицинского применения, подлежащих предметно-количественному учёту», — говорится в документе за подписью министра здравоохранения России Михаила Мурашко.

Перечень пополнился такими лекарственными средствами, как мизопростол и мифепристон, используемыми для медикаментозного аборта. Приказ вступает в силу с 1 сентября 2024 г. и действует до 1 сентября 2030 г.

Ужесточение оборота препаратов для прерывания беременности произошло на фоне дискуссии о способах улучшения демографической ситуации в стране и заявления М.Мурашко о необходимости жёсткого контроля таких препаратов. Кроме того, ведомство обещает рассмотреть предложение ряда депутатов о запрете абортов в частных клиниках.

Владимир ЧЕРНОВ.

Подписка-2024

### Уважаемые читатели!

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

#### Подписные издания

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

#### Подписные индексы:

- ПН016** — на год
- ПН014** — на месяц.

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

Юридические лица могут подписаться через отделы подписки региональных почтамтов.

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

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

В № 33 «МГ» от 28.03.2023 было опубликовано интервью доцента кафедры хирургии Института клинической медицины Сеченовского университета кандидата медицинских наук Павла Павлова, в котором он затронул важную тему – насколько полно методы диагностической и интервенционной эндоскопии представлены в российских клинических рекомендациях.

Обсуждать этот вопрос мы продолжили с другим экспертом – главным эндоскопистом Минздрава Новосибирской области, руководителем отделения эндоскопии Новосибирской областной клинической больницы, доктором медицинских наук, профессором Евгением ДРОБЯЗГИНЫМ. В ходе разговора выяснилось, что полноценному и адекватному применению эндоскопических технологий в диагностике и хирургической практике мешает ещё целый ряд проблем, требующих решения.

– Евгений Александрович, чем дальше, тем сильнее ощущение, что врачи воспринимают клинические рекомендации (КР) не как помощь в принятии решений, а как угрозу самим себе. Я ошибаюсь?

– Нет, не ошибаетесь. Нам говорят, что клинические рекомендации – это документ, обеспечивающий юридическую защиту специалиста в случае ятрогенного инцидента. Если всё исполнено в соответствии с КР, вопросов к доктору нет, а если врач отклонился от буквы КР, вопросы к нему будут и у страховой компании, и у Следственного комитета.

Но в том-то и дело, что КР получили статус закона, а исполнить этот закон не всегда возможно, потому что в клинике нет нужного оборудования. В итоге врач выбирает подход к лечению пациента, исходя из того, какие ресурсы для этого есть в его распоряжении. Как в этом случае трактуется его поведение: медработник нарушает закон или же помогает больному, используя имеющиеся возможности? Однозначного ответа я ни от кого не слышал.

Приведу очень характерный для эндоскопической службы пример, которого касался и мой коллега Павел Павлов. Согласно КР, остановка желудочного кровотечения не должна ограничиваться инъекцией в кровоточащую язву, помимо этого необходимо использовать дополнительные методики – клипирование или аргоноплазменную коагуляцию, что дополнительно обеспечит состоятельность гемостаза. В отделении эндоскопии есть инъектор, но нет клипса и аргоноплазменного коагулятора. Руководство лечебного учреждения не готово закупить такое оборудование и расходные материалы, ссылаясь на то, что нет денег. Специалист пишет рапорты, которые остаются без внимания администрации больницы.

В случае, если выполненный гемостаз окажется несостоятельным и пациент или его родственники предъявят претензии, кто будет назван виноватым? Разумеется, эндоскопист, который выполнил медицинскую манипуляцию, отступив от протокола, прописанного в КР. Если только следователь не перекалфицирует дело на статью, согласно которой преступление совершено группой лиц по предварительному сговору. Тогда на скамье подсудимых окажутся не только сам врач, но также заведующий отделением и руководитель лечебного учреждения, которые не обеспечили эндоскописта всем необходимым технологическим оснащением в рамках клинических рекомендаций. В таком мире мы теперь живём.

– Методические рекомендации по оснащению эндоскопических кабинетов, которые утверждены главным хирургом и эндоскопистом Минздрава России Амираном Ревишвили в июне 2023 г. – это ведь не стандарт? Если рекомендации, значит, документ не носит обязательного характера. Тогда зачем он?

– Действительно, это не закон, но положениями данного документа желательны руководствоваться. Здесь фактически представлена «дорожная карта» для руководителей учреждений

## Острая тема

# «Клинреки» — помощь или угроза?

## Хотели сделать как лучше, а подвели под удар

здравоохранения. Если они приведут оснащённость эндоскопических кабинетов и отделений в своих клиниках в соответствие с данными методическими рекомендациями, можно считать, что клиники готовы работать в рамках КР.

И тут очередное «но». Как раз недавно на заседании профильной комиссии Минздрава России по эндоскопии мы обсуждали проблему: не так-то просто утвердить разработанные КР. В ряде случаев не могут договориться между собой соавторы, представляющие разные области медицины, а в других случаях чиновники излишне усложняют требования к оформлению этих документов и заставляют разработчиков – читать «врачей» – заниматься канцелярской работой.

– Что, по-вашему, мешает министерству здравоохранения просто перевести методические рекомендации по оснащению эндоскопических кабинетов в ранг ведомственного приказа? Тогда он точно станет обязательным к исполнению везде и всеми.

– Видимо, есть вероятность, что субъекты РФ начнут просить у федерального министерства деньги на исполнение требований данного приказа, то есть на приобретение оборудования. Не каждый регион имеет собственные финансовые возможности для этого. Минимальная стоимость одного только гибкого видеоэндоскопа без стойки – около 1,5 млн руб. В методичке же идёт речь об оснащении отделения не только собственно эндоскопом, а всем необходимым набором техники, расходных материалов, инструментов. Хороший аргоноплазменный коагулятор – несколько сотен тысяч рублей. Каждая одноразовая клипса – 3 тыс. руб., а пациенту их может потребоваться три-четыре и больше. Эти суммы заставляют руководителей лечебных учреждений крепко задумываться и грустить.

Вы правы, задаваясь вопросом, высока ли цена методических рекомендаций, коль скоро они всего лишь дают правильные советы, но не требуют следовать им. Очевидно, что какие-то регионы приступят к исполнению, какие-то сошлются на отсутствие финансовой возможности. Думаю, в подобных случаях то же самое происходит по всем разделам здравоохранения, не только в части эндоскопии. Когда заходит речь о внедрении новой технологии, которая предполагает

покупку оборудования, мало кто горит желанием за это платить.

– Согласны ли вы с утверждением П.Павлова, что в нынешних российских клинических рекомендациях прописано не более 30% от всех возможностей применения технологий диагностической и интервенционной эндоскопии при разных заболеваниях?

– Согласен и готов объяснить, почему ситуация именно такова. Можно прописать в КР приме-

вмешательству, выполняется либо операция Геллера, кстати, разработанная ещё в 1901 г., либо экстирпация пищевода.

Но давайте делать поправку на время. К настоящему времени технологии существенно обновлись, и пероральная эндоскопическая миотомия, которой я сам занимаюсь, вполне может быть операцией выбора у пациентов с IV стадией ахалазии пищевода. Причём это не паллиатив, а радикальное лечение с помощью

то хотя бы в протоколах лечения хирургических заболеваний все возможные методы, то есть не только лапаро- и торакокопию, но и эндоскопию тоже. Тогда пациент будет иметь возможность выбирать, где и как лечиться.

– Относительно профилактической эндоскопии, которую всё-таки правильнее было бы назвать своевременной диагностикой: согласны ли вы с тем, что решение о целесообразности и периодичности



проведения такого исследования должны принимать колопроктологи, гастроэнтерологи и пульмонологи, а дело эндоскопистов – выполнять манипуляцию?

– Здесь я с коллегой не соглашусь. К сожалению, далеко не все «узкие» специалисты хорошо информированы о возможностях диагностической и лечебной эндоскопии. Мы нередко сталкиваемся с такими ситуациями.

Вот один пример. Пациент, которому эндоскопически была выполнена полипэктомия, пошёл после этого к колопроктологу, и тот предложил ему вернуться вновь через 10 лет, чтобы убрать следующий полип. А до тех пор, мол, не о чем беспокоиться. Это при том, что существуют чёткие рекомендации по срокам повторной процедуры удаления полипов и наблюдения пациентов после неё.

Что касается эндоскопических скринингов в группах риска: это надо или не надо делать? Надо, безусловно! В настоящее время в программе диспансеризации предусмотрено проведение гастроскопии пациентам старше 45 лет. В европейских рекомендациях указан возраст 40 лет для начала прохождения регулярных профилактических эндоскопических исследований.

Как видите, подходы практически совпадают, в этом смысле мы идём в ногу с миром. Но только на бумаге. Потому что сами врачи в нашей стране – не только участковые терапевты, но даже гастроэнтерологи и колопроктологи – не разделяют идею эндоскопического скрининга. Я в этом убеждаюсь на каждой конференции, которую мы организуем в регионе. Задаю вопрос: «Кто из присутствующих, достигнув возраста 40 лет, хотя бы раз сам прошёл колоноскопию и гастроскопию в профилактических целях?» Если из 50 человек поднимают руки один-два, это хорошо, чаще не поднимается ни одной руки.

После этого чего ждать от пациентов, коль скоро врачи, ежедневно имеющие в своей практике дело с запущенным раком, сами не придерживаются тех правил своевременной диагностики, которые мы устанавливаем для населения? На этом фоне все разговоры об эндоскопическом профилактическом скрининге становятся бессмысленными.

Беседу вела Елена БУШ, обозреватель «МГ».

малоинвазивного подхода. Если результат достигнут, нет необходимости в лапароторакокопическом вмешательстве, которое предполагает удаление пищевода с последующим замещением его желудком или кишкой. Про открытую экстирпацию пищевода я вообще не говорю, это в условиях нынешних технологий – казуистика.

Есть научные статьи российских хирургов, в которых на основании большого клинического опыта показана возможность выполнения пероральной эндоскопической миотомии пациентам с IV стадией ахалазии пищевода. После этого заглядываем в проект отечественных КР: по поводу минимально инвазивной пероральной кардиомиотомии не сказано ни слова, сразу предлагается большая операция.

– Почему? Эндоскописты не смогли убедить коллег, а сами хирурги не знают о возможностях интервенционной эндоскопии?

– Как раз эндоскописты по этому поводу очень активно выступают, но почему-то остаются неуслышанными. В итоге получается, что авторы клинических рекомендаций по хирургическим заболеваниям тешат своё хирургическое эго, не принимая в расчёт ни возможности минимально инвазивной интервенционной эндоскопии, ни интересы пациента.

Моя точка зрения, как специалиста, который долгое время занимался торакальной хирургией, а сегодня занимается интервенционной эндоскопией, такова: надо прописывать если не в клинических рекомендациях,

проведения такого исследования должны принимать колопроктологи, гастроэнтерологи и пульмонологи, а дело эндоскопистов – выполнять манипуляцию?

– Здесь я с коллегой не соглашусь. К сожалению, далеко не все «узкие» специалисты хорошо информированы о возможностях диагностической и лечебной эндоскопии. Мы нередко сталкиваемся с такими ситуациями.

Вот один пример. Пациент, которому эндоскопически была выполнена полипэктомия, пошёл после этого к колопроктологу, и тот предложил ему вернуться вновь через 10 лет, чтобы убрать следующий полип. А до тех пор, мол, не о чем беспокоиться. Это при том, что существуют чёткие рекомендации по срокам повторной процедуры удаления полипов и наблюдения пациентов после неё.

Что касается эндоскопических скринингов в группах риска: это надо или не надо делать? Надо, безусловно! В настоящее время в программе диспансеризации предусмотрено проведение гастроскопии пациентам старше 45 лет. В европейских рекомендациях указан возраст 40 лет для начала прохождения регулярных профилактических эндоскопических исследований.

Как видите, подходы практически совпадают, в этом смысле мы идём в ногу с миром. Но только на бумаге. Потому что сами врачи в нашей стране – не только участковые терапевты, но даже гастроэнтерологи и колопроктологи – не разделяют идею эндоскопического скрининга. Я в этом убеждаюсь на каждой конференции, которую мы организуем в регионе. Задаю вопрос: «Кто из присутствующих, достигнув возраста 40 лет, хотя бы раз сам прошёл колоноскопию и гастроскопию в профилактических целях?» Если из 50 человек поднимают руки один-два, это хорошо, чаще не поднимается ни одной руки.

После этого чего ждать от пациентов, коль скоро врачи, ежедневно имеющие в своей практике дело с запущенным раком, сами не придерживаются тех правил своевременной диагностики, которые мы устанавливаем для населения? На этом фоне все разговоры об эндоскопическом профилактическом скрининге становятся бессмысленными.



Беседу вела Елена БУШ, обозреватель «МГ».

**Система менеджмента качества – элемент, который должен быть в каждой медицинской организации, это правило хорошего тона для всех, кто пациентоориентирован и работает над улучшением процессов, считает министр здравоохранения Михаил Мурашко. Медицинские организации, внедрившие систему менеджмента качества, показывают эффективность в работе и большую готовность к различным вызовам, в том числе таким как чрезвычайные ситуации, сказал он в ходе состоявшегося на днях всероссийского совещания «О внедрении системы менеджмента качества в здравоохранении».**

### Пересмотрите подходы

Совещание прошло в рамках рабочей поездки министра в Красноярский край, где он посетил медицинские организации региона, в том числе краевую клиническую больницу Красноярска, ознакомился с её работой и результатами внедрения инструментов менеджмента качества при оказании медицинской помощи.

О том, что эта тема актуальна и востребована, говорит хотя бы тот факт, что онлайн-трансляцию мероприятия смотрели одновременно почти 6 тыс. человек. М.Мурашко отметил, что медицинские учреждения, которые внедрили у себя систему менеджмента качества, показывают лучшую организацию процессов, более эффективное использование человеческого ресурса, быстрее оказание медпомощи в приёмных покоях, координацию с машинами «скорой помощи», структурными подразделениями, особенно когда действовать нужно слаженно и быстро.

Однако процесс внедрения системы управления качеством и безопасностью на основе практических рекомендаций Росздравнадзора (они были разработаны Национальным институтом качества ещё в 2015 г.) пока идёт не теми темпами, которые были бы желательны. По словам принявшей участие в совещании руководителя Росздравнадзора Аллы Самойловой, на сегодня в процесс вовлечены только 56 субъектов, участвуют уже более 400 медицинских организаций, около 140 из них прошли оценку соответствия требованиям практических рекомендаций. К тем субъектам, которые пока ещё не включились, она обратилась с призывом: «Коллеги, нужно пересмотреть подходы, поскольку мы видим, что во всех субъектах, которые реально внедрили практические рекомендации, значительно улучшается удовлетворённость пациентов качеством медицинской помощи».

А.Самойлова рекомендовала начинать внедрение практических рекомендаций в регионах в пилотном режиме, с учреждения третьего уровня, которое является флагманом. А это, как правило, областные, республиканские медорганизации или специализированные – онкологические, кардиологические, эндокринологические диспансеры и др. Она напомнила, что есть несколько моделей внедрения практических рекомендаций: региональная – когда в одном регионе в процесс вовлечены несколько организаций; профильная – когда внедрение начинается с учреждения федерального уровня, то есть с НИИЦ соответствующего профиля, а дальше идёт до профильных лечебных учреждений в субъектах; сетевая – головное учреждение и имеющиеся филиалы;

одиночная – лечебное учреждение делает это в одиночку.

Обращаясь к руководителям органов исполнительной власти в сфере здравоохранения, А.Самойлова сказала: «Нужно взять за основу региональные модели, использовать для пилотов опыт лечебных учреждений, которые внедрили эту модель, и тиражировать её внутри своих субъектов среди лечебных учреждений. По сути дела, всё то же самое: разрабатывается план, определяется перечень медицинских организаций, внедряется система, потом она подтверждается. На базе этой ведущей медицинской организации

При этом темпы внедрения системы менеджмента качества в стране оставляют желать лучшего. Организаторы наблюдают недостаточный уровень образования в этой области, в том числе среди менеджерского состава, что часто приводит к совершенным ошибкам. Наиболее частые из них – это слишком много теоретизирования, документации, деталей. «Система менеджмента качества – это короткие, ясные подсказки для персонала, а не многотомные стандартные операционные процедуры», – указал О.Швабский. По его словам, степень вовлечённости и причастности участников внутри

специалистов-менеджеров, развить систему сбора и анализа показателей, характеризующих качество и безопасность медицинской деятельности с целью мониторинга и рейтингования.

### Тяжёлый путь, положительный опыт

В краевую клиническую больницу Красноярска ежегодно приезжают более 80 делегаций из медицинских учреждений разного уровня, включая федеральные центры, для обмена опытом. Те, кто здесь уже побывал, понимают, насколько велика разница между обычной

### Ориентиры

# Правило хорошего тона

## В медицинской организации необходима система оценки качества оказанной помощи



медицинской организацией, не использующей технологии системы менеджмента качества, и той, которая прошла этот достаточно тяжёлый путь, отметил М.Мурашко.

Главный врач Красноярской больницы Егор Корчагин признался, что это очень непростая история: «А самое сложное – это решение о создании такой системы. Потому что наибольшее число организаций или сотрудников говорят: «Ну зачем нам так заморачиваться, мы и так хорошо работаем».

Красноярцы, создавая свою систему, прошли последовательно все этапы – от решения о внедрении и формирования отдела СМК (через обучение сотрудников организации, ранжирование процессов и проблем, стандартизацию процессов и процедур, вовлечение коллектива в процесс улучшений, информатизацию процессов и процедур) до аудита и сертификации. И в результате получили прекрасные клинические, экономические, социальные и корпоративные результаты.

Анализируя этот путь, Е.Корчагин задаётся вопросом – почему в стране буксует внедрение СМК? По его мнению, есть целый ряд причин: отсутствует мотивация у руководителей медицинских организаций, отсутствует адекватное финансирование изменений, не определены его источники. При выявлении проблем медицинские работники сопротивляются изменению мышления. Традиционной системой управления во многих организациях остаётся наказание. Отсутствуют подготовленные специалисты и структуры управления качеством в должностях. Специалист отметил, что улучшение качества – не ограниченный во времени проект, руководство медорганизации должно строить планы на долгосрочную перспективу. Мешает изменениям и отсутствие адекватных показателей для сравнения результативности

создаётся центр компетенций, который становится внедряющим звеном. Если необходимо, то те лечебные учреждения, которые внедрили систему, могут стать базовой площадкой. И формируются региональные группы, которые могут быть как тематические, так и по разным лечебным учреждениям».

