



Улучшим ли систему здравоохранения, лишив врачей свободы?

Стр. 4-5

II съезд травматологов-ортопедов Приволжского федерального округа.

Стр. 6-7

Сделать клинику успешной не только сегодня, но и завтра позволит мастерство грамотного менеджера.

Стр. 10

Особый случай

Коварная опухоль

Самарским врачам удалось спасти пациента с редкой патологией



В Клиниках Самарского государственного медицинского университета (СамГМУ) провели сложную операцию пациенту с редкой опасной опухолью – ювенальной ангиофибромой массивных размеров. Такая опухоль может привести к обильной кровопотере, менингиту, потере зрения и даже к летальному исходу. Операцию выполнили в «цифровой» операционной Клиник СамГМУ с использованием системы хирургической навигации AUTOPLAN, разработанной в университете.

Около 3 лет назад у 18-летнего Николая из Оренбургской области перестал дышать нос, но местные врачи не могли установить причину. Тогда он по рекомендации врача обратился в Клинику СамГМУ. Как рассказала заведующая оториноларингологическим отделением Олеся Зелева, изначально пациент пришёл на приём с диагнозом «полипы левой половины носа». После ряда обследований, квалифицированного анализа рентгенологов и оценки клинической картины была диагно-

стирована ювенальная ангиофиброма массивных размеров – образование сосудистого характера, которое зачастую питается от ветвей сонной артерии.

«Опухоль сопровождается затруднением носового дыхания, носовыми кровотечениями и в перспективе является жизнеугрожающим заболеванием, так как опухоль разрастается и сдавливает структуры мозга, – говорит О.Зелева. – В данном случае образование занимало всю левую половину носа, верхнечелюстную пазуху и распространялось уже во внутренней структуре черепа. У пациента полностью отсутствовало носовое дыхание, потому что опухоль была таких массивных размеров, что сместила перегородку и вызвала отёк на противоположной стороне, где не было опухоли. Такая патология встречается всего в 0,03% случаев».

Самарским врачам удалось спасти пациента с редкой патологией, проведя удаление опухоли в «цифровой» операционной Клиник СамГМУ с интегрированной системой хирургической навигации AUTOPLAN. С её помощью предварительно провели предоперационное планирование с сегментаци-

ей образования и питающих сосудов. Также была проведена сложная предоперационная подготовка в условиях рентгеноперационной: врачи выполнили суперселективную ангиографию и одновременную эмболизацию (перекрытие) крупного сосуда, питающего опухоль.

«Также AUTOPLAN помог на стадии, когда мы выполнили удаление опухоли из полости носа и нужно было пройти до структур черепа и увидеть границы образования, – говорит О.Зелева. – Операция была сложная, длилась около 5 часов, наша команда провела её успешно. Выполнение подобных хирургических вмешательств возможно только благодаря дружному сотрудничеству врачей разных направлений: рентгенолога, рентгенохирурга, сосудистого хирурга, ангионевролога, трансфузиолога и врачей анестезиологической службы. В этом и заключается работа Клиник СамГМУ».

Сейчас пациент чувствует себя отлично и остаётся под наблюдением врачей.

Игорь НАУМОВ.

Самара.

Перемены

Подарки к юбилею

Брянская область отметила своё 80-летие. К этой круглой дате жители региона получили важные подарки, главными из которых стало открытие нескольких больничных корпусов и вручение ключей от новых автомобилей для оказания медицинской помощи населению.

Торжественные мероприятия в Брянске посетили вице-премьер Правительства РФ Татьяна Голикова и министр здравоохранения РФ Михаил Мурашко. Одним из первых подарков жителям стал новый хирургический корпус детской больницы. Причём это скорее два здания, соединённых с основными строениями больницы крытым переходом.

Переоценить значение нового, современного и технологичного объекта сложно. Это 15 тыс. м² операционных, процедурных и диагностических кабинетов, предназначенных для лечения юных пациентов. В новом корпусе будут трудиться 400 медицинских работников.

Стоит отметить, что вопрос привлечения кадров в региональные учреждения здравоохранения остаётся достаточно острым. И одна из форм поддержки специалистов и способов мотивирования – это, конечно, жильё. Поэтому в рамках торжественного мероприятия Т.Голикова и М.Мурашко вручили ключи от служебных квартир молодым врачам – работникам больницы.