### Меньше теории, больше конкретных действий

Система российского здравоохранения готова к внедрению в стране единых принципов управления качеством и безопасностью медицинской деятельности, убежден заместитель генерального директора Национального института качества Олег Швабский. По его словам, для этого есть все необходимые ресурсы: действуют требования (стандарты) организации и проведения внутреннего контроля (управления) качества и безопасности медицинской деятельности, разработана и апробирована методология, объединены лучшие эксперты в этой области. Методология предусматривает четыре этапа внедрения: вводный, внешняя оценка (аудит), внедрение, повторная внешняя оценка (аудит). Средняя продолжительность реализации проекта, в зависимости от начального уровня учреждения и его размеров, может занять 12-24 месяца.

медицинской организации недостаточная, персоналу не хватает мотивации, мало внимания уделяется нуждам пациентов.

«Сформулируйте конкретно ваши задачи, которые вы ставите перед системой. Мы должны видеть всю её целиком, совокупность взаимодействия элементов и даёт тот результат, который мы хотим получить. А у нас до сих пор ещё часто используется функциональный подход к управлению: «У меня хорошее подразделение, у меня хорошая лаборатория...». Соблюдение процессного подхода – вот условие для получения результата», – сказал специалист. И напомнил, что проблемы, связанные с внедрением, многими медицинскими организациями уже успешно решены, и призвал воспользоваться их опытом, не совершать допущенных ими ошибок.

Прозвучали и его рекомендации к органам управления здравоохранением, которым также есть над чем работать. Система готова к масштабированию современных подходов к управлению качеством и безопасностью медицинской помощи, сказал О.Швабский. Но необходимо выполнить ряд условий: обязательно внедрить единые требования, наладить сотрудничество с пациентами и членами их семей, согласовать модели финансирования изменений. Надо готовить

**Старт дан**

– Новая эра дальневосточной офтальмологии началась 26 августа 1988 г. Все мы благодарны академику Святославу Николаевичу Фёдорову за то, что именно в Хабаровске был открыт самый восточный в стране филиал МНТК «Микрохирургия глаза», со временем ставший флагманом дальневосточной офтальмологии, филиалом национального медицинского исследовательского центра.

Иногда я думаю, зачем это было нужно ему, уже признанному во всём мире учёному, академику? Его слова: «Я не могу быть счастлив в одиночку» объясняют многое. Фёдоров считал, что надо распределить филиалы равномерно по всей стране. В результате в России были созданы 11 филиалов МНТК. В числе первых – Хабаровский филиал, где Святослав Николаевич выполнил вместе с коллегами первую операцию и запустил хирургический конвейер. Это событие было началом новой системы оказания офтальмологической помощи жителям всего Дальнего Востока. Её объёмы сразу же возросли в десятки, а чуть позже и в сотни раз.

**Работаем на Чукотке**

– **Олег Владимирович, ваш филиал – крупный консультационно-методический медицинский центр на Дальнем Востоке. Что это даёт регионам, с которыми вы работаете?**

– Наши коллеги – это наши друзья. Мы с ними постоянно на связи. Широко практикуем телемедицину – консультируем в онлайн-режиме, часто выезжаем в регионы. Недавно были в Чукотском автономном округе, где на огромной территории проживает всего 48 тыс. человек. Медикам здесь работать сложнее – большая удалённость населённых пунктов, самые суровые климатические условия. Было проведено несколько операций, проконсультировали коллег Чукотской окружной больницы по развитию хирургической офтальмологии. Совместно с руководством больницы определили направления и сроки подготовки местных кадров для повышения качества офтальмологической помощи в регионе.

Так получилось, что на Чукотке мы оказались одновременно с министром здравоохранения РФ Михаилом Мурашко, который отметил, что мы всё делаем правильно, не оставляем пациентов один на один с их проблемами, внедряем и развиваем новые технологии в этом регионе.

**Расширение информационного поля**

– **Чему было уделено особое внимание во время подготовки к юбилею учреждения?**

Тридцатипятилетие – возраст расцвета, самое время набирать высоту. А это значит, что Хабаровский филиал МНТК «Микрохирургия глаза» уже работает в стратосфере чистого зрения. Охват по масштабу территорий самого восточного в стране филиала просто колоссальный: Чукотский автономный округ, Камчатский, Приморский и Хабаровский края, Сахалинская, Магаданская и Амурская, Еврейская автономная области. Это сотни, тысячи километров между населёнными пунктами, часто не связанными между собой дорогами, низкая плотность населения.

Тем не менее, несмотря на удалённость от центра страны, клиника оснащена самым современным оборудованием, не имеющим аналогов не только в регионе, но и в России. Профессиональная команда врачей высокой квалификации внедряет

прогрессивные технологии, что даёт возможность проводить лечение всех глазных заболеваний. В филиале работают 2 доктора и 11 кандидатов медицинских наук. За 35 лет проведено 650 тыс. операций на органе зрения и его придатках, более миллиона 750 тыс. человек прошли диагностическое обследование.

О прошлом, настоящем и предполагаемом будущем Хабаровского филиала Межотраслевого научно-технического комплекса «Микрохирургия глаза» им. С.Н.Фёдорова мы попросили рассказать его директора, члена правления Общества офтальмологов России, главного офтальмолога Минздрава Хабаровского края, заведующего кафедрой офтальмологии Института повышения квалификации специалистов здравоохранения краевого Минздрава, доктора медицинских наук Олега КОЛЕНКО.

**Экспертный уровень**

# Видеть мир своими глазами

Хабаровскому филиалу МНТК «Микрохирургия глаза» – 35 лет

– Прежде всего, нами проведена конференция – в её работе приняли очное участие 250 офтальмологов, а в онлайн-режиме ещё 700 со всей России. Использовали специальную площадку, транслируя её в прямом эфире на всю страну, а также добавили возможность просмотра интересующей информации в информационном поле и позже. Началась конференция с доклада о послышной пересадке донорской роговицы, одной из наиболее высокотехнологичных и уникальных операций для Дальнего Востока. Начали с неё, потому что с 2014 г. в филиале было возобновлено проведение операций по пересадке донорской роговицы – кератопластике. Длительный перерыв в применении этой технологии был обусловлен трудностями забора донорского материала из-за несовершенства нормативно-правовой базы. За 8 лет в филиале выполнено 374 кератопластики. Если в 2014 г. использовалась методика только сквозной кератопластики, то к настоящему времени уже более 50% составляют послышные технологии. В частности, используются современные методики: передней и задней послышной кератопластики, трансплантация десцеметовой мембраны, которые дают лучший функциональный результат в сравнении со сквозной кератопластикой.

Сейчас в филиале 100% всех кератопластик выполняются с фемтосопровождением, обеспечивающим более высокое качество

как самой хирургии, так и подготовки донорского материала для операции. На сегодняшний день в Дальневосточном федеральном округе усилиями филиала потребности в кератопластике полностью закрыты, очереди на подобный вид медицинской помощи нет.

Руководство филиала с 2006 г. ежегодно проводит офтальмологическую межрегиональную научно-практическую конференцию «Новые технологии диагностики и лечения в офтальмологии». Оргкомитет приглашает для проведения обзорных лекций, докладов ведущих офтальмологов России.

Только за последние 5 лет организовано и проведено 78 научно-образовательных мероприятий для офтальмологов ДФО. Особо стоит отметить, что в 2022 г. мы были в числе организаторов неординарного по своим масштабам «Первого Дальневосточного офтальмологического саммита». На него прибыли ведущие офтальмологи из самых различных регионов России – от Санкт-Петербурга до Камчатки, зарегистрировано около 600 очных участников и более тысячи онлайн-участников.

**Инновационные проекты**

– **Как складываются отношения с зарубежными коллегами?**

– Сотрудничали очень тесно. На научных конференциях различного уровня нашими специалистами было представлено свыше 1000 докладов. С 2007 по 2020 г. мы участвовали в работе ежегодных офтальмологических конгрессов Европы, где представляли инновационные наработки. До 2020 г. ежегодно участвовали в работе Американской академии офтальмологии в Орландо, Чикаго, Новом Орлеане, Лас-Вегасе.



О. Коленко

– **На развитии каких инновационных проектов сейчас сосредоточены?**

– Научно-исследовательские работы офтальмологов филиала неоднократно являлись дипломантами ежегодных конкурсов научных инноваций не только в Хабаровском крае, но и в России. Ряд научных исследований получали гранты правительства края.

Наши инновационные разработки на основе защищённых патентов РФ на изобретения многократно становились лауреатами международных форумов. В 2013 г. в рамках Международной технической ярмарки в Санкт-Петербурге на конкурсе «Лучший инновационный проект и лучшая научно-техническая разработка года» получили золотую медаль. На XVI Международном салоне изобретений и инновационных технологий «Архимед-2013» в Москве была завоевана золотая медаль, а на следующем XVII – уже две золотые медали в разделе «Медицина и медицинская диагностика».

Неоднократно принимали активное участие и в международных многоцентровых научных исследованиях, координируемых ведущими зарубежными научно-исследовательскими центрами.

**Вместо скальпеля – лазер**

– **Во всём мире стремительно меняются способы ведения операций, когда вместо скальпеля применяются малоинвазивные щадящие технологии.**

– Начну с главного – в 2015 г. Хабаровский филиал был первым медицинским учреждением на Дальнем Востоке, внедрившим фемтосекундные лазерные технологии, которые позволяют проводить операции с использованием компьютерных роботизированных технологий с микронным уровнем точности. С 2015 по 2022 г. по этой технологии в Хабаровском филиале проведены 6751 операция по удалению катаракты, 9790 операций по коррекции зрения, 139 уникальных операций по пересадке роговицы.

За годы существования филиала существенно изменились подходы к хирургии переднего и заднего отделов глаза. К настоящему времени практически все разновидности хирургии выполняются микроинвазивно. Так, 99,6% хирургии катаракты выполняется через доступ не более 2,4 мм, 52% случаев витреоретинальной хирургии с помощью инструментов калибром 25–27 G. В хирургии глаукомы также преобладают микроинвазивные технологии с применением современных типов резорбируемых дренажей.

Если в 80–90-е годы XX века, на заре развития нашего филиала, в рефракционной хирургии преобладала «хирургия скальпеля», то сейчас её заменили современные, высокоточные фемтолазерные технологии. Около 87% всех операций по коррекции аномалий рефракции выполняются с применением фемтолазерных технологий, лишь в 13% случаев используется энергия только эксимерного лазера. Кроме того, фемтолазерные технологии активно развиваются и в хирургии катаракты. И если в 2022 г. фемтосопровождение хирургии катаракты применялось нами в 11% всего объёма катарактальной хирургии, то в 2023 г. мы достигли отметки в 15,1%.

В филиале функционирует единственный на Дальнем Востоке уникальный навигационный комплекс для лечения патологии сетчатки Navilas OD-OS, позволяющий провести точное планирование лазерной операции на сетчатке с помощью наложения на реальную картину глазного дна данных флюоресцентной ангиографии и оптической когерентной томографии и осуществлять навигацию работы хирурга в реальном времени. Лазер позволяет работать как в обычном, так и микроимпульсном режиме. Немаловажна также возможность бесконтактного проведения лазерных операций не только в макулярной области, но и на периферии глазного дна.



Проведение исследования ребёнку с ретинопатией недоношенных

Сейчас в приоритете лечение социально значимой глазной патологии: катаракты, глаукомы, диабетической ретинопатии, отслойки сетчатки, возрастной макулярной дегенерации, заболеваний глаз у детей, включая ретинопатию недоношенных. Например, доля хирургии катаракты в 2022 г. составила 33,4% (12 152 операции) от всего объёма вмешательств, выполненных в филиале (32 342); витреоретинальные операции составили 16,8% (5452), антиглаукоматозные – 11,4% (3703), лазерные нерезекционные – 14,6% (4707).

отделений в инфекционные госпитали. Поэтому филиал стал оказывать весь спектр офтальмологической помощи в крае. Это не только привычная плановая, но и неотложная медицинская помощь пациентам в условиях стационара при травмах глазного яблока, острых и гнойных заболеваниях органа зрения, придаточного аппарата и орбиты, нарушениях кровообращения в сосудах органа зрения и других состояниях, когда несвоевременное оказание помощи может привести к необратимой потере зрения или даже гибели паци-

За 1988-2023 гг. врачами филиала было выпущено свыше 2100 научных публикаций в различных медицинских научных изданиях. В сборниках научных работ ведущих офтальмологических научно-практических конференций, проводимых в различных субъектах РФ, опубликовано более 1450 статей и тезисов. По результатам научных исследований издано 17 монографий, создано 47 учебно-методических пособий для офтальмологов.

Огромное значение придаётся профессиональной подготовке

и научному росту молодых офтальмологов. Приступая к работе в филиале, каждый молодой офтальмолог начинает курировать тему НИР под руководством более опытных наставников. Все молодые исследователи активно представляют свои научные идеи на различных научных форумах, таких как ежегодный конкурс молодых учёных в МНТК «Микрохирургия глаза» и региональный конкурс молодых учёных, проводимый правительством края.

Филиал является клинической базой двух кафедр высших образовательных учреждений – Института

повышения квалификации специалистов здравоохранения Минздрава края и Дальневосточного государственного медицинского университета. Сейчас филиал пополнился рядом молодых офтальмологов, все они вовлечены в научную деятельность и постепенно приступают к работе над НИР. Сегодня выполняется 6 диссертационных исследований. Ведётся активная работа со студентами Дальневосточного ГМУ, что позволяет создать достойный кадровый резерв. Ежегодно на каждой кафедре проходят обучение 7-8 ординаторов по специальности «офтальмология» и более 100 офтальмологов ДФО повышают квалификацию.

За прошедшие 35 лет в филиале постепенно создана и успешно развивается собственная научная школа офтальмологов.

**– Бывает, что папки с рекомендациями пылятся на полках. Безумно жаль изобретателей и нас, граждан страны, до которых не доходят эти изобретения, часто не имеющие аналогов.**

– Такое бывает, но врачами филиала получено 182 патента РФ на изобретения, зарегистрировано около 500 рационализаторских предложений. Все разработки посвящены совершенствованию методик диагностики и лечения различной глазной патологии. Они используются в клинической практике филиала. В национальной библиографической базе данных научного цитирования «Российский индекс научного цитирования» средний индекс Хирша офтальмолога Хабаровского филиала составляет 5,2, максимальный – 24, что говорит о высокой научной продуктивности и востребованности исследований, проводимых учёными филиала. С 2011 г. он включён в Национальный реестр «Ведущие учреждения здравоохранения России». Но, наверное, самое важное – это отзывы пациентов. Чего стоит только запись после операции: «У хирургов золотые руки. Теперь я вижу мир своими глазами, а это – чистый мир».

Елена СЛУТИНОВА,  
внест. корр. «МГ».

## Тенденции

# Счёт идёт на триллионы

## Ущерб от фибрилляции предсердий может существенно вырасти

**В Национальном медицинском исследовательском центре сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н.Бакулева Минздрава России состоялся I Всероссийский коронарный конгресс. На мероприятии обсуждались вопросы диагностики и лечения различных видов ишемической болезни сердца, которая чаще всего становится причинами преждевременной смерти и серьёзных сердечно-сосудистых осложнений.**

Во Всемирный день сердца в рамках конгресса состоялся симпозиум «Фибрилляция предсердий в России: Вчера. Сегодня. Завтра». Пристальное внимание к данной теме объясняется тем, что, согласно статистике, заболевание ведёт к развитию серьёзных осложнений и может нанести серьёзный ущерб здоровью, а также влечёт за собой значительные экономические последствия. Подобная тенденция характерна не только для нашей страны, она является общемировой.

Специалисты отмечают: неритмичные и нерегулярные сокращения предсердий, проявляющиеся при фибрилляции, становятся причиной образования тромбов, вследствие чего у пациентовкратно возрастают риски развития сердечно-сосудистых катастроф. Известно, что причиной каждого пятого инсульта является фибрилляция предсердий (ФП), в том числе и не диагностированная. Значительно увеличивается она и риски развития сердечной недостаточности, ряда других осложнений. По статистике из-за ФП риск смерти от сердечной недостаточности увеличивается в 2 раза. При этом почти половина пациентов с таким диагнозом (около 47%) ощущают ухудшение качества своей жизни. Одышка при подъёме по лестнице, значительное ограничение физической нагрузки, невозможность заниматься любимыми видами спорта – результат прогрессирования аритмии. Таким образом, ухудшается не только физическое, но и психосоматическое состояние: аритмия способствует развитию тревожно-депрессивных расстройств и апатии.

В своём выступлении на симпозиуме директор НМИЦ сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н.Бакулева, главный аритмолог Минздрава России Елена Голухова сделала акцент на том, что опасность ФП и её последствия зачастую недооцениваются. Сегодня пациентам с высоким риском тромбоэмболий назначаются антикоагулянты, действуют программы льготного лекарственного обеспечения. Добиваться более эффективных и долгосрочных результатов в борьбе с болезнью позволяют хирургические методы лечения.

«Наша основная задача состоит в том, чтобы современные методики лечения, в том числе крио- и радиочастотная абляция, стали более доступными для населения, поскольку выполнение данных процедур существенно снижает число рецидивов и прогрессирование аритмии, сердечной недостаточности», – подчеркнула Е.Голухова.

На симпозиуме впервые были анонсированы результаты исследования Высшей школы экономики

о влиянии ФП на макроэкономическую и демографическую ситуацию в России. Их представила директор института экономики здравоохранения ВШЭ кандидат биологических наук Лариса Попович.

Согласно исследованию, к 2036 г. число пациентов с ФП в России может превысить 3,5 млн человек, а смертность от последствий заболевания увеличится более чем на 30%. Кроме того, в ходе презентации исследования она отметила, что развитие ФП напрямую влияет на потерю активных лет жизни россиян; увеличиваются риски возникновения инфаркта и инсульта, значительно возрастает вероятность смертельных исходов.

«Наше исследование показало, что доля общего эпидемиологического ущерба от ФП будет только увеличиваться и к 2036 г. сравняется с тем ущербом, который наносит обществу ассоциированный с фибрилляцией ишемический инсульт, – подчеркнула эксперт. – Если пересчитать в деньги ущерб здоровью от фибрилляции и связанных с ней сердечно-сосудистых болезней, то к 2036 г. он увеличится в 1,7-1,8 раза по сравнению с сегодняшним и может превысить 1,5 трлн руб. в метриках подушевого ВВП».

Участники симпозиума определили возможные пути изменения ситуации и предотвращения столь грозных последствий. По их мнению, исключительно важно обращать внимание общественности, представителей медицинского сообщества и органов государственной власти на опасные последствия ФП; объяснять, что это заболевание чревато развитием инсультов и инфарктов, ведёт к инвалидизации населения, вызывает тревогу и депрессию и существенно ухудшает качество жизни человека.

Сейчас государством и отечественным здравоохранением прилагаются значительные усилия по борьбе с сердечно-сосудистыми заболеваниями, и ФП по своим медицинским и социальным последствиям и распространённости заслуживает самого пристального внимания. Поэтому необходимо вести тщательный контроль случаев данного заболевания, именно такая статистика позволит сделать дальнейшие исследования более точными, а шаги по изменениям в подходах к лечению более эффективными.

Одной из задач также является обеспечение большей доступности для населения интервенционных и хирургических процедур по устранению ФП. Данные технологии позволяют существенно уменьшить число рецидивов и прогрессирования аритмии, сердечной недостаточности, тромбоэмболических осложнений, сердечной смертности.

Иными словами, оптимальные алгоритмы диагностики и лечения и информирование людей о наиболее эффективных методах терапии будут способствовать улучшению состояния пациентов с данным заболеванием, предотвращению новых случаев и сокращению социально-экономического бремени государства.

Алена ЖУКОВА,  
корр. «МГ».

Москва.



Рефракционная операционная

При этом доля составляющих основной объём хирургической деятельности на заре становления филиала рефракционных операций значительно снизилась – до 7,5% (2407).

В 2022 г. филиал стал лидером по объёмам хирургии катаракты во всей системе МНТК (более 10 500 операций), а за последние 5 лет он ни разу не выпал из лидирующей тройки филиалов по объёмам катарактальной хирургии.

**– Вы являетесь лидером в РФ по лечению ретинопатии недоношенных...**

– Одним из первых в РФ, 20 лет назад, филиал стал заниматься лечением ретинопатии недоношенных (РН). Первые операции выполнялись методом криокоагуляции. С 2008 г. начали применять более щадящие технологии лазерной коагуляции сетчатки. С 2011 г. и по настоящее время используется паттерновая технология лазеркоагуляции сетчатки, которая значительно сокращает длительность операции и соответственно время пребывания недоношенного ребёнка в наркозе. С 2020 г. филиал одним из первых в РФ внедрил анти-VEGF терапию при лечении РН. С помощью этого метода за эти годы проведено лечение более 50 глубоко недоношенных детей, процент эффективности лечения достиг 98%.

Активная работа врачей филиала во всех административных регионах ДФО способствовала созданию единой организационной системы медицинской помощи новорождённым с РН. Это касается Приморского, Камчатского краёв, Амурской и Сахалинской областей. При активном участии сотрудников филиала офтальмологи этих регионов успешно освоили современные методы лечения ретинопатии и стали использовать их в клинической практике. В проблемных случаях они имеют возможность проведения телемедицинских консультаций с ведущими специалистами филиала.

## В цейтноте

**– Как сказались на вашей работе пандемия?**

– Это было время, когда шло перепрофилирование городских и краевых офтальмологических

центра. Филиал был единственным учреждением в регионе, которое оказывало специализированную, в том числе высокотехнологичную, хирургическую плановую и неотложную офтальмологическую помощь в круглосуточном режиме. Был организован чёткий алгоритм работы в условиях пандемии: проведено перепрофилирование плановых хирургических отделений для оказания неотложной офтальмологической помощи при травмах глазного яблока и его придатков, организовано круглосуточное дежурство офтальмологов и анестезиологов. С марта 2020 по июнь 2022 г. прошли стационарное хирургическое лечение 752 неотложных пациента из различных территорий ДФО с травмами, ожогами глаз и острой воспалительной и сосудистой патологией органа зрения.

**– Какие изменения произошли с началом СВО?**

– Сотрудники филиала неоднократно выезжали в зону боевых действий с риском для собственной жизни. Руководство филиала поддержало их инициативу, направив в служебные командировки, где они оказывали медицинскую помощь населению в госпиталях Луганской и Донецкой народных республик, среди первых медиков в 2022 г. выехали в только что освобождённый Мариуполь. А уже в этом году операционные сёстры филиала работали в многопрофильном госпитале Центра медицины катастроф в Анапе, где оказывали медицинскую помощь участникам СВО.

## Будущее принадлежит молодёжи

**– Остановимся на научных изысканиях в деятельности филиала...**

– Результаты всех диссертационных исследований внедрены в клиническую практику лечебных учреждений России. Нашими офтальмологами было защищено 20 диссертаций: 16 на соискание учёной степени кандидата и 4 – доктора медицинских наук. Их тематики разнообразны и посвящены проблемам оптимизации современной хирургии.

# КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 37 (2397)

(Окончание.)

Начало в № 39 от 04.10.2023.)

При острых болях в спине (до 1,5 месяцев) эффективны нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП), которые должны включаться в программу лечения как можно раньше, в 1-2-й день от начала заболевания.

Наличие инъекционных форм НПВП позволяет использовать принцип ступенчатой терапии болевых синдромов: в остром периоде показано внутримышечное введение с последующим переходом на пероральную терапию в течение 2 недель. Кроме этих форм, применяются суппозитории с НПВП.

Важным элементом лечения болевого синдрома является также локальная терапия, в ряде случаев имеющая отчётливые преимущества перед пероральными формами препаратов. Применяются мазевые, кремевые и гелевые формы НПВП, а при упорных болевых синдромах, связанных с механическими факторами, – препараты, способные глубоко проникать в кожу и подкожную клетчатку, блокируя болевые рецепторы.

При трансформации ноцицептивного характера боли в нейропатический рекомендуется назначение препаратов из группы противосеипептических препаратов, способных купировать нейропатическую боль, и антидепрессантов.

Рекомендуется пациентам с дегенеративными заболеваниями позвоночника соблюдение рационального двигательного (ортопедического) режима с целью снижения механической нагрузки на патологически изменённые структуры позвоночника.

Лечение болей в спине, связанных с дегенеративно-дистрофическими изменениями позвоночника, включает основные положения по соблюдению рационального двигательного (ортопедического) режима, выбор которого зависит от характеристик боли (острая, хроническая) и её причин (миофасциальный синдром, дегенеративные изменения в позвоночно-двигательном сегменте (ПДС), компрессия корешков спинномозговых нервов).

При выраженном болевом синдроме в острый период возможен постельный режим на 1-2 дня, что способствует релаксации мышц и уменьшению внутридискового давления. В острый период целесообразно ношение стабилизирующего поясничного корсета или воротника Шанца.

Обязательным является освоение двигательных навыков повседневной жизни (правильное сидячее положение, техника подъёма и переноса тяжестей, регулярная смена позиции тела в течение дня для декомпрессии диска и др.) и физическая нагрузка в форме общеукрепляющей и специальной лечебной гимнастики в период обострения и занятий адекватными видами физкультуры и спорта в период ремиссии.

Рекомендуется применение пациентам с дегенеративными заболеваниями позвоночника методов: массаж при заболеваниях позвоночника, массаж пояснично-крестцового отдела позвоночника, массаж шейно-грудного отдела позвоночника, мануальную терапию при заболеваниях костной системы, массаж спины медицинский для коррекции рефлекторных сегментарных нарушений и устранения функциональной блокады в ПДС.

Массаж при заболеваниях позвоночника, массаж пояснично-крестцового отдела позвоночника, массаж шейно-грудного отдела позвоночника, мануальная терапия при заболеваниях костной системы, массаж спины медицинский хорошо комбинируются с другими реабилитационными технологиями. Выбор мануальных техник определяется характером боли (острая, хроническая), индивидуальными особенностями пациента и наличием противопоказаний к проведению некоторых из них. Эффективными методами тракционного воздействия на ПДС является применение мобилизационно-тракционных столов и подводное вытяжение.

Рекомендуется пациентам с дегенеративными заболеваниями позвоночника применение эпидуральной/фораминальной блокады при отсутствии эффекта от проведения других видов лечения или в режиме программы терапии для коррекции болевого синдрома.

Рекомендуется пациентам с дегенеративными заболеваниями позвоноч-

ника для усиления анальгетического и противовоспалительного действия медикаментозных средств, оказания противовоспалительного и миорелаксирующего эффектов использовать методы физиотерапии, лечебной физкультуры, рефлексотерапии, бальнеотерапии.

При консервативном лечении пациентов с хроническим болевым синдромом роль немедикаментозных средств и технологий возрастает. Расширяется арсенал физиотерапевтических технологий, способствующих купированию болевого синдрома и обеспечивающих улучшение микроциркуляции, активацию трофических и репаративных процессов в зоне дегенеративно-дис-

# Дегенеративные заболевания позвоночника

## Клинические рекомендации

трофических изменений позвоночника. Наиболее используемые и эффективные методы: лекарственный электрофорез гальваническими или импульсными токами, электростимуляция, ультрафонофорез, лазеротерапия, магнитотерапия, сверхвысокочастотная терапия (СВЧ), крайне высокочастотная терапия (КВЧ), ударно-волновая терапия, пелоидотерапия, массаж при заболеваниях позвоночника, массаж пояснично-крестцового отдела позвоночника, массаж шейно-грудного отдела позвоночника, мануальная терапия при заболеваниях костной системы, массаж спины медицинский. Используются методы физиотерапии: ультравысокочастотная терапия (УВЧ), чрескожная электронейростимуляция (ЧЭНС), лазеротерапия, электрофорез анальгетиков или спазмолитиков импульсными токами.

По мере снижения интенсивности острой боли лечение дополняется специальной лечебной гимнастикой, направленной на вытяжение позвоночника и расслабление мышц, с постепенным включением упражнений для формирования мышечного корсета, показано назначение лечебного ручного массажа.

Рекомендуется санаторно-курортное лечение на грязевых и бальнеологических курортах с ваннами сероводородными лечебными, ваннами радоновыми лечебными, ваннами газовыми лечебными, ваннами лекарственными лечебными, ваннами воздушно-пузырьковыми, ваннами газовыми (кислородные, углекислые, азотные) для наружного применения в период ремиссии для предупреждения прогрессирования процесса и профилактики вторичного обострения.

### Хирургическое лечение

При проведении хирургического лечения пациентов с дегенеративно-дистрофическими изменениями позвоночника необходимо руководствоваться принципами «минимальной достаточности» и «клинико-морфологического соответствия».

Существуют следующие виды хирургических вмешательств при дегенеративно-дистрофических изменениях позвоночника:

- пункционные
- декомпрессивные
- стабилизирующие
- корригирующие
- комбинация методов
- пластические

### Пункционные вмешательства

Промежуточными между консервативными и оперативными методами лечения остеохондроза позвоночника являются пункционные вмешательства, к которым относятся методы внутривисковой и фасеточной терапии. Они направлены на ликвидацию патологической импульсации из поражённых межпозвоночных дисков и фасеточных суставов, лежащих в основе рефлекторных синдромов. Денервация поражённых сегментов позвоночника, в том числе деструкция сегментарных вегетативных нервов, показана при любом из рефлекторных (некомпрессионных) синдромов дегенеративных заболеваний позвоночника, так как все они формируются в связи с патологической импульсацией из поражённых дисков.

С целью дезиннервации поражённых сегментов позвоночника используются деструкции сегментарных вегетативных нервов: термокоагуляция, холодноплазменная деструкция, химическая дерезекция и

личивает послеоперационный койко-день и имеет большую кровопотерю.

Рекомендовано: резекция гипертрофированной жёлтой связки, компримирующей части дугоотросчатых суставов, оссифицированной задней продольной связки, остеофитов тел смежных позвонков при стенозе позвоночного канала поясничного отдела с дегенеративным спондилолистезом, протрузией, грыжей диска или без них с целью уменьшения или избавления от корешкового болевого синдрома (резистентного к консервативной терапии), неврологического дефицита (нарушения двигательной и (или) чувствительной сфер), нейрогенной перемежающейся хромоты.

Хирургическое лечение пациентов с дегенеративным стенозом позвоночного канала является более эффективным, чем консервативная терапия как в краткосрочной, так и долгосрочной перспективе. Минимально-инвазивные технологии (с использованием микроскопа, эндоскопа, систем тубусных ретракторов, портов и т.д.) являются предпочтительными при проведе-

т.д. Указанные методы лечения вызывают локальную дезиннервацию ПДС. Они в основном направлены на снижение внутридискового давления, уменьшение степени патологического воздействия на богато иннервированные периферические отделы диска, фиброз диска.

Рекомендовано: радиочастотная абляция предлагается в качестве лечения пациентов с болями в поясничном отделе позвоночника, вызванными фасеточными суставами. Длительность положительного терапевтического эффекта сохраняется не менее 6 месяцев после процедуры.

### Декомпрессивные хирургические вмешательства

Рекомендовано: удаление грыжи поясничных межпозвоночных дисков пациентом, у которых корешковый болевой синдром (с наличием или без неврологического дефицита) обусловлен грыжей межпозвоночного диска, с целью уменьшения или избавления от корешкового болевого синдрома (резистентного к консервативной терапии), неврологического дефицита (нарушения двигательной и (или) чувствительной сфер).

Хирургическое лечение является более эффективным, чем консервативная терапия, в среднесрочной перспективе (1-4 года). Оптимальными сроками хирургического вмешательства при грыже межпозвоночных дисков являются сроки от 6 месяцев до года, что связано с более быстрым восстановлением и улучшением долгосрочных результатов; ранее 6-месячная операция показана при веских основаниях (выраженный болевой синдром, нарастающий неврологический дефицит). Микродискэктомия, эндоскопическая дискэктомия из различных доступов имеют сопоставимые клиничко-рентгенологические результаты. Существует недостаточно доказательств, чтобы рекомендовать для улучшения клинических результатов применение в эпидуральном пространстве жира или биогелей для профилактики перидурального фиброза. Использование винтовой и (или) межтеловой фиксации при хирургическом лечении пациентов с грыжей межпозвоночного диска не имеет клинических преимуществ. Выполнение винтовой и (или) межтеловой фиксации связано с большим риском периоперационных осложнений, увеличивает время и стоимость хирургического лечения, уве-

личивает частоту осложнений и послеоперационный койко-день. Микрохирургическая, эндоскопическая декомпрессия интраканальных сосудисто-нервных образований из различных доступов имеют сопоставимые клиничко-рентгенологические результаты. Однако эти технологии рекомендуется использовать в мультимодальном режиме как часть алгоритма принятия решений. Дегенеративный стеноз не является показанием к винтовой и (или) межтеловой фиксации, не зависимо имеется или нет спондилолистез. Использование винтовой и (или) межтеловой фиксации при дегенеративном стенозе не имеет клинических преимуществ. Выполнение винтовой и (или) межтеловой фиксации связано с большим риском периоперационных осложнений, повышает время и стоимость хирургического лечения, увеличивает послеоперационный койко-день и имеет большую кровопотерю.

У пациентов с грыжами шейных межпозвоночных дисков и (или) дегенеративном стенозе, проявляющихся только радикулярным синдромом без миелопатии, имеются сопоставимые клинические исходы при различных методах хирургического вмешательства: декомпрессия и декомпрессия винтовая и (или) межтеловая фиксация. Использование винтовой и (или) межтеловой фиксации при дегенеративном стенозе и (или) грыже диска при радикулопатии на шейном уровне не имеет клинических преимуществ. Выполнение винтовой и (или) межтеловой фиксации связано с большим риском периоперационных осложнений, увеличивает время и стоимость хирургического лечения, увеличивает послеоперационный койко-день и имеет большую кровопотерю.

Стабилизирующие, корригирующие и декомпрессивно-пластические хирургические вмешательства. Рекомендуется проведение стабилизации поясничного отдела позвоночника пациентам в случаях:

- выявленной до операции нестабильности позвоночно-двигательного сегмента;
- вынужденной резекции одной и более опорных колонн позвоночно-двигательного сегмента при операции;
- необходимости коррекции деформации (сегментарной, глобальной).

Рекомендуется проведение стабилизации шейного отдела позвоночника пациентам при:

- вертеброгенной (дегенеративный стеноз, грыжа диска) миелопатии шейного

отдела с целью устранения патоморфологического субстрата компрессии;

– необходимости коррекции дегенеративной деформации (сегментарной, глобальной).

У пациентов с миелопатией, обусловленной дегенеративным стенозом позвоночного канала, декомпрессия (из вентрального или дорзального доступов) может проводиться как этап хирургического лечения, который должен быть завершён стабилизацией на уровне поражённого сегмента(-ов). У пациентов с протяжённым полисегментарным стенозом при отсутствии необходимости коррекции сагиттального сегментарного или глобального шейного баланса может быть выполнена декомпрессивная ламинопластика на уровне поражения.

Медицинская реабилитация и санаторно-курортное лечение, медицинские показания и противопоказания к применению методов медицинской реабилитации, в том числе основанных на использовании природных лечебных факторов.

Рекомендовано осуществлять внешнюю фиксацию поражённого отдела позвоночника ортопедическими изделиями в течение 1-3 месяцев после хирургического вмешательства.

Рекомендовано в раннем послеоперационном периоде для обезболивания, стимуляции заживления операционной раны, восстановления двигательной активности:

– проводить медикаментозное (инъекционное, затем пероральное обезболивание, профилактическую противовоспалительную и антитромботическую терапию) и физиотерапевтическое лечение;

– исключать нагрузки на позвоночник (поднятие тяжестей, наклоны вперёд, активные занятия ЛФК).