Ещё один важный объект, который открылся в дни празднования 80-летия области, – новый корпус городской больницы. Его особенностью является то, что

в любой момент его можно перепрофилировать под инфекционный госпиталь. При необходимости в нём можно развернуть 120 коек для спасения пациентов. В обычном режиме работы здесь разместятся отделения гинекологии, челюстно-лицевой хирургии, 4 операционных и реанимация. Медицинское учреждение рассчитано на 800 посещений в смену. Даже одноэтажный переход, связывающий новый корпус с больницей, заслуживает внимания – его использовали под размещение аппарата МРТ. Новый лечебный корпус, оснащённый преимущественно отечественным оборудованием, предоставляет медицинским работникам новые возможности помощи большему количеству людей.

Высокие гости выполнили ещё одну почётную миссию. Они вручили ключи от 17 автомобилей, закупленных в рамках программы модернизации первичного звена здравоохранения. Транспортные средства позволят перевозить маломобильных граждан и, конечно же, быстрее доставлять врачей к пациентам.

В области хорошо понимают, что здравоохранение необходимо постоянно развивать и модернизировать. Так, губернатор Александр Богомаз на открытии нового корпуса больницы № 4 сообщил, что он уже дал поручение подготовить необходимую документацию на капитальный ремонт во всём лечебном учреждении. Работы запланировано провести уже в следующем году.

Сергей БУДАЧЕНКОВ,
корр. «МГ».

НАШИ ИНТЕРВЬЮ

Геннадий КОТЕЛЬНИКОВ

Президент Ассоциации травматологов и ортопедов России, академик РАН:

Абсолютно убеждён, что нам удастся обеспечить себя отечественными имплантатами и оказывать ортопедо-травматологическую помощь на самом высокотехнологичном уровне.



Стр. 12

Новости

Состав сигарет коммерческая тайна?

Минздрав России разработал законопроект, согласно которому перестанут быть коммерческой тайной данные о наличии в табачных изделиях ингредиентов, которые усиливают никотиновую зависимость и несут другие негативные последствия.

Министерство предложило внести изменения в п. 4 ст. 5 Федерального закона № 98-ФЗ «О коммерческой тайне» (статья называется «Сведения, которые не могут составлять коммерческую тайну»). Пункт предлагается дополнить словами «о наличии и количестве в составе табачных изделий и никотинсодержащей продукции ингредиентов, приводящих к усилению никотиновой зависимости, оказывающих токсическое воздействие, имеющих канцерогенные, мутагенные, репротоксические свойства либо приобретающих такие свойства в результате их нагревания и (или) тления».

В Минздраве России отметили, что информирование потребителей о составе сигарет и другой подобной продукции предусмотрено законодательством об охране здоровья граждан, но на практике «потребители табачной продукции не обладают сегодня полной информацией об ингредиентах, содержащихся в потребляемой ими табачной продукции».

На пачках сигарет, как правило, не пишут их состав, но в обязательном предупреждении может содержаться информация, что продукция «содержит системные яды, канцерогенные и мутагенные вещества».

Сергей ФЁДОРОВ.

Диагноз на кончике иглы

Специалисты Нижневартковской окружной клинической больницы впервые провели тонкоигольную биопсию под контролем эндоскопического УЗИ.

Этот передовой метод диагностики позволяет получать образцы тканей из труднодоступных областей организма для последующего гистологического анализа. Такой инновационный подход объединяет в себе технологии эндоскопии и ультразвукового исследования, предоставляя врачам высокую точность и минимальную инвазивность процедуры.

Первое подобное исследование провели пациентке, имеющей новообразование в желудке. Перед врачами стояла задача во время одной процедуры прицельно взять достаточное количество материала и незамедлительно передать в клиническую лабораторию для предварительного анализа.

«Мы ввели эндоскоп пациентке через ротовую полость. Ультразвуковой датчик, встроенный в эндоскоп, позволил визуализировать внутренние органы и выбрать оптимальное место для выполнения биопсии. Затем через канал эндоскопа ввели тонкую иглу, которая под ультразвуковым контролем проникла в целевую ткань», – говорит эндоскопист больницы Армен Оганян.