В ранний послеоперационный период (7-14 дней после радикальных вмешательств на позвоночнике) реабилитационные мероприятия проводятся с целью ранней двигательной активизации пациента, купирования болевого синдрома и стимуляции репаративных процессов в области раневого дефекта. Для оказания противоотёчного и обезболивающего действия на область раны с первого дня после операции назначается криотерапия, осцилляторный массаж; со 2-го дня после полной остановки кровотечения возможно назначение низкоинтенсивной лазеротерапии, низкочастотной магнитотерапии, УВЧ-терапии. При выраженном болевом синдроме применяется транскраниальная электроанальгезия, импульсные токи (чрескожная электронейростимуляция, диадинамические и синусоидальные модулированные токи), электрофорез анальгетиков, рефлексотерапия.

Восстановление двигательной активности начинается с первого дня, проводятся мероприятия по вертикализации и восстановлению походки, при необходимости используются вертикализаторы. Реабилитация немедикаментозными средствами проводится в комбинации с приёмом нестероидных противовоспалительных препаратов, по показаниям назначаются глюкокортикоиды. При наличии дооперационных неврологических двигательных нарушений комплексное восстановительное лечение дополняется препаратами, улучшающими нервно-мышечную проводимость.

Рекомендовано при наличии сопутствующей патологии проводить своевременные консультации специалистов и отслеживать выполнение их назначений. На всех этапах лечащему врачу контролировать соблюдение комплекса ортопедических назначений и немедикаментозного лечения для поддержания в оптимальном состоянии мышечного корсета.

Рекомендовано пациентам с неврологическим дефицитом проводить лечение под наблюдением невролога до излечения или постоянно. В отдалённом послеоперационном периоде избегать значительных нагрузок на позвоночник и регулярно заниматься ЛФК, по показаниям применять физиотерапевтические и прочие реабилитационные технологии.

В поздний послеоперационный период (от 2 до 8 недель после радикальных вмешательств на позвоночнике) целью реабилитационных мероприятий является восстановление двигательной активности в полном объёме, формирование мышечного корсета и стимуляция метаболических процессов в тканях позвоночника для профилактики рецидива болевого синдрома.

Ведущее значение в этом периоде имеет лечебная физкультура, направленная на укрепление мышц спины, межлопаточной области, брюшного пресса, ягодиц, на формирование навыков правильной осанки,

правильного стереотипа движения, а также обеспечивающая постизометрическую мышечную релаксацию. К занятиям специальной лечебной гимнастикой добавляются тренировки на стабилометрической платформе на специализированных тренажёрах. Занятия ЛФК комбинируются с методами физиотерапии, способствующими укреплению мышечного корсета, – электро-стимуляцией мышц спины и массажем при заболеваниях позвоночника, массажем пояснично-крестцового отдела позвоночника, массажем шейно-грудного отдела позвоночника, мануальной терапией при заболеваниях костной системы, массажем спины медицинским.

Реабилитационные мероприятия в поздний послеоперационный период проводятся амбулаторно или в условиях санатория.

Профилактика и диспансерное наблюдение, медицинские показания и противопоказания к применению методов профилактики. Рекомендуется пациенту с дегенеративной патологией позвоночника для профилактики её развития и прогрессирования:

– соблюдать ортопедические рекомендации;

– поддерживать оптимальные ростовые показатели;

– систематически выполнять оптимальные физические нагрузки.

Большинство «позвоночных» более могли быть предотвращены контролем осанки, походки и веса, достаточной ежедневной физической, в том числе спортивной активностью, соответствующей возрасту и здоровью. В массе своей люди с возрастом снижают двигательную активность, набирают вес и не уделяют внимания физическим упражнениям и тогда даже при незначительной физической нагрузке она становится избыточной и травмирующей.

В качестве мер профилактики развития и прогрессирования спондилоартроза рассматриваются:

– снижение лишнего веса;

– регулярные доступные и разнообразные физические нагрузки (лечебная физкультура, прогулки по свежему воздуху, фитнес, тренажёры, скандинавская ходьба и пр.);

– рациональное и сбалансированное по составу и калорийности питание;

– профилактика травматизма;

– правильное распределение нагрузки на позвоночник;

– индивидуальный подбор матраца и подушки;

– ношение ортопедической обуви;

– санация инфекционных очагов.

Рекомендуется пациенту с дегенеративной патологией позвоночника диспансерное наблюдение у невролога по месту жительства с целью оценки клинического состояния, а при необходимости – проведение инструментального диагностического обследования.

Рекомендуется проинформировать пациента с дегенеративной патологией позвоночника для понимания им особенностей течения, вариантов лечения и исходов заболевания:

● о применяемых технологиях лечения

● возможных исходах хирургического лечения

● необходимости медицинской реабилитации в дальнейшем

Рекомендуется для профилактики осложнений хирургического лечения пациента учитывать топографо-анатомические особенности поражённого сегмента, корректно подбирать инструментарий и имплантаты, соблюдать правила асептики и антисептики на всех этапах лечения.

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

– гипералгическая форма корешкового синдрома;

– каудо-медуллярный синдром;

– остроразвивающаяся миелопатия;

– парализующий ишиаз.

Показания для плановой госпитализации в медицинскую организацию:

Корешковый болевой синдром и (или) анталгический сколиоз, резистентный к консервативной терапии 4-6 недель.

Радикулопатия с нарастающим неврологическим дефицитом (парез 4 и менее баллов).

Нейрогенная перемежающаяся хромота.

Показания для госпитализации в дневной стационар:

● корешковый болевой синдром, местный болевой синдром (при ранее непродуманном консервативном лечении, либо отсутствии эффекта от терапии амбулаторно в течение 6 недель)

Показания к выписке пациента из медицинской организации:

● завершённость хирургического лечения или его этапа(-ов) при многоэтапном вмешательстве

Показания к выписке пациента из дневного стационара:

● законченный курс восстановительного лечения

Дополнительная информация (в том числе факторы, влияющие на исход заболевания или состояния). В качестве возможных исходов хирургического лечения целесообразно использовать классификацию:

Осложнение (complications) – любое отклонение от нормального послеоперационного течения, которое не вложено в саму эту процедуру и которое не является последствием лечения.

Неспособность вылечить (failure to cure) – заболевания и состояния, которые остаются неизменными после операции.

Последствия (sequelae) – это изменения, присущие вмешательству; неизбежны после операции.

Согласно данной классификации, объяснение возможных исходов может позволить пациенту оценить необходимость и пользу от предлагаемого хирургического вмешательства, а врачу избежать двояких толкований в случае спорных моментов.

Осложнение необходимо классифицировать на три группы: специфические, технические и общие.

Для послеоперационных осложнений рекомендуется применять классификацию Accordion:

● Лёгкое

Требуются только небольшие процедуры, которые можно проводить у постели больного, такие как введение внутривенных и мочевых катетеров, назогастральных зондов раневых дренажей. Разрешены физиотерапия и следующие препараты: противорвотные препараты, анальгетики, диуретики, растворы, влияющие на водно-электролитный баланс.

● Умеренное

Требуются фармакологическое лечение лекарствами, отличными от разрешённых при лёгких осложнениях, например, антибиотиками. Также сюда входит трансфузия крови и полное парентеральное питание.

● Тяжёлое: вмешательство без общей анестезии.

Требуются проведение эндоскопической, инвазивной процедуры или повторной операции (например, ревизия раны с применением спотворных и седативных средств и/или местной анестезии) без общей анестезии.

● Тяжёлое: операция под общим наркозом.

Требуются проведение операции под общим наркозом.

● Тяжёлое: системная недостаточность органов (с такими осложнениями обычно можно справиться в условиях отделения интенсивной терапии, но в некоторых случаях пациенты с осложнениями меньшей степени тяжести также могут быть госпитализированы в отделение интенсивной терапии).

Для интраоперационных осложнений рекомендуется применять классификацию Stava. Выделено три класса осложнений:

I класс – ошибки без последствий; II класс – ошибки с непосредственным распознаванием и коррекцией; III класс – нераспознанные ошибки, ведущие к значимым негативным последствиям.

● Смерть: послеоперационная смерть.

Хирургические осложнения, возникшие у оперированных пациентов, могут подразумевать проведение повторного оперативного вмешательства.

Возможные осложнения пункционных методов диагностики и лечения:

● Инфекционные осложнения устраняются назначением антибиотиков в соответствии с чувствительностью микрофлоры. При необходимости проводят хирургическую санацию гнойного очага.

● Аллергические реакции. Способы устранения – медикаментозная терапия (глюкокортикоиды, антигистаминные средства системного действия), инфузионная терапия.

● Травматизация сосудисто-нервных образований позвоночного канала вследствие неосторожных манипуляций, поломки инструментария и др. в случае угрозы здоровью и жизни пациенту требуют открытого хирургического вмешательства с целью устранения осложнения.

Возможные осложнения декомпрессивного и декомпрессивно-стабилизирующего хирургического вмешательства, можно предвидеть следующие из них:

● Повреждение твёрдой мозговой оболочки, послеоперационная ликворея. Методом профилактики послеоперационной ликвореи является тщательная герметизация твёрдой мозговой оболочки на заключительном этапе операции. В случае возникновения ликвореи в ближайшем послеоперационном периоде накладываются поздние швы на кожу, снятие их откладывается до формирования самостоятельного рубца. При неэффективности указанных мероприятий производится реоперация с целью тщательной герметизации ликворных пространств.

● Углубление пареза конечностей, гипестезия, задержка мочеиспускания могут в редких случаях (менее 1%) возникать по следующим причинам:

2А. Нарушение кровообращения в спинном мозге на уровне конуса-эпиконуса. Во избежание нарушения кровообращения в спинном мозге в послеоперационном периоде больному требуются постоянный контроль гемодинамических параметров (артериальное давление, сердечный ритм) и минимальная тракция корешка и дурального мешка. При появлении гемодинамических изменений требуется их коррекция медикаментозными препаратами.

2Б. Послеоперационный отёк корешков спинного мозга. Для устранения послеоперационного отёка спинного мозга пациентам назначается противоотёчная терапия с применением глюкокортикоидов в дозировках, зависящих от клинической картины, возраста и соматического состояния пациента.

2В. Эпидуральная гематома. Профилактикой образования гематом является тщательный гемостаз в ходе операции. Способ устранения сформировавшейся гематомы, вызывающей компрессию корешков спинного мозга, – реоперация с целью удаления гематомы и проведения более тщательного гемостаза.

3. Мальпозиция винтов и миграция межтеловых имплантатов. При данных осложнениях тактика ведения диктуется выраженностью клинико-рентгенологических проявлений. Некоторые ситуации требуют ревизионного хирургического вмешательства с целью декомпрессии и восстановления желаемого сегментарного взаимоотношения в условиях фиксации. Методом профилактики данных осложнений является подбор достаточного размера имплантатов, интраоперационный рентген или КТ-контроль.

4. Перелом педикулы вследствие её особенностей анатомии и нарушения минеральной плотности кости. Способ устранения – создание стабильности сегмента благодаря включению в зону фиксации соседнего ПДС (возможно временно). При невозможности проведения иммобилизации путём постельного режима на период консолидации перелома или формирования межтелового блока.

5. Переломы стержней особенно опасны в период до 4-5 месяцев после операции, когда ещё нет костного сращения. Дестабилизация конструкции, фиксирующей позвоночник, может привести к развитию вторичной деформации позвоночного столба, нарастанию неврологических расстройств, появлению хронического болевого синдрома.

6. Инфекционные процессы в области хирургического вмешательства. Способы устранения – антибиотикотерапия с учётом чувствительности микрофлоры; при неэффективности и нагноении послеоперационной раны – проведение ревизии и санации раны на фоне продолжающейся антибиотикотерапии. В каждом конкретном случае решается вопрос о сохранении конструкции.

7. Гематома как следствие неэффективности дренирования раны в послеоперационном периоде либо продолжающегося кровотечения. Способы устранения – опорожнение гематомы, в случае продолжающегося кровотечения – ревизия раны и гемостаз.

Александр КРУТЬКО, нейрохирург, ведущий научный сотрудник, заведующий травматолого-ортопедическим отделением № 12, доктор медицинских наук.

Евгений БАЙКОВ, нейрохирург травматолого-ортопедического отделения № 12, кандидат медицинских наук.

Ольга ЛЕОНОВА, старший научный сотрудник отдела вертебрологии, кандидат медицинских наук.

Национальный медицинский исследовательский центр травматологии и ортопедии им. Н.Н.Приорова.

В Музее истории медицины Сеченовского университета прошла конференция «Медицина больших данных» Российско-китайской ассоциации медицинских университетов (РКАМУ), на которой подвели итоги работы организации в 2022-2023 гг. Обсуждена новая концепция сотрудничества на 2023-2024 гг. В её основе работа по пяти направлениям – научные проекты, клинические консилиумы, международные школы, совместные образовательные программы и программы мобильности.

### К созданию новой организации

Открывая заседание, ректор Сеченовского университета академик РАН Пётр Глыбочко подчеркнул, что деятельность созданной в 2014 г. РКАМУ активно поддерживает Минздрав России. За несколько лет члены объединения увеличили научную активность более чем на 50%, успешно реализуются 25 крупных исследовательских грантовых проектов.

– Тем не менее нам необходимо искать новые возможности для нашего развития, – сказал Пётр Витальевич. – Учитывая реалии сегодняшнего дня, нельзя оставлять без внимания евразийские интеграционные процессы. Вместе с тем медицина становится всё более междисциплинарной. Этот вопрос может быть решён только в парадигме «Наука о жизни», и нам следует задуматься о создании Евразийской ассоциации университетов наук о жизни.

Участников конференции приветствовал и сопредседатель РКАМУ академик Китайской академии наук Ян Баофэн. О важности сотрудничества России и Китая в области медицины, большом вкладе, приносимом в него РКАМУ, говорила заместитель министра здравоохранения РФ Татьяна Семёнова.

– Сейчас в медвузах России обучается 562 гражданина КНР, что в 4 раза больше в сравнении с 2016 г., – отметила Татьяна Владимировна. – Ординатуру проходят 22, аспирантуру – 29 граждан Китая. Увеличилось число российских граждан, проходящих стажировку в КНР. Медицинские вузы наших стран стоят перед глобальными вызовами. Думаю, что путём синергичных отношений мы с ними справимся.

Единственным представителем дружественной страны, находившимся непосредственно в зале заседаний Музея истории медицины, был советник-посланник Посольства КНР в РФ Цао Шихай, который отметил уникальность и перспективность мероприятия и перспективность ассоциации. Далее П.Глыбочко и представитель Технологического университета Шарифа (Иран) профессор Мохаммад Али Кучазаде подписали Меморандум о намерениях о создании Евразийской ассоциации университетов наук о жизни. Своё участие стать членами новой организации подтвердили также Фуданьский университет и Харбинский медицинский университет (КНР), Университет Дамаска (Сирия) и Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К.Ахунбаева.

### Исследовательское и клиническое взаимодействие

Серию сообщений от руководства российских и китайских вузов открыл доклад исполнительного директора РКАМУ, первого проректора Сеченовского университета, члена-корреспондента РАН Андрея Свистунова, в котором были представлены результаты работы ассоциации за период 2022-2023 гг. и новые форматы взаимодействия внутри организации.

Количество университетов, вошедших в РКАМУ к настоящему времени, выросло в 5 раз (40 – РФ, 56 – КНР), только за последний год проведено 35 совместных мероприятий с общим количеством

### Сотрудничество

# Сообща – в науке и образовании

## Вузы Российской Федерации и Китайской Народной Республики наращивают совместную деятельность

участников более 2,5 тыс., а публикационная активность выросла более чем на 45%. Научные обмены осуществлялись по 11 направлениям, проведено 6 клинических обменов-практик между университетами двух стран.

Один из проектов – «Технологическая платформа анализа больших данных для создания цифровых двойников заболеваний» Института фенома человека Фуданьского университета. Его соисполнителем стал Сеченовский университет. Выступавший призвал принять участие в этом чрезвычайно важном проекте другие российские медвузы, так как он имеет глобальный масштаб.

В дальнейших планах по проектно-ориентированной мобильности – довести число стажировок в ведущих университетах до более чем 40, увеличить количество научных проектов в рамках консорциумов до 50 и более с каждой стороны.

– Сегодня мы хотим предложить новую модель работы российско-китайской ассоциации – организовывать тематические комитеты, реализующие план работ в течение года, – заявил Андрей Алексеевич. – Они дадут новый импульс развитию наших научно-образовательных и технологических взаимодействий на площадках РКАМУ. Каждый из пяти комитетов (по научным проектам, программам мобильности, зимним и летним школам, совместным образовательным программам, клиническим консилиумам) имеет двухстороннее российско-китайское руководство и начнёт работу в этом году.

Сопредседатель комитета по научным проектам Денис Бутнору предложил новые форматы взаимодействия. Среди них – конкурс научных проектов в области цифровой медицины «Лучший исследовательский коллектив РКАМУ – Bio/IT-Med» и грант на создание зеркальных лабораторий «Лаборатория больших данных в медицине». Для обеспечения взаимодействия предполагается проведение вебинаров по процедуре подачи заявок на гранты Российской науки и Государственного фонда естественных наук Китая, проведение консультаций по предложениям совместных научных проектов для участников РКАМУ, организация «круглых столов» по обмену лучшими практиками реализации российско-китайских научных проектов и научной конференции по поддержке совместных научных исследований. Необходимо запустить ряд цифровых сервисов для обеспечения взаимодействия, таких как витрина научных проектов РКАМУ, сервис подачи на совместный грант, сервис доступа ко всем исследовательским проектам РКАМУ, карта комплексного профиля исследователей РКАМУ, карта исследовательской инфраструктуры РКАМУ.

С китайской стороны видение развития научных проектов представил Харбинский медицинский университет. Среди совместных исследований – лечение кардиоваскулярной патологии (с Сеченовским университетом), лечение вирусных инфекций (с Уральским ГМУ), терапии опухолей (с Башкирским ГМУ), изучение эффективности оригинального противовирусного препарата триазаверин при COVID-19. Учёные из Харбина также плотно сотрудничают с коллегами из Сибирского ГМУ и МГУ им. М.В.Ломоносова.



О научном потенциале крупнейшего в Европе клинического центра Сеченовского университета рассказал проректор по инновационной и клинической деятельности вуза член-корреспондент РАН Виктор Фомин. Сейчас строится университетская клиника 2.0, в которой будет создана кадрово-инфраструктурная среда, гарантирующая наивысшие стандарты качества оказания и безопасности медицинской помощи, а исследования и инновации новых продуктов станут частью процесса медицинской деятельности, обучающиеся окажутся вовлечены в неё.

Выступавший говорил о новой цели кооперации университетских клиник на площадке РКАМУ – разработке, апробации и внедрении лучших практик медицинской помощи экспертного класса и стандартов безопасности медицинской деятельности. В рамках нового формата кооперации предлагается традиционный пациентский консилиум, в ходе которого будут совместно приниматься решения о тактике ведения пациента, в том числе о применении лекарственных средств и медицинских изделий off-label, медицинской эвакуации, средств традиционной медицины.

Виктор Викторович представил поквартальный план, включающий проектную сессию по стандартам безопасности пациентов в клиниках университетов-членов РКАМУ, и разработку технического задания по платформе клинического телемоста РКАМУ.

С докладом «Международный клинический консилиум – медицина без границ» выступил ректор Дальневосточного ГМУ член-корреспондент РАН Константин Жмеренцкий. Создана российско-китайской онлайн-площадки для проведения анализа и обсуждения сложных клинических случаев, проведения консилиумов, научно-образовательных семинаров – это новый формат взаимодействия, опирающийся на дальневосточный опыт во время пандемии COVID-19. В этом направлении предлагается определить ключевые консультативные центры России и Китая по основным клиническим направлениям, общедоступную онлайн-площадку проведения консилиума, создать группы в университетах по тематикам и компетенциям, сформировать расписание заседаний консилиума и т.д. Представил он и дорожную карту выполнения этих задач на 2023-2024 гг.

О развитии клинических консультаций рассказал профессор Ван Цзинхао из Цзинаньского университета (Гуанчжоу). Среди затронутых тем доклада – работа центров традиционной китайской медицины в Воронеже и Саратове (в рамках

РКАМУ), участие в совместных краткосрочных исследованиях более 1,5 тыс. молодых преподавателей и студентов России и Китая, проведение студенческих олимпиад по стоматологии и хирургии, китайско-российский онлайн-форум молодых учёных, форумы по фармации и клинической медицине, биомедицине. Докладчик представил план развития различных проектов на 2023-2024 гг.

### Из России – в Китай, из Китая – в Россию

Ректор Воронежского ГМУ им. Н.Н.Бурденко профессор Игорь Есауленко рассказал о проекте «Зимние/Летние школы» и предложил новый формат взаимодействия – ежегодный конкурс «Лучшая международная школа РКАМУ», в результате которого победитель получает грант на реализацию школы в следующем году.

Игорь Эдуардович видит преимущества международных школ в развитии и укреплении молодёжного сотрудничества, мотивации к изучению иностранных языков в медицинском образовании, приобретению образовательного, научного, культурного и профессионального опыта, усилении международной интеграции в сфере высшего медицинского образования, популяризации отечественных ценностей за рубежом, расширении межкультурных коммуникаций в медицинском образовании и здравоохранении.

Среди мероприятий, планируемых в 2023-2024 гг., – разработка и утверждение концепции конкурса «Международные школы РКАМУ», проведение «круглых столов», консультаций, мастер-классов по обмену практиками реализации российско-китайских школ, формирование реестра школ РКАМУ, проведение конкурса «Лучшая международная школа РКАМУ».

О программе медицинских зимних и летних школ РКАМУ, включающих спортивные фестивали и фестивали искусств, соревнования по знанию языков, анатомической графике, научно-популярному кино, говорилось в сообщении от Харбинского медицинского университета (наряду с Воронежским ГМУ им. Н.Н.Бурденко он курирует комитет по зимним и летним школам РКАМУ). Докладчик кратко рассказал о 1-й медицинской летней школе в Харбине в 2015 г., 2-й – в Москве, 3-й – в Воронеже, 4-й – на Хайнане, 1-й медицинской зимней школе в Сочи в 2016 г. Сейчас количество участников этих традиционных мероприятий достигло 828 человек.

О совместных образовательных программах, их востребованности, преимуществах и точках роста

говорил ректор Саратовского ГМУ им. В.И.Разумовского Андрей Ерёмин. Среди преимуществ сетевого взаимодействия он выделил формирование единой базы образовательных программ, общий доступ к лучшим из них у всех участников РКАМУ, создание и позиционирование компетентного профиля университетов-партнёров, сокращение времени поиска партнёров и расширение сети партнёров, единое окно возможностей взаимодействия в образовательной сфере.

В дальнейшем предполагается проведение вебинаров по процедуре оформления сетевых образовательных программ, порядку взаимозачёта практик и учебных стажировок между вузами России и КНР, организация других целевых мероприятий. Андрей Вячеславович представил план по этому важному направлению сотрудничества и выступил с рядом инициатив по взаимодействию университетов, в том числе в высокотехнологичных областях, совместных технологических стартапах в подготовке и защите дипломов, создании распределённого центра компетенций по совместным проектам, сетевой форме сотрудничества «3 + 2».

Представитель Пекинского университета традиционной китайской медицины рассказал об опыте развития и особенностях медицинского образования в Китае и России. Некоторые из направлений работы специалистов из столицы КНР – «культивирование» медицинских талантов из России (в этом университете учатся 274 студента из нашей страны), краткосрочные обменные визиты преподавателей (в них участвовало более 3 тыс. специалистов). В университете существует программа популяризации российских деятелей не только в области медицины, но и в политике, литературе, искусстве.

Проректор по научной работе и последипломной подготовке Сибирского ГМУ Ольга Фёдорова рассказала о международной деятельности своего вуза и цифровой системе её поддержки, а также системе тревел-грантов, долгосрочной международной академической мобильности, успешном опыте цифровых стажировок во время пандемии.

Ольга Сергеевна остановилась на предложениях по направлению «Академическая мобильность», поступивших из Северо-Западного ГМУ им. И.И.Мечникова и Амурской ГМА, в которых ведущее место заняло китайское направление. Выступавшая предложила новые форматы взаимодействия университетов, чтобы сформировать удобный и эффективный механизм реализации совместных образовательных и исследовательских проектов в области биомедицины и клинической медицины через академические обмены. Среди важных задач в области развития единой программы академической мобильности – формирование инструментов единой информационной и/или грантовой поддержки для университетов, входящих в РКАМУ, поддержка университетов ассоциации за лучшую программу академических обменов по направлению – медицина больших данных.

С китайской стороны комитет по программам мобильности курирует Гуандунский фармацевтический университет, представитель которого Чжан Юэ выступила с докладом «Один пояс – один путь. Китайско-российская академическая кооперация». Она рассказала об издании Русско-китайского терминологического словаря (Харбинский медицинский университет совместно со Ставропольским ГМУ), крупных совместных конференциях по различным медицинским направлениям (гематология, неврология, фармакология, телемедицина и др.).

Завершая конференцию, П.Глыбочко подчеркнул, что в следующем году Российско-китайская ассоциация медицинских университетов отметит 10-летие. В связи с этим он предложил провести две юбилейные конференции – в России и КНР.

Альберт ХИСАМОВ,  
обозреватель «МГ».

– **Олег Игоревич, давайте начнём со сбора анамнеза.**

– Я родился в 1971 г. в Ташкенте Узбекской ССР. Папа – инженер-строитель, мама – преподаватель иностранных языков. В 1988 г. после окончания школы поступил в Среднеазиатский медицинский педиатрический институт в Ташкенте, отучился там 3 года, а затем перевёлся во Владивостокский мединститут (ныне Тихоокеанский государственный медицинский университет), где окончил в 1994 г. педиатрический факультет. Затем прошёл интернатуру по нейрохирургии.

– **Почему выбрали нейрохирургию?**

– Ещё на четвёртом курсе стал работать медбратом в отделении детской нейрохирургии детской краевой клинической больницы, да так там и остался. После окончания интернатуры стал детским нейрохирургом. Больницу возглавлял тогда Юрий Абрамович Селютин. Он был моим первым учителем. Потом пошёл заграничные стажировки. В 1996 г. я уехал на полгода в Сеул в Университет Ёнсе. Эта стажировка «перевернула мне мозги». На следующий год была Портлендская клиника в Лондоне, где я провёл три месяца. В 2002-2003 гг. почти полтора года стажировался в Вашингтонском университете в Сизтле у профессора Ричарда Элленбогена. По возвращении во Владивосток меня сделали главным детским нейрохирургом Приморского края. Эту должность я занимал до 2020 г. Параллельно с 2005 г. увлёкся функциональной нейрохирургией, под руководством профессора В.Шабалова стали развивать нейростимуляцию в Приморье. Сейчас в нашем медицинском комплексе представлены все виды нейрохирургии.

В 2011 г. я был назначен руководителем создаваемого медицинского центра (ныне Медицинского комплекса) ДВФУ. Команда под кураторством Игоря Шувалова (он был тогда первым вице-премьером), в которую входили его помощник Е.Гущина, заместитель руководителя аппарата Правительства РФ Н.Найговзина, А.Агаларов и ещё несколько креативных людей, спроектировала и построила этот центр за 2,5 года, и в 2013 г. медцентр торжественно открыл Президент РФ В.Путин.

В 2020 г. я стал проректором ДВФУ по медицинским вопросам, а в апреле 2023 г. вернулся на должность главного врача. В течение этих 3 лет шла подготовка к созданию в ДВФУ школы медицины (открылась в 2022 г. и сейчас называется школа медицины и наук о жизни), запущен проект «Медицинский класс», в котором обучается более 400 наших будущих абитуриентов из нескольких регионов ДФО. Помимо оказания медицинской помощи мы сделали акцент на подготовку научных медицинских кадров. Сейчас в школе обучается около 1,6 тыс. студентов, почти половина из них – иностранцы. Так что мы преподаём и на английском языке. Каждый год набираем около 300 человек и готовим по нескольким направлениям – лечебное дело, биофизика, биохимия, фармация, биотехнологии и, для иностранных студентов, общемедицинская практика (General medicine). Наш Медицинский комплекс – практическая база школы, университетская клиника.

– **Что он собой представляет?**  
– Это 200-кочная больница, в основном заточенная на высокотехнологичную хирургию: у нас 175 коек хирургического профиля. Есть общая хирургия, гинекология, урология, ортопедия, кардиохирургия (открытая и эндоваскулярная), торакальная, нейрохирургия (все разделы: спинальная, функциональная, детская, нейроонкология и т.д.).

Всего за прошлый год выполнено 8,8 тыс. операций, из них около тысячи – нейрохирургические. Средний койко-день – 4,5, послеоперационная летальность – 0,2%. Хирургическая активность – 85%. Примерно треть операций делаем по внебюджету. Мы относимся к Минобрнауки, поэтому наша основная миссия – подготовка медицинских кадров.

– **Что являет собой детская нейрохирургия в Приморском крае?**

– Кроме нейротравмы, она имеется только у нас. С 2003 г. всех новорождённых с миеломенингецеле мы забираем из роддомов

жетные места. Сейчас обучаются 4 ординатора.

– **Став администратором, успевали ли вы работать в операционной?**

– Вначале да, но было тяжело. Когда подготовил команду, стал оперировать значительно реже. Но так случилось, что в конце прошлого года я съездил на месяц в Донбасс и сделал там в республиканской больнице почти 100 операций.

– **Зачем вы туда поехали?**

– Я взял отпуск за свой счёт и поехал добровольцем вместе со своей командой (нас было 6 человек) на помощь. Со мной были ор-



Здание медкомплекса

Наши интервью

# Я солдат своей страны

Так считает главный врач Медицинского комплекса ДВФУ Олег Пак

Напротив кампуса Дальневосточного федерального университета (ДВФУ), где проходил VIII Восточный экономический форум (ВЭФ), находятся корпуса Медицинского комплекса (МК), в этом году отмечающего своё десятилетие. Как сказано в рекламном видеоролике, МК ДВФУ – ведущая медицинская организация Дальневосточного федерального округа, оказывающая современную медицинскую помощь, прежде всего хирургическую. Одновременно он является практической базой школы медицины ДВФУ. Уникальность МК в том, что здесь имеется полный цикл медицинского обеспечения (поликлиника – диагностика – лечение – реабилитация).

Войдя в главное здание, попадаешь в просторный холл, где стоит белый рояль, а на стене – фотообои с изображением орхидей. Здесь проводятся выставки современных художников. В дни работы ВЭФ врачи МК несли круглосуточное дежурство. Если кто-то из участников форума заболел, то быстро получит полноценную медицинскую помощь. Моим проводником был заместитель главного врача по хирургической помощи и руководитель центра нейрохирургии Руслан Тоторкулов. Он также является главным детским нейрохирургом Минздрава Приморского края. Многих больных на время проведения форума выписали, некоторые палаты и операционные опечатаны, но работа продолжается. Несмотря

на поздний час, идёт эндоваскулярная операция по поводу мозговой аневризмы у 10-летнего ребёнка, переведённого из другой больницы. Клиника великолепно оснащена самой современной аппаратурой, причём деньги на её обновление зарабатывает сама. В отделении реанимации находится укушенный гадюкой журналист, приехавший освещать ВЭФ (на острове Русский водится много змей). Анестезиолог-реаниматолог Василий Фисенко показывает кофейное дерево в коридоре. Кофе, приготовленный из его зёрен, помогает врачам не уснуть во время дежурств. Палаты одно- или двухместные, но есть и двухкомнатные vip-номера – первая комната служит офисом, где располагается секретарь или охранник. Реабилитация находится в соседнем корпусе, соединённом тёплым мостиком. Там есть различные тренажёры и бассейны. Один из этажей гостиницы реабилитационного центра отведён для проживания артистов Приморской сцены Мариинского театра.

В этом же здании расположен кабинет главного врача МК кандидата медицинских наук Олега Пакета. Стены украшены многочисленными дипломами, сертификатами и грамотами. На видном месте – снимок с Президентом РФ Владимиром Путиным на открытии медцентра ДВФУ. Олег Игоревич третий день находился на круглосуточном дежурстве, но тем не менее нашёл время и силы ответить на вопросы корреспондента «МГ».



топед, реаниматолог, абдоминальный хирург, терапевт, сосудистый хирург. В основном нашими пациентами были ребята из ЧВК «Вагнер». После нас на новые территории ездило ещё четыре наших группы. Недавно ребята из пятой группы добровольцев-медиков вернулись из Херсона. Костяк групп составляют наши врачи, к которым присоединяются медики-волонтеры из Приморского края. Поездки организуются через Федеральный центр медицины катастроф.

– **Что за хирургия там была?**

– В основном тяжёлые минно-взрывные травмы. Был такой поток раненых, что мы ели и спали в промежутках между операциями.

– **Этот опыт что-то вам дал?**

– Конечно, мы делились опытом с коллегами из Донбасса и других регионов РФ, которые приезжали на помощь со всей России. У меня, например, не было опыта военно-полевой хирургии. Была бы возможность, поехал бы ещё раз. Некоторые наши ребята побывали «за ленточкой» по 2-3 раза и рвутся ещё. Они видят свою востребованность там.

– **А в мирной жизни часто приходится оперировать?**

– Редко. Может быть, одну операцию в месяц. Административная работа отнимает всё время. Думал, что отвык от скальпеля, но

нет. В Луганске через два часа после приезда меня вызвали в операционную, и как будто не было перерыва. Рука не дрожала.

– **Зачем вам административная работа? Наверное, в операционной больше получаешь удовлетворения...**

– Я давно уже солдат. У меня нет права выбора. Есть приказы, которые надо выполнять. Мы – «рабы своей работы», если так можно сказать.

– **Чей вы солдат?**

– Солдат своей страны. А мой непосредственный начальник – ректор университета.

– **Медицинский центр был открыт в 2013 г. Чего удалось достичь за прошедшее десятилетие?**

– Мы заняли свою нишу в здравоохранении не только в Приморском крае, но и во всем Дальневосточном регионе. Именно поэтому нам доверяют восьмой год медицинской помощи, поэтому на период форума Приморский край усиливает нашу команду такими специалистами, как гематолог, инфекционист, ревматолог, дерматолог и т.д. Кроме того, для усиления и общей координации к нам приезжают специалисты из Главного медицинского управления.

– **Какие перспективы у вашего медкомплекса?**

– Мы работаем по 20 профилям, у нас около 100 ординаторов. Есть вся необходимая аппаратура. Нет разве что интраоперационной МРТ и гамма-ножа. Как говорит Президент, надо разворачивать вектор на Восток. До СВО нам легче было съездить в Южную Корею или Японию, чем в Москву или Санкт-Петербург. Практически все наши нейрохирурги обучались в Университете Акига Япо-

нии. Сейчас активизировались связи с китайцами. В ближайшее время планируем открыть клинику восточной медицины на базе нашего отделения реабилитации. Развиваем чекап-центр, потому что легче предупредить болезнь, чем лечить её на поздней стадии. Спрос очень высокий. Сегодняшний средний россиянин стал вести здоровый образ жизни и регулярно проходить осмотры. Выявляем бессимптомные раки на ранних стадиях, неразозорвавшиеся аневризмы и т.д. С августа прошлого года берём на реабилитацию бойцов СВО. Университетская клиника обследует, оперирует и восстанавливает их за собственные внебюджетные средства.

– **У вас на стене висят дипломы по тхэквондо...**

– Я являлся вице-президентом Ассоциации тхэквондо Приморского края и курировал подготовку паралимпийцев, поскольку этот вид спорта для них адаптирован. С детства занимался единоборствами: боксом, дзюдо, тхэквондо. Поэтому сочетаю медицину и спорт.

– **Сейчас продолжаете?**

– Сейчас уже нет, но здоровый образ жизни стараюсь вести, могу по груше поколотить, штангу подтянуть. Когда оперировал, старался беречь руки.

– **Расскажите о своей семье.**

– Женат, у меня четверо детей – сын и три дочери. Старшая учится на 4-м курсе лечебного дела Сеченовского университета, сын – в институте прокуратуры Московского государственного юридического университета им. О.Е.Кутафина, а младшие дочери 13 и 11 лет ещё в школе.



Болеслав  
ЛИХТЕРМАН,  
спец. корр. «МГ».