Такой подход значительно уменьшает риск повреждения окружающих структур и повышает точность взятия образцов. После забора материала он был передан в лабораторию для детального анализа, который позволяет выявить наличие патологических изменений, таких как опухоли, воспалительные процессы или инфекционные заболевания.

«Полученный образец был информативен, через считанные минуты после взятия ткани мы определили, что новообразование в желудке является липомой», – поделилась биолог Татьяна Иванова.

После предварительного цитологического исследования материал обязательно направляется на более тщательную проверку, по результатам которой пациенту будет рекомендовано соответствующее лечение.

Елена ОСТАПОВА.

Нижневартковск.

Сообщения подготовлены корреспондентами
«Медицинской газеты»
(inform@mgzt.ru)

Опыт

Когда инвалидизация отступает

Саратовские специалисты справились с задачей

В Саратовской городской клинической больнице № 1 им. Ю.Я.Гордеева достигнут отличный результат в лечении пациентки с опухолью спинного мозга на шейном уровне при наличии выраженной сопутствующей патологии в пожилом возрасте.

При поступлении в стационар 68-летняя женщина рассказала, что три года назад появились слабость в ногах, затруднение ходьбы, боли в поясничном отделе позвоночника. Тогда специалисты расценили эти симптомы как проявление выраженного остеохондроза, спондилёза, стеноза позвоночника. К сожалению, не было учтено, что эти симптомы могли быть проявлением и других заболеваний, а также проблемой со стороны спинного мозга на другом (шейном, грудном) его уровне.

Из-за этого пациентке провели первую операцию на поясничном отделе позвоночника, однако в связи с появившимися проблемами с металлоконструкцией ей пришлось перенести ещё два вмешательства в той же области.

Улучшения не наступило, продолжала нарастать слабость в ногах, ухудшались навыки самообслуживания. При неоднократных обращениях к врачам ситуация оценивалась как «запущенный» остеохондроз и последствия операции.

В октябре 2023 г. у неё дополнительно появилась слабость в руках, нарушилось движение пальцев, она стала ронять предметы, возникли затруднения при приёме пищи. Только тогда невролог направил её на проведение дополнительного обследования – КТ шейного отдела. После его проведения консультировавший больную нейрохирург заподозрил опухоль на шейном уровне и рекомендовал проведение МРТ, которую пациентка провела только в апреле 2024 г. К этому времени она стала инвалидом: не вставала с кровати вследствие отсутствия движений в правой ноге и выраженной слабости в левой, отмечала грубые нарушения функций рук. Она могла подниматься только с помощью «ходунков» возле кровати.

Во время обхода у постели пациентки (слева направо) Андрей Чехонацкий, Евгений Ковалёв и заведующий отделением экстренной хирургии Пётр Гнилысьев



Во время обхода у постели пациентки (слева направо) Андрей Чехонацкий, Евгений Ковалёв и заведующий отделением экстренной хирургии Пётр Гнилысьев

Зная высокий профессионализм врачей Саратовской городской клинической больницы № 1 им. Ю.Я.Гордеева, для проведения операции пациентка обратилась в нейрохирургическое отделение этого учреждения. При подготовке к операции была осмотрена сосудистым хирургом, который диагностировал флотирующий тромб в правой ноге, связанный с её недостаточным функционированием. Вмешательство пришлось отложить и провести курс антикоагулянтной терапии. После этого больную госпитализировали повторно.

Учитывая высокую сложность операции – расположение сдавливающей спинной мозг опухоли на шейном уровне, её большие размеры (4,0 x 1,5 x 1,5 см), возраст, сопутствующую патологию, операцию выполнил заведующий кафедрой нейрохирургии доктор медицинских наук Андрей Чехонацкий. Вмешательство проводили при положении пациентки на животе – имелся большой риск осложнения при проведении наркоза. Высокий профессионализм анестезиолога Ольги Барановой позволил избежать осложнений во время анестезиологического пособия.

Уже на следующий день после операции пациентка отметила появление «лёгкости» движений в кистях и правой ноге. Через две недели после операции у неё полностью восстановились движения в руках, кистях, обеих ногах. Значительно возросла сила правой ноги.

В настоящее время – через три недели после операции – пациентка самостоятельно быстро встаёт с кровати, обслуживает себя, самостоятельно ест и самое главное – начала ходить без ходунков.