Владивосток –  
Москва.

В любой профессии наставники играют важную роль. Они всегда помогут, направят, дадут совет. В здравоохранении это особенно важно, ведь молодой специалист находится под давлением большой ответственности и помощь опытных коллег всегда необходима.

Одними из ведущих в этой работе на местах выступают профсоюзы работников здравоохранения. Они становятся связующим мостиком между вчерашними студентами и врачами с многолетним стажем. А когда областную профсоюзную организацию возглавляет опытный руководитель, авторитет которого у врачебного сообщества региона не вызывает сомнений, – это настоящая удача.

### В пользу мединститута и профсоюза

Именно таким ярким руководителем является председатель Ростовской организации Профсоюза работников здравоохранения РФ Олег Борцов.

Олег Сергеевич в этом году отмечает юбилей. Родился он 10 октября 1938 г. в селе Верхне-Грековское Ростовской области. Судьба предлагала ему различные возможности – авиационный техникум, вертолётный завод, военноморская академия, и даже проверяла его целеустремлённость, но он был уверен в своём выборе. «Демобилизовавшись по вызову Ростовского медицинского института, я не выдержал вступительные экзамены. Немного отдохнув, поступил на вертолётный завод. Уже через полгода мастер цеха предложил мне попробовать себя в роли мастера участка. Видимо, у меня уже проявлялись определённые организаторские способности.

Приняв это предложение, пришлось бы изменить свои планы по выбору высшего учебного заведения и готовиться уже к поступлению не в медицинский, а технический вуз. Я отказался от такого предложения в пользу медицинского института», – вспоминает О.Борцов.

Послужной список героя нашего материала говорит о том, что с выбором он не прогадал. Олег Сергеевич работал врачом, заведующим отделом здравоохранения Железнодорожного исполкома, главным врачом городской больницы № 7, заместителем председателя Железнодорожного райисполкома Ростова-на-Дону, заведующим отделом социального страхования областного совета профсоюзов.

С 1987 г. он возглавляет областную профсоюзную организацию работников здравоохранения. Переход на эту должность был его желанием. На

### Наша коллегия

# Не рядом, а вместе!

## Наставничество необходимо для раскрытия собственного потенциала и готовности к преодолению трудностей

предыдущей должности Олег Сергеевич убеждал себя, что связь с медициной потеряна не полностью и косвенные отношения сохраняются, а в роли профсоюзного лидера он максимально приблизился к этой сфере – одной из главных его обязанностей стала защита прав медицинских работников, отстаивание их интересов.

«Да, в моей жизни были периоды, когда можно было изменить свою жизнь, предложив ей течь по новому руслу, поменяв место жительства и работу. Но я не уехал ни во Владивосток, ни позже в Москву, а остался в Ростове, ставшем уже родным, и продолжал руководить обкомом профсоюза медицинских работников», – говорит он.

### Главный стратегический ресурс

О.Борцов активно продолжает свою деятельность. В работе профсоюзной организации большое внимание уделяет именно наставничеству. По его мнению, это способ профессионального становления и развития специалиста. Почему же наставник необходим не меньше хорошему педагогу? «Образование, безусловно, важный аспект в подготовке высококвалифицированного медицинского персонала, но именно наставничество позволяет молодым с первых дней не пугаться предстоящей работы, понять, насколько ответственную профессию они выбрали, и перенять опыт коллег», – отметил Олег Сергеевич. Именно поэтому в Ростовской области реализуется проект «Наставничество в медицинской среде», который ставит целью возрождение и организацию системы наставничества среди медицинских работников, как действенного средства повышения профессионального и нравственного уровня медицинского сообщества.

Молодые специалисты, переступив порог медицинского учреждения – больницы, поликлиники, скорой помощи, не всегда уверены в своих силах, боятся высказывать своё мнение, не готовы проявить инициативу. Одно из направлений



профсоюзной деятельности как раз и нацелено на налаживание правильной коммуникации опытных работников и молодых специалистов. «Молодёжь – главный стратегический ресурс и будущее страны, профсоюзов, отрасли здравоохранения. Она является не только объектом национальных интересов, обеспечивающих развитие государства, но и одним из главных факторов, влияющих на изменение общественных процессов, на эволюцию общества. На молодёжь возложена особая ответственность за сохранение преемственности между поколениями, обеспечивающая развитие социальных институтов и страны в целом.

Все когда-то впервые принимали пациента, ставили диагноз, назначали препараты, проводили лечение, оказывали медицинскую помощь. «Несмотря на наши седины и звания, мы все проходили через это и понимаем важность и ответственность момента. Поэтому всегда готовы прийти на помощь молодым коллегам, разъяснить, поддержать и направить», – рассказал председатель О.Борцов.

По его словам, в Ростовской области в настоящее время 14 971 обучающийся, в частности более 9300 человек в Ростовском ГМУ и 5324 – в медицинских колледжах. Работа с будущими медиками на-

чинается со студенческой скамьи. По традиции представители областной организации профсоюза работников здравоохранения принимают участие в дне первокурсника. Лучшим студентам-профактивистам присваивают именные стипендии.

В рамках проекта «Наставничество в медицинской среде» в Ростове-на-Дону состоялся открытый урок школы профсоюзного актива, посвящённый теме изучения опыта реализации программы краткосрочного наставничества среди молодёжи «Наставники: не рядом, а вместе!».

Кроме того, проведён конкурс «Лучший молодой врач МБУЗ ГБСМП им. В.И.Ленина». «В финал вышли восемь молодых специалистов. Выступление каждого из них сочетало в себе уникальность подачи, юмор, талант, харизму и в целом творческий подход. И, конечно, рука об руку с ними шли их наставники, опытные врачи, заведующие отделениями, старожилы – хранители принципов работы одной из старейших больниц города», – подчеркнул О.Борцов.

Олег Сергеевич заверил, что проект будет только развиваться, ведь наставничество – это важный аспект работы как самих медицинских учреждений, профильных университетов и колледжей, так и профсоюзов. Благодаря со-

вместной работе удастся воспитать не одно поколение хороших специалистов, преданных своей профессии.

### Закалка характера

Видя активность Олега Борцова, нельзя не задать вопрос, как ему удаётся справляться с таким объёмом работы, быть всегда, как говорит молодёжь, «в тренде»? И ответ на него есть. «Мои ровесники, как дети войны, недополучили многое. Но, главное, они получили настоящую закалку и в меру сил, уже будучи подростками, принимали посильное участие в восстановлении народного хозяйства. Может быть, поэтому мои сверстники не привыкли роптать и жаловаться на трудности, а работали, как и их родители, старшие братья и сёстры», – поделился Олег Сергеевич.

По словам О.Борцова, важный момент в его трудовой деятельности произошёл в пору работы заведующим отделом здравоохранения Железнодорожного района. Тогда он научился всё планировать. Столкнувшись с первыми трудностями, он записался на приём к заведующему Горздравотделом, где показал ему два листа с планами мероприятий. Такой подход понравился руководству. Тогда Олег Сергеевич понял, что выполнение каждого пункта приносило удовлетворение от проделанной работы. С тех пор на любых должностях разработка плана мероприятий для нашего героя – главная составляющая его трудовой деятельности и главный секрет успеха.

Уважение – это самое точное определение тех эмоций, которые испытываешь от работы, да и просто от возможности пообщаться с такими людьми как О.Борцов. Он делал и продолжает делать всё возможное для улучшения условий труда медицинских работников. Олег Сергеевич не искал лёгкие пути, «тёплых мест», а всегда хотел быть полезным людям, помогать им – не это ли лучшая характеристика для человека с профессией врача!

Сергей БУДАЧЕНКОВ,  
корр. «МГ».

### Тенденции

# Ради безопасности пациентов

Министр здравоохранения РФ Михаил Мурашко в Российском национальном исследовательском медицинском университете им. Н.И.Пирогова прочитал лекцию «Вовлечение пациентов в процесс оказания медицинской помощи – путь к безопасности пациентов».

Руководитель федерального ведомства страны обозначил безопасность пациента как ключевой приоритет, рассказал, каким должно быть правильное общение врача с пациентом, что влияет на уровень удовлетворённости населения медпомощью, и почему пациенту необходимо самому быть вовлечённым в процесс лечения.

В начале мероприятия министр наградил ректора университета Сергея Лукьянова ведомственной наградой – знаком «Отличник здравоохранения» за многолетний



плодотворный труд, профессиональное мастерство, высокие личные достижения в области охраны общественного здоровья. М.Мурашко отметил, что Сергей Анатольевич создаёт уникальные технологии на медицинском поприще.

После церемонии награждения в РНИМУ состоялась лекция. Очно её посетили 550 человек, более 75 тыс. слушателей присоединились к онлайн-трансляции.

«Безопасность пациента – ключевой приоритет здравоохранения. Одна из национальных целей – увеличение показателя ожидаемой продолжительности жизни до 78 лет к 2030 г. Ещё один из ключевых показателей – уровень удовлетворённости населения медицинской помощью. Балансируя в рамках этих двух ключевых показателей, мы, по сути, и строим всю нашу работу», – подчеркнул М.Мурашко.

Глава Минздрава России отметил, что на уровень удовлетворённости граждан медицинской помощью влияет не только успешное решение проблемы пациента, но и комфорт при нахождении в медицинском учреждении.

«Пациент обращает внимание на доступность и своевременность оказания медицинской помощи, в том числе и на условия чистоты и комфорта, в которых он находится, насколько безбарьерно его общение с родственниками, есть ли эмоциональная поддержка. Всё это пропускается через личное восприятие. Когда мы организуем систему оказания медицинской помощи, мы должны чётко понимать, кто такой пациент и чего он хочет», – сказал он.

После лекции М.Мурашко ответил на вопросы студентов, а затем посетил Центр доклинических трансляционных исследований РНИМУ. Руководство и сотрудники Второго меда рассказали министру о последних разработках центра и планах по внедрению новых способов терапии аутоиммунных и наследственных заболеваний.

Георгий АЛЕКСАНДРОВ.

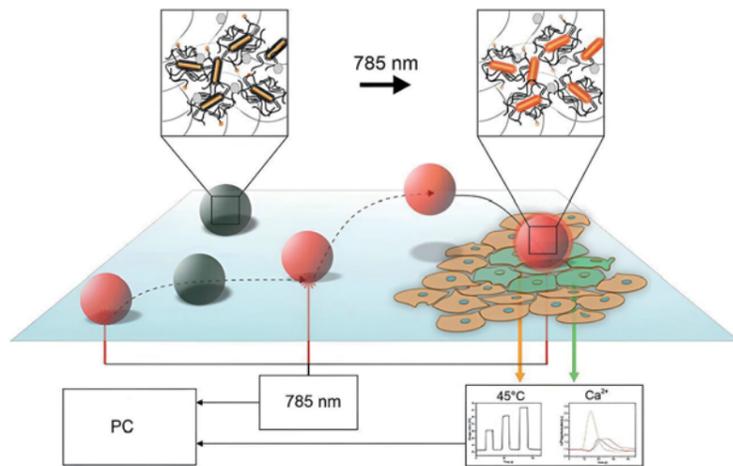
Взгляд

Т. Мальтус – английский священник и учёный, демограф и экономист, автор теории, согласно которой неконтролируемый рост народонаселения может приводить к снижению благосостояния, в самом конце века закончившегося за Ла-Маншем кровавой революцией, провозгласившей террор, – написал эссе-очерк, где провозгласил принцип приращения популяции. Она съедает все ресурсы и впадает в голодный маразм с употреблением в пищу младенцев (о том говорят античные мифы про богов, пожирающих своих детей, вспомните «Сатурна» Ф. Гойи и другие его картины с говорящими названиями про войны и расстрелы. Последние являются проявлением встроенной в геном животных агрессии, направленной не только на добычу пищи, но и регуляцию численности популяций, её снижение).

# А был ли прав Мальтус

В Нью-Йоркском университете установили, что один из каналов ORAI регулирует не только проявления боли, но также и аномальный рост. Каналы представляют собой интегрированные в клеточную оболочку протеины с проходящим внутри них «проходом» для ионов, в данном случае кальция, активирующим клетку и работу её генов, в том числе и «ростовых» (отвечающих за рост). РНК-анализ, показывающий наличие копий активных генов, выявил, что один из включённых генов кодирует синтез металлопротеиназы, или ферментов, расщепляющих волокна, на сплетении которых «сидят» клетки. Выключение гена ORAI вело к образованию меньших по размеру опухолей и болевой чувствительности нейронов тройничного нерва (тригеминального).

Мальтус, будучи далёким от медицины, ничего не писал о болезнях и уж, конечно же, о раке. Данные же глобального мониторинга 29 форм опухолей в 204 странах говорят о всё более раннем начале процесса у людей моложе 50 лет. Сотрудники Университета Куинс в Белфасте связывают раннее возникновение опухолей в Северной Америке, Австралии и Западной Европе с потреблением мяса и набором излишнего веса на фоне снижения физической активности и отсутствием в диете фруктов и молока. С питанием мышей датчанин Й. Фибигер связывал рак желудка, за что был удостоен Нобелевской премии в 1926 г. В последующие десятилетия многие патологии связывали с



Микробот с золотыми наностержнями, нагреваемыми светом с длиной волны 785 нм

гормонами, являющимися, как известно, регуляторами генной активности. Но в Университете Осаки их и сегодня не сбрасывают со счетов, хотя и признают, что рост может и не зависеть от них. Тем не менее они обращают внимание коллег на GREB, регулирующий рост молочной железы с помощью эстрогена (Growth Regulator by Estrogen in Breast cancer). Известно, что транскрипция гена включает специфическим белком транскрипционного фактора (TF). GREB, в частности, включает MITF, мутация которого приводит к микрофтальмии. А в Университете Ноттингема предложили для более точной диагностики процессов в молочной железе ИИ, который назвали PERFORMS (PERsonal

perFORMANCE in Mammographic Screening). Алгоритм повышает надёжность определения специфичности и характера процесса в молочной железе.

В Тяньцзиньском университете предложили использовать для лечения кластеры-«грозды» атомов золота, «реагирующие» на инфракрасный свет, проникающий глубоко в ткани. Продукт является тераностиком – служит и для получения диагностического

«hot»). Нагреванию наночастиц способствует инфракрасный свет, который вызывает также их агрегацию и сочетание PDT и PTT. Авторы уверяют, что ими предложен безопасный и неинвазивный тераностик.

В Техническом университете Мюнхена для получения изображения термически активированных клеток создали «такси» (TACSI – Termally Activated Cell Signal Imaging). Речь идёт о

микроботе, движение которого управляется лазером, для изображения же используется флуоресцентный краситель родамин В, дающий свечение в ответ на нагревание в пределах 37-57°C (АНМ). Бот может перемещаться в 3D-пространстве со скоростью 5-65 микрон/сек и термически активировать как одиночные клетки, так и их кластеры, используя «выброс» ими ионов кальция. Он представляет собой совокупность золотых наностержней (Au rods), толщина которых не превышает половины человеческого волоса. Для их покрытия учёные использовали полисахарид альгинат, полученный из водорослей. Технология с помощью лазера подводит микробот к клетке, после чего инфракрасный свет нагревает стержни (до максимальных 60°C), что убивает раковые клетки. В ходе опытов учёные выяснили, что ионные каналы открывают при определённых температурах, а это позволяет ионам кальция войти в клетку, тем самым повышая пагубное для неё возбуждение. Через открытые каналы можно будет успешнее и таргетно вводить лекарства вплоть до отдельных клеток. Похоже, что физики, о которых не знал Мальтус, всерьёз взялись за облучение, но не рентгеном и протонными пучками, а согревающим инфракрасным светом.

Игорь ЛАЛЯНИЦ,  
кандидат биологических наук.

По материалам  
Advanced Healthcare Materials,  
Nanotoday, Oncogene, Science  
Advances, Science Signaling, Physorg.

Исследования

## Патологический механизм

Исследование норвежских учёных подтвердило, что у женщин с отсутствующей менструацией после прививок против COVID-19 часто неожиданно начиналось вагинальное кровотечение. Специалисты предположили, что это могло быть связано со спайковым белком SARS-CoV-2, содержащимся в вакцинах.

После того, как вакцинация против коронавирусной инфекции стала широко распространена, многие женщины сообщили о более обильных менструальных кровотечениях, чем обычно. Исследователи из Норвежского института общественного здравоохранения в Осло изучили данные пациенток, особенно тех, у кого нет месячных из-за наступления менопаузы или вследствие приёма противозачаточных средств.

Исследователи использовали информацию регулярных обследований населения, изучив данные более 21 тыс. женщин в постменопаузе, перименопаузе и без менструаций в перименопаузе. Некоторые из них принимали гормональные контрацептивы длительного действия.

Учёные установили, что 252 женщины в постменопаузе, 1008 в перименопаузе и 924 в перименопаузе сообщили о неожиданном вагинальном кровотечении.

Около половины сказали, что кровотечение произошло в течение 4 недель после первой или второй прививки против COVID-19, или после обеих. Данные подтвердили, что риск вагинального кровотечения повышался в 3-5 раз у женщин в перименопаузе и перименопаузе в перименопаузе и в 2-3 раза у женщин в постменопаузе.

Вагинальные кровотечения в постменопаузе обычно являются серьёзным нарушением и могут быть признаком онкологии.

Для женщин из исследования кровотечения не имели онкологических последствий. Однако врачи отмечают, что неожиданное вагинальное кровотечение после наступления менопаузы всегда требует консультации гинеколога.

Патологический механизм, с помощью которого мРНК-вакцины вызывают вагинальное кровотечение, пока неизвестен.

Кира МАРИНИНА.

По материалам  
Science Advances и Nature.

Гипотезы

# Новая стратегия борьбы с синегнойной палочкой

Синегнойная палочка является одним из наиболее распространённых возбудителей пневмонии и представляет собой серьёзную проблему для больниц во всём мире. Лечение инфекций, вызванных синегнойной палочкой, обычно затруднено, поскольку бактерия образует так называемые биоплёнки, которые защищают её от лекарственных препаратов.

Профессор из Германии Мартин Эмптинг и его команда в сотрудничестве с несколькими группами Института фармацевтических исследований им. Гельмгольца в Сааре (HIPS) разработали инновационный метод, позволяющий разрушать эти биоплёнки и облегчить лечение инфекций, вызванных синегнойной палочкой. Результаты исследования опубликовали в журнале Advanced Science.

Наночастицы с двойным зарядом, с чувствительным к кворуму ингибитором (QSI) и стандартный антибиотик тобрамицин, разрушают бактериальные плёнки синегнойной палочки. QSI специфически нарушает регуляцию свойств, определяющих патогенность, тем

самым повышая эффективность антибиотиков к этой устойчивой бактерии.

Синегнойная палочка способна колонизировать практически любую часть человеческого тела. Таким образом, она может вызывать различные инфекционные заболевания с тяжёлым течением. Одна из причин устойчивой жизнеспособности бактерии заключается в биоплёнках, которые она вырабатывает. Эти биоплёнки состоят из смеси различных биомолекул, таких как сахара, белки и липиды, и обеспечивают патогену защиту, как от клеток иммунной системы человека, так и от антибиотиков. Кроме того, примерно в 10% случаях заражения синегнойной палочкой она имеет устойчивость к трём или более классам распространённых антибиотиков, что ещё больше усугубляет ситуацию.

Для борьбы с этой опасной бактерией существует необходимость в инновационных стратегиях и новых вариантах лечения. Исследователи из Центра инфекционных исследований им. Гельмгольца (HZI), в сотрудничестве с Саарским университетом разработали многообещающий подход.

Вместо того, чтобы убивать болезнетворные бактерии, как при обычных методиках лечения, их сначала «обезвреживают». В данном случае это означает прекращение связи между отдельными бактериями.

«Синегнойная палочка образует биоплёнки и болезнетворные молекулы в больших количествах только тогда, когда собирается достаточное количество бактерий. Для этого возбудители должны общаться друг с другом. Наши недавно разработанные препараты атакуют белок PqsR, важный компонент коммуникационной системы синегнойной палочки, и тем самым препятствуют образованию биоплёнки и некоторых бактериальных токсинов», – говорит Мартин Эмптинг, руководитель исследования в HIPS.

Если бактерии больше не могут производить биоплёнку, они становятся более доступными – как для клеток иммунной системы человека, так и для антибиотиков. Команде Мартина Эмптинга в рамках исследования, которое теперь опубликовано в журнале Advanced Science, удалось продемонстрировать этот механизм.

Если перед введением новые ингибиторы PqsR «упакованы» вместе с антибиотиком тобрамицином в специально разработанные наночастицы, доза антибиотика, необходимая для борьбы с биоплёнкой, снижается более чем в 30 раз.

«Лекарство – это гораздо больше, чем просто активный ингредиент», – говорит профессор Клаус-Михаэль Лер, руководитель отдела, занимающегося проблемами транспортировки лекарственных препаратов через биологические барьеры. Эффективный антибактериальный препарат должен достигать своего места действия как можно более целенаправленно и в высокой концентрации, поскольку в противном случае он может вызвать нежелательные побочные эффекты и, прежде всего, формирование резистентности. Для этого необходимо преодолеть различные биологические барьеры, такие как в данном случае лёгкие пациента, биоплёнки, образованные бактериями, а также клеточную стенку бактерий. Наночастицы помогают справиться с этой задачей.

Хорошая эффективность нового препарата – это только половина дела. Важной частью работы явля-

ется выявление возможных побочных эффектов как можно раньше и предотвращение их путём целенаправленной химической модификации разрабатываемых веществ.

Учёные должны проследить, как вещества ведут себя в организме, и максимально оптимизировать их для применения на пациентах. Здесь также имеет значение, в каком органе необходимы эти препараты. Основываясь на полученных на сегодняшний день результатах, новые активные ингредиенты демонстрируют высокий потенциал применения при инфекциях лёгких.

Рольф Мюллер, исполнительный директор HIPS и руководитель отдела микробиологии, также видит большой потенциал в разработанных веществах: «Новые молекулы представляют собой инновационный подход в борьбе с устойчивыми патогенами и инфекционными заболеваниями в целом. Поскольку они не убивают патогены напрямую, у нас есть основания надеяться, что резистентность развивается значительно медленнее, чем у традиционной антибактериальной терапии».

Марина КИРОВА.

**Новое американское когортное исследование показало, что у детей, зачатых в зимние и весенние месяцы, несколько более высокий риск развития ДЦП, чем у зачатых летом младенцев. Осенние месяцы сопряжены примерно с таким же или лишь немного более высоким риском развития ДЦП, чем лето.**

Исследователи изучили данные о почти 4,5 млн новорождённых, зарегистрированных в Калифорнии в период с 2007 по 2015 г., чтобы выяснить, может ли сезон зачатия служить показателем воздействия факторов риска окружающей среды. Например, наблюдается, что младенцы, зачатые в зимние месяцы, могут быть более подвержены воздействию вирусов, таких как грипп.

В Калифорнии сельскохозяйственные пестициды чаще всего применяются в летние месяцы, когда беременные женщины находятся в первом или втором триместре беременности и подвергаются наибольшему воздействию мелких частиц, что тоже может негативно сказаться на здоровье будущего малыша.

Почти у 4700 младенцев в исследуемой популяции был диа-

Кстати

## Время зачатия влияет на риск развития ДЦП



гностирован ДЦП. Исследователи также рассмотрели роль преждевременных родов как потенциального опосредующего фактора и скорректировали их с учётом социально-демографических характеристик, таких как возраст матери, раса, образование, курение во время беременности и индекс массы тела.

Исследование показало, что у детей, зачатых зимой и весной, риск развития ДЦП был на 9-10% выше, чем у зачатых летом. Дети, зачатые в январе, феврале или мае, подвергались на 15% более высокому риску по сравнению с теми, кто были зачат в июле. Риск был более выражен среди матерей с низким уровнем образования или проживающих в районах с высоким уровнем безработицы, в семьях с

одним родителем, многодетных семьях и ниже у выпускников высших учебных заведений.

Исследователи отметили, что связь сезонов зачатия с риском развития ДЦП может быть вызвана дополнительными факторами, такими как распространённость материнских инфекций во время беременности, различия в воздействии пестицидов и сезонные закономерности загрязнения воздуха.

«Изучение сезонных колебаний в распространённости заболеваний может дать ключ к пониманию этиологически значимых факторов», — отмечает руководитель исследования доктор медицинских наук Хаоран Чжоу из Йельской школы общественного здоровья. Исследование было частично поддержано грантом Американской академии церебрального паралича и медицины развития.

Общий повышенный риск, связанный с периодом зачатия, был относительно невелик, что позволяет предположить, что стратегии планирования семьи, возможно, не нуждаются в изменении на основе этих результатов. Точные механизмы, связанные с потенциальными факторами окружающей среды, нуждаются в дальнейшем изучении.

Выводы

**Недавнее исследование выявило доказательства того, что популярный противовирусный препарат молнупиравир, применяемый для лечения пациентов с COVID-19, может вызывать мутации в вирусе и стимулировать эволюцию новых его вариантов.**

лученных от пациентов, учёные обнаружили, что подобные изменения вируса более распространены в странах, которые чаще всего использовали молнупиравир, таких как Великобритания, Австралия, США и Япония. Дальнейшие анализы показали, что специфические мутации при-

## Молнупиравир: добро и зло

Молнупиравир должен запустить механизм уничтожения коронавируса, но исследователи обнаружили доказательства того, что вирус иногда может пережить лечение, при этом мутируя, а затем передаваться от заражённого человека окружающим. Пока нет доказательств того, что молнупиравир вызвал более опасные варианты коронавируса, но учёные заявили, что мутации увеличили генетическое разнообразие вируса в природе и предоставили больше возможностей для будущей его эволюции.

Исследователи уверены, что полученные результаты важны для продолжения оценки рисков данного противовирусного препарата и других разрабатываемых лекарственных средств, которые действуют аналогичным образом.

«Мы знаем, что подобные вирусы могут оставаться живыми после значительного числа мутаций и передаваться», — говорит доктор Тео Сандерсон, ведущий автор исследования и научный сотрудник Института Френсиса Крика в Лондоне.

В статье, опубликованной в журнале Nature, учёные описывают многочисленные доказательства того, что молнупиравир может иногда способствовать образованию сильно мутировавших, но жизнеспособных форм коронавируса. Первые свидетельства появились, когда исследователи просмотрели глобальные базы данных, содержащие более 15 млн геномов SARS-CoV-2. Учёные обнаружили характерные мутации в вирусах начиная с 2022 г., после того как активно стал применяться молнупиравир. Когда препарат вызывает мутацию РНК вируса, это увеличивает долю специфических изменений в некоторых областях генетического кода.

Помимо выявления характерных мутаций в SARS-CoV-2, по-

существовали в анализах у пожилых пациентов, которые с большей вероятностью получали лечение этим препаратом.

В рамках сбора доказательств учёные отобрали несколько образцов вируса в Англии, которые содержали характерные мутации, вызванные молнупиравиром, и запросили данные у Британского агентства по безопасности здравоохранения, кто из пациентов лечился этим препаратом. «Это число оказалось намного выше, чем можно было бы ожидать, что ещё раз наводит на мысль, что это связано с молнупиравиром», — говорит Сандерсон.

Но последствия этих мутаций всё ещё не до конца ясны. Принято считать, что большинство мутаций в вирусе скорее ослабляют его.

В ходе панорамного исследования Оксфордского университета, в котором изучалась эффективность противовирусных препаратов от COVID, учёные также сделали необычное открытие. Молнупиравир снижал содержание вируса в организме в течение первой недели, а через две недели уровень вируса снова повышался. Это может происходить, если препарат подавляет вирус, но затем создаёт мутировавшие версии, которые лучше справляются с иммунным ответом пациентов.

Панорамное исследование показало, что молнупиравир не снижает риск госпитализации или смерти среди вакцинированных пациентов из группы высокого риска, болеющих омикроном, но всё равно ускоряет время выздоровления.

Один из участников исследования профессор Крис Батлер отметил, что молнупиравир может быть очень эффективен в отдельных случаях, но определённо не должен использоваться в качестве панацеи.

Ну и ну!

## Порошок из червей поможет похудеть

**В будущем насекомые должны стать одним из основных источников белка для человека, чтобы сократить потребление мяса, которое, согласно исследованию PwC Strategy&, ставит под угрозу глобальное снабжение продовольствием. Мучные черви, личиночная форма большого мучного хрущака (Tenebrio molitor), из которых исследователи недавно изготовили протеиновый порошок со вкусом мяса, считаются особенно перспективными. В ЕС этот порошок уже признан безвредным Европейским агентством по безопасности пищевых продуктов (EFSA).**

Учёные из Иллинойского университета в Урбане-Шампейне (UIUC) опубликовали исследование, согласно которому использование червей в качестве пищи может не только помочь в борьбе с изменением климата, но и улучшить питание человека. Предварительные исследования на мышах показывают, что замена обычных источников белка мучными червями в диетах с высоким содержанием жиров замедляет набор веса и улучшает иммунный ответ. Кроме того, белок червей уменьшает воспаление, улучшает энергетический обмен и положительно влияет на соотношение хорошего и плохого холестерина.

«Кроме увеличения в рационе количества клетчатки, диетологи также рекомендуют употреблять больше высококачественных белков. Из предыдущего исследования на курах мы уже знали, что мучные черви — это экологически чистый высококачественный и легко усваиваемый источник белка», — пишут исследователи в своей статье.

В рамках исследования мыши в течение трёх месяцев придерживались диеты с высоким содержанием жиров, в которой источником белка служил казеин. Затем рацион изменили, и грызунов кормили белками, полученными из мучных червей. К этому времени из-за диеты с высоким содержанием жиров мыши уже имели избыточный вес и проявляли симптомы метаболического синдрома. Контрольную группу на протяжении всего эксперимента держали на



скудном рационе, состоящем из казеина.

Затем мыши начали получать два вида мучных червей в сушёном порошкообразном виде, похожем на муку. Введённый продукт заменил в рационе от 50 до 100% казеина. В течение двух месяцев экспериментальных диет и по истечении этого времени учёные регистрировали вес, состав тела, метаболиты крови и экспрессию генов в печени и жировой ткани мышей.

Протеины мучного червя не приводили к снижению веса мышей с избыточным весом, но прибавка в весе у них замедлялась по сравнению с их собратьями, которые питались продуктами, содержащими казеин, с высоким уровнем жиров.

«Это не потеря веса; у грызунов просто замедлился набор веса благодаря добавкам из мучных червей. Наиболее значительным

эффектом было улучшение липидного профиля крови. Уровень так называемого плохого холестерина снизился, а уровень «хорошего холестерина» повысился. С генетической точки зрения воспаление уменьшилось, и некоторые гены липидного обмена и метаболизма глюкозы изменились», — так учёные описывают результаты исследования.

Они предполагают, что польза для здоровья связана с хитином. На сегодняшний день роль этого волокнистого материала, образующего экзоскелет насекомых, практически не изучена. Однако есть исследования, которые показывают, что хитин действует как клетчатка. Если эффект проявится и у людей, протеиновый порошок из мучных червей может оптимизировать питание и помочь похудеть людям с избыточным весом.

Подготовила Марина КЫН.

По материалам JAMA Open Network, The Journal of Nutrition, The Guardian.

**Маленький картонный паяц. Игрушечный человечек. Марионетка на шурках. Ожившая (ожившее?) Барби. Существо неопределённого пола. Не то певец, не то танцор... Не то негр, не то белый... Не то ребёнок, не то взрослый... Явно не семи пядей во лбу, но и не полный идиот: может говорить, отвечать на простые вопросы, способен запомнить нехитрый текст песенки. Попискивающая кукла, которая прикольно двигается. Бедный недоразвитый гуттаперчевый мальчик... Любимец публики, приговорённый ею «быть весь вечер у ковра». Негритёнок, которому с раннего детства вдолбили: законы шоу-бизнеса – важнее, чем интеллект. Едва ли он прочитал за жизнь хотя бы десяток книг. Примитивное создание, до самой смерти оставшееся дрессированной обезьянкой-игрушкой. Буратино, зачем-то укутивший свой нос и сдавший себя в аренду Карабасу-Барабасу.**

И – коллективный Карабас-Барабас. Начиная с отца этого поющего гимнаста: папаша давал 12-летнему ребёнку лекарства, чтобы у того как можно дольше не менялся голос (по сути – это было химической кастрацией; впрочем, сведения лечащего врача М.Джексона сегодня невозможно ни доказать, ни опровергнуть: процедура отличается от хирургической операции, не влияет на способность к размножению и считается обратимой) и третировал так, что мальчику регулярно снились кошмары, в которых его похищают из спальни. Его врач, дававший заскучавшему артисту лекарства, которые сначала снимали боль, а потом – набрасывали приятную вуаль на действительность. Его публика, хотевшая новых танцев-песен и видеоклипов. Папарацци, подкарауливавшие его за каждым углом. Система социальных ценностей, в которой приоритетом человека стали консьюмеризм и обладание некоторым набором предметов. Содержание этого набора вскрывало суть глубинных детских комплексов: длинные машины, большой розовый дом, сватовство к Элизабет Тейлор..., безжалостно демаскируя психологические особенности субъекта. Точно так же Том Сойер мечтал, разбогатев, купить себе «барабан, взаправдашнюю саблю, красный галстук, бульдога-щенка и жениться». Его продюсеры, довольно быстро понявшие, что этому существу можно прикупить зоопарк, машинку и эскимо («и пару коньков в придачу»), – и он будет плясать-работать за гирляндой бус, думая, что обладает миром, полагая, что попал в сказочный Neverland (так он и назвал своё поместье), в котором есть самое главное, что нужно в жизни: качели-карусели-аттракционы. И сам он всю жизнь в интеллектуальном отношении вёл жизнь ребёнка – оттого и гораздо охотнее общался с детьми, чем со взрослыми: его мышление было устроено соответствующим образом. Мне кажется, что и сексуальные скандалы, возникшие вокруг него, были связаны с тем, что он не понимал принципиальной разницы между со-

И вот – он свободен!.. Все эти его карусели-зоопарки – не что иное, как неполученное и непржитое им детство. Стареющий мальчик вознамерился возместить себе утраченное. Однако его интеллектуальный аппарат остался детским, поэтому и степень свободы он воспринял, как возможность наконец-то поиграть вволю.

Инфантильные создания и выглядят моложе (грациальность), и мозг их вечно юн. Более прочих у них страдает эмоциональ-

таким навсегда. Многие интеллектуальные задачи остаются для инфантилов непосильными. Они затрудняются оперировать абстрактными категориями, их мышление не столько логично, сколько эмоционально, круг их интересов близок детским увлечениям... Они не в состоянии просчитать ход событий хотя бы на два шага вперёд. Они не могут (да и не хотят) мыслить завтрашним днём: любое интересное для них занятие переключает все

Видеоклип породил подстриженную культуру, нарезанную кусочками (и почти переваренную), и она генерировала лишённые интеллектуальной проработки клиповое мышление – с его короткими периодами, примитивным синтаксисом, бедным лексиконом. Думать тут было не о чем. Для того, чтобы понимать клипы, не требовалось много ума. И он начал постепенно отмирать, теряя функциональность. А потом вовсе отпал – как хвост. Головной мозг остался рудиментом. Для коротких мыслей уже не нужна была и память, которая постепенно становилась всё более вялой, нетребовательной, невзыскательной (ведь любые данные можно моментально найти в айфоне)... Новая генерация консьюмеристов уже не может жить без айфона, который позволяет им получить информацию извне, ибо внутри инфантилов её больше не раздобыть: там уже гулка тишина и непроглядная темнота и – сопровождающая их тревога, заглушая которую они снова и снова скребут тачскрины своих устройств, перелистывая жизнь, но не замечая собственную. Айфон не стал лампой Аладдина. Джин, исполняющий желания, не выскакивает из гаджета – сколько ни натрай экран. Впрочем, отсутствие привычки думать совсем не мешает смотреть на прикольные ловкие движения постепенно старящихся гуттаперчевых мальчиков и зовёток (которых публика и зовёт-то уменьшительными детскими именами), приплясывать в ритм и жить ожиданием новых клипов и новых моделей айфонов, становящихся теми кочками, по которым скачками передвигается по болотцу современности генерация инфантилов, созданных MTV, фейсбуком и Голливудом, этих обезьянок-игрунок, с их эмоциональным мышлением, лишённым континуальности, способности к рефлексии и стратегическому осмыслению происходящего, а потому не замечающих трясину под ногами. И уже даже не умеющих запомнить обратную дорогу. Не говоря уже о том, чтобы загодя позаботиться о вежах-памятках, которые пляшущие человечки-переростки могли бы расставить на пути следования; но ведь для этого надо просчитывать события хотя бы на два шага вперёд. Стрекозиное племя не умеет мыслить прогностически. Когда пластинка их жизни будет проиграна до конца, они даже не заметят, что сама их жизнь оказалась проигранной.

**Игорь КУШЕВ,**  
психиатр,  
доцент Северного государственного  
медицинского университета.

Архангельск.

Тайное и явное

# Гуттаперчевый мальчик

65 лет назад родился американский певец Майкл Джексон

бой – взрослым мужчиной и своими 10-летними гостями. А в интеллектуальном отношении сугубых различий и не было.

Гуттаперчевый мальчик, вырвавшийся из-под отцовского диктата, помчался играть в те игры, которых был лишён в детстве. Прежде, вместо того чтобы играть в футбол, он должен был в студии записывать альбомы до позднего вечера, говоря себе: «Я в ловушке, и мне придётся заниматься этим до конца жизни. Я подписал контракт» (опять в памяти возникает андерсеновский Кай). Однажды ночью, «желая научить детей закрывать окна перед сном», отец влез в его комнату через окно, в маске, пронзительно завывая. Мальчик плакал от одиночества, во время репетиций отец не выпускал из рук ремень: «Благодаря этому они не угодили в тюрьму и научились вести себя правильно». Простое общение с папашей травмировало его не меньше, чем побои. «Однажды он сказал нам: «Если вы внезапно перестанете петь, я вышвырну вас, как мусор». После общения с отцом у мальчика начиналась рвота... Мать была «добрым полицейским»: она «...всегда была рядом, когда он начинал психовать, избивать нас. Я даже сейчас это слышу: «Джо, нет, ты не убьёшь их. Нет! Нет, Джо. Это слишком!» А он начинал крушить мебель»; но она никогда не протестовала, говоря: «Так всегда воспитывают негритянских детей».



но-волевая сфера. Инфантилы неспособны принимать решения, сохраняют детские свойства личности: эгоцентризм, мечтательность, капризность, впечатлительность. Их суждения незрелы, поверхностны, конкретны. Игры и развлечения – важнее всего. Определяющим фактором развития являются родители человека, которые принимают решения за него, ограничив его свободу, что неминуемо ведёт к социальной дезадаптации, подчёркивающей разрыв между биологическим и социокультурным развитием. Задержка психического развития приводит к тому, что поведение такого субъекта не соответствует его возрасту. И он остаётся

планы (хотя, какие там у них планы! у инфантилов планов не бывает, для них всё происходит здесь и сейчас. В этом ещё нет ничего плохого, но ведь они всегда норовят идти путём наименьшего сопротивления, всюду входя широкими воротами, не умея сказать себе: нет); любой импульс, показавшийся соблазнительным, способен увести в сторону. Так, ребёнок прогуливает уроки, не задумываясь о последствиях, хотя любому взрослому понятно, что обман вскроется очень быстро. Инфантилы играют всю жизнь. Они играют в жизнь, считая её времяпрепровождением. Но любая игра может надоесть. И тогда приходится начинать другую. А когда успели надоесть все игры, которые знал, наступает пустота. Эмоции заканчиваются, думать становится нечем и не о чем: ментальный аппарат инфантила опирается на эмоции, а не на логику.

О Майкле Джексоне иногда высказываются в том духе, что он придал «чёрной музыке», долго игравшей в поп-музыке «вторую скрипку», характер движущей силы, «соединив её с каждой душой в мире» (что, разумеется, неверно: достаточно вспомнить предшествовавших ему чёрных исполнителей диско). На самом деле его заслуга куда выше: жизнь и деятельность (и «творчество») танцпевицы продемонстрировали простое обстоятельство: интеллект не необходим человеку.

Вернисаж

**Благотворительная выставка картин «Цветы как символ добра и милосердия» открылась в международном центре искусств «Главный проспект». Инициаторами экспозиции стали региональный Красный Крест и Свердловский областной медицинский колледж.**

Более 20 уральских художников откликнулись на призы общественников и предоставили в дар свои работы в благотворительный фонд Красного Креста. Учредитель галереи «Главный проспект» Олег Гусев поддержал организаторов, безвозмездно предоставив площади для экспозиции картин.

В третьем зале ведущего выставочного центра Екатеринбурга разместились 42 картины популярных мастеров уральской

## Цветы как символ добра



школы живописи: Алексея Ефремова, Владимира Кошелева, Андрея Елецкого, Марины Хабаровой и других. Здесь представлены работы в разных форматах и технике, исполненные акварелью, маслом и сухой пастелью. Посетители могут насладиться яркими красками полевых цветов, увидеть первозданную чистоту белых лилий или озорную яркость солнечных подсолнухов.

«Работая в современных форматах, мы обращаемся к истории, к несправедливо забытым традициям Красного Креста. С конца XIX века в России благотворителям дарили бумажные цветы, сделанные рукодельни-

цами, в знак уважения и признательности за проявленное неравнодушие. Выставка картин – нетривиальный способ привлечь внимание общественности к нашим целям, мотивировать к благотворительности и погрузить в исторический контекст», – рассказала председатель регионального Красного Креста, директор Свердловского областного медколледжа Ирина Левина.

Любой посетитель мог приобрести картину, перечислив благотворительный взнос на счёт регионального отделения Российского Красного Креста. Собранные средства пойдут на оказание помощи малоимущим семьям, детям с ограниченными возможностями здоровья, пожилым одиноким людям.

Елена ОСИПОВА.

Анонимный телефонный звонок с уличного телефона-автомата принёс в дежурную часть Управления внутренних дел города тревожную информацию: «На Смоленской выбросили ребёнка из окна 9-го этажа!». И в трубке раздались короткие гудки. Типичная ситуация! Многие граждане нашей страны предпочитают соблюдать инкогнито, оставаться неизвестными правоохранительным органам, зная, как «надёжно» закон защищает свидетеля. Оперативная группа милиции и «скорая помощь» прибыли на место происшествия через 10 минут, практически одновременно. Помощь врачей, увы, не понадобилась. Тело двенадцатилетнего Миши Володина безжизненно распласталось на асфальте в луже крови, медленно увеличивавшейся, образуя страшный красный ореол вокруг разбитой деформированной головы ребёнка. Тонкие мальчишеские руки были разведены в стороны и кпереди, словно обнимая землю. Деформированные кисти и открытый перелом обеих костей предплечий сразу указали мне, что падение было так называемым координированным: в момент приземления мальчик был в сознании и вывел вперёд руки, пытаясь смягчить удар...

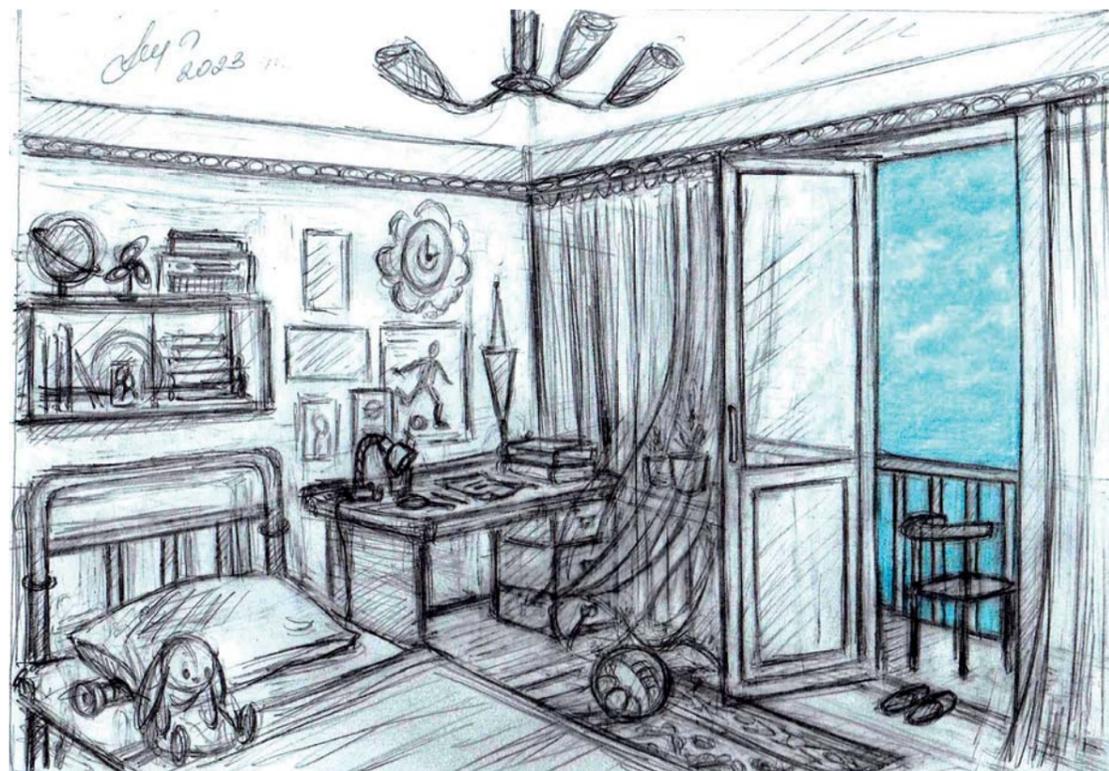
Произошло всё в полдень, как говорится, среди бела дня. К моменту приезда оперативной группы, включая следователя прокуратуры и судебно-медицинского эксперта, многое было уже известно. Мальчик из неблагополучной семьи, родители живут как кошка с собакой, жена «гуляет», муж в отместку ей пьянствует. Всю эту «горячую» информацию детально выдали нам вездесущие бабушки-старушки, сидящие, как часовые на посту, на лавочке у входа в подъезд и видевшие момент падения. Названа была и квартира на 9-м этаже дома, где жила семья Миши. Взяв двух понятых, мы на лифте, громыхавшем и вздрагивавшем на каждом этаже, как раненый зверь, поднялись на последнюю площадку. Дверь в квартиру оказалась открытой. На звонок никто не ответил. «Стёпка на работе, Ирка, его жена, как обычно, болтается по подругам и друзьям. Недавно они развелись – Степан не выдержал, ушёл из дома», – тихо рассказывала соседка с 8-го этажа, опасливо поглядывая на дверь злополучной квартиры, не решаясь зайти вместе с нами и тихо крестясь. «Мишенька рос тихим, робким мальчиком. Вежливый, услужливый парнишка... Что же случилось-то, товарищ начальник?» – обратилась старушка к старшему следователю прокуратуры и, не выдержав, заплакала...

Осмотр места происшествия в случаях падения человека с высоты сложен и обычно состоит из двух этапов. На первом детально осматривается место падения. Труп погибшего, его одежда и обувь, констатируются основные повреждения на теле, обстановка вокруг него. Особенно тщательно следователь и специалисты стремятся выявить и зафиксировать так называемое ложе трупа, травмы и загрязнения на теле и одежде, которые не могли возникнуть при свободном падении и ударе тела о землю или иную поверхность приземления.

Не так уж редко в подобных случаях выявляются колото-резаные, рубленые, огнестрельные раны.

А ещё был случай

# Бои на семейном ринге



Обычно их причиняют жертве, прежде чем выбросить её с большой высоты. При этом делается обоснованный расчёт на то, что тяжелейшая тупая политравма, возникающая в момент удара тела об асфальт, землю или другой твёрдый материал, «замаскирует» первоначальные повреждения. Иногда бывает и иначе: человек сам причиняет себе повреждение и видит, что смерть не наступает, переходит к следующему «верному» способу самоубийства. На этот раз на теле и одежде Миши не было обнаружено ничего, кроме типичной картины травмы от падения с большой высоты с первичным ударом головой и верхними конечностями об асфальт.

На втором этапе осмотра оперативно-следственная группа обследует место, откуда произошло падение. Мы вошли в квартиру. Прихожая обратила на себя внимание двумя обстоятельствами: отсутствием электрической лампочки и страшным беспорядком, выражавшимся грудой разнокалиберной мужской и женской обуви слева от двери и стоявшей тут же бельевой корзиной без крышки, переполненной грязными рваными наволочками и простынями. Прихожая освещалась через отсутствующий фрагмент разбитого зеркала, вставленного в дверь, ведущую в большую комнату, видимо, спальню, судя по большой кровати, стоявшей у окна. Ничего примечательного, кроме так называемого бытового беспорядка и скопления пустых бутылок из-под

дешёвого вина, осмотр комнаты не дал. Никакого намёка на следы крови, признаки борьбы и самообороны... Самое интересное нас ожидало во второй комнате, дверь в которую направо от входа была плотно закрыта.

Бесспорно, это была комната погибшего мальчика. Яркий рекламный плакат команды «Зенит» над маленьким письменным столом с аккуратной стопкой школьных учебников, два потрёпанных футбольных мяча на подоконнике, книги о спорте вообще и футболе в частности на полочке у кровати зримо раскрыли нам хобби погибшего. Кровать была аккуратно заправлена стареньким байковым одеялом. Дверь лоджии оказалась широко раскрытой, и лёгкий ветерок тихо колыхал тюлевую занавеску. У внешнего края лоджии стояла маленькая табуретка, с которой легко было шагнуть на ограждение. У его основания виднелась пара стоптанных детских тапочек... Но не только эти характерные детали обратили внимание следователя. В центре письменного стола лежал карандаш и лист бумаги, на котором неровным детским почерком, без знаков препинания, была начертана одна строка. Я запомнил её на всю оставшуюся жизнь: «Мама, папа! Помиритеесь, пожалуйста. Простите. Миша». Не будучи специалистом в области судебно-медицинской экспертизы письма, по разнице в размере букв и их деформации я понял, как волновался ребёнок, составляя слова этой фразы.

Потрясённые, мы несколько минут молчали. Первым не выдержал Кирилл, молодой следователь. «Обоих, и мамочку, и папочку, привлеку к уголовной ответственности за доведение до самоубийства! Угробили мальчишку, гады», – жёстко сказал он и сел дописывать протокол осмотра, начатый у тела. «Увы! – подумалось мне. – Мало оснований, отвертятся». Здесь можно скорее рассчитывать на единственный праведный суд – небесный!».

Я вышел на злополучную лоджию. Страшная картина семейной трагедии, завершившаяся детским суицидом, потрясла меня, за долгие экспертную жизнь повидавшего много самоубийств взрослых. Мне в детстве повезло. Я впитал в своей семье столько любви, доброты, уважения родителей друг к другу и ко мне, что этих качеств с избытком хватало для того, чтобы и ныне преодолевать мерзость этого мира. В лучах летнего солнца городок лежал передо мной, тихий и равнодушный, ещё не знающий о произошедшей трагедии. Пух обильно цветущих тополей достигал верхних этажей, образуя лёгкие комочки, влетающие в комнату. Тело Миши уже увезли, и дворник обильно и тщательно поливал водой из шланга место смерти. В соседнем дворе на спортивной площадке с футбольными воротами было пусто...

\* \* \*

Недавно развелись мои друзья, прожившие вместе около 20 лет

и в любви растившие чудного мальчика. Развелись они со скандалами, взаимными обвинениями Бог знает в чём, долго делили совместно нажитое имущество и швыряли друг другу вещи и семейные фотографии. Последним аргументом в их споре остался сын, который недавно живёт на свете, и о ненависти, в которую переросла любовь его родителей, видимо, не догадывался. Так как родители сдаваться не собираются и уже решили, что Павел на всю жизнь становится участником этой войны, ему ещё многое предстоит узнать и перенести.

Ещё несколько аналогичных семейных коллизий за последние годы наводят меня на мысль о том, что развод в состоянии аффекта становится нормой. Умные и воспитанные люди живут вместе до тех пор, пока их не начинает корёжить друг от друга. Это, конечно, их дело, хотя трудно понять, почему нельзя разойтись в тот момент, когда оба ещё в состоянии сохранять человеческий облик хотя бы для посторонних. Взрослый может за себя постоять. Ребёнок – не может: он не закроет маме рот, когда она выливает очередную порцию помоев на папу.

Ещё недавно казалось, что современные родители подобной ерундой уже не страдают, ибо кто не слышал многочисленных выступлений врачей, психологов и педагогов о том, как страшны последствия семейных битв для детской психики. Однако люди специалистов, как и прежде, слушают редко. Папы в большинстве своём вообще не придают значения тому, что может чувствовать ребёнок, – как будто это не маленький человек, а подросток-овощ. А мамы – те, конечно, переживают. Иногда даже ребёнку сообщают о своих переживаниях! А потом, роняя хрустальную слезу, приговаривают: «Мал ты ещё... Потом поймёшь...». Конечно, материальных, сексуальных, социальных и прочих проблем, которые стоят развода, ребёнок понять не может. Он ясно и чётко понимает другое – в доме беда. И ему этого ох как достаточно!

Как человек, многократно за долгие профессиональную жизнь видевший судебно-медицинские последствия подобных сражений, официально заявляю всем мамам-папам, которые находятся в состоянии бытовой ненависти, пережившей в тяжкий бой на семейном ринге: прощения не ждите. Дети вырастут и не рассудят, а осудят! Навсегда.

Юрий МОЛИН,  
профессор,  
заслуженный врач России.

Санкт-Петербург.

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

Мнение редакции может не совпадать с точкой зрения авторов.

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

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

Главный редактор А.ПАПЫРИН.

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

Дежурный член редколлегии – А.ИВАНОВ.

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

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

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

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

ИНН 7702394528, КПП 770201001, р/с 40702810338000085671, к/с 3010181040000000225,

БИК 044525225 ПАО Сбербанк г. Москва

Отпечатано в ОАО «Московская

газетная типография».

Адрес: 123022, Москва,

ул. 1905 года, д. 7, стр. 1

Заказ № 2724

Тираж 14 009 экз.

Распространяется

по подписке

в Российской Федерации

и зарубежных странах.