– Достижение такого отличного результата в лечении пациентки с опухолью спинного мозга на шейном уровне при наличии выраженной сопутствующей патологии в пожилом возрасте неразрывно связано с развитием врачебных и лечебно-диагностических возможностей нашей больницы, оказывающей практически все виды специализированной медицинской помощи населению области, – отметил главный врач больницы № 1 им. Ю.Я.Гордеева кандидат медицинских наук Евгений Ковалёв.

Марианна ГОРБУНОВА.

Саратов.

Тенденции

Важный шаг к технологическому суверенитету

Федеральный центр мозга и нейротехнологий ФМБА России и исследовательский центр «Моторика» (резидент технопарка «Сколково») подписали соглашение о создании Центра кибернетической медицины и нейропротезирования.

Кибернетическая медицина объединит в себе компетенции медицины, робототехники и IT. Одним из основных фокусов центра станет нейропротезирование, а именно создание и применение новых типов очувствлённых протезов с обратной связью.

«Нейротехнологии – одно из важнейших научных и высокотехнологических направлений развития современной медицины. Их разработка и внедрение требуют объединённых усилий большого числа разнопрофильных медицинских специалистов (неврологов,

нейрохирургов, реабилитологов, нейрофизиологов, физиков, инженеров). Важно отметить, что отечественные инновационные компании активно включаются в эту работу. Они осознают, что речь идёт не только о перспективном коммерческом рынке, что их разработки могут улучшить жизнь тысяч людей, вернув им утраченные возможности. Наша страна уже является одним из лидеров в области функционального протезирования. Теперь, благодаря союзу ФЦМН ФМБА России и компании «Моторика», мы можем выйти на качественно новый уровень. Такое объединение – государство, наука и бизнес – позволит обеспечить России мировое лидерство в сфере нейротехнологий, в том числе бионического протезирования», – сообщила руководитель ФМБА России Вероника Скворцова.

В Центре кибернетической медицины и нейропротезирования

будут создавать технологии глубокой стимуляции мозга для подавления симптомов болезни Паркинсона, использовать спинальную стимуляцию для подавления нейропатических болей, стимуляцию периферических нервов для подавления фантомных болей и блуждающего нерва для подавления эпилептических приступов, внедрять новые инвазивные и неинвазивные системы нейромодуляции и системы цифровой диагностики физиологического состояния пациентов. Центр займётся нейрореабилитацией и постоперационным ведением пациентов, а также развитием образовательных программ в сфере нейротехнологий. Всё это станет важным шагом для достижения технологического суверенитета современной российской медицины в этой области.

Георгий АЛЕКСАНДРОВ.

Подписка на «МГ» продолжается

К сожалению, расходы на услуги почты, полиграфию, хозяйственные нужды возрастают. И как бы ни хотелось сделать газету более доступной – это непросто, но мы стараемся.

Оставить заявку на оформление подписки можно по 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.

Оплатить подписку можно и онлайн. Платежи по QR-кодам безопаснее.

Отсканируйте
этот QR-код
для оплаты



сбп
система быстрых
платежей

СБЕР БАНК

Ориентиры

Первая в России и вторая в мире

Минздрав России выдал холдингу «Нацимбио» Госкорпорации «Ростех» разрешение на проведение клинических исследований первой в России и второй в мире комбинированной вакцины для профилактики гриппа и коронавирусной инфекции – «Ультрикс Комби». Безопасность и переносимость препарата будут испытывать с участием 370 пациентов.

Разрешение выдано на проведение I-II фазы клинических исследований, в ходе которых предполагается изучить безопасность, иммуногенность и переносимость вакцины. Для получения разрешения на проведение клинических исследований был проведён необходимый объём доклинических исследований согласно международным требованиям.

«Комбинированный препарат профилактического действия позволит отвечать на вызовы, сто-

ящие перед здравоохранением, связанные с контролем над респираторными вирусными заболеваниями. И грипп, и ковид способны в короткие сроки наносить значительный ущерб как экономике, так и здоровью населения. Наш совместный проект с группой «Артген биотех» призван существенно снизить негативные социально-экономические эффекты, создаваемые этими заболеваниями. Мы приступаем к важнейшему этапу работы над вакциной. Двойное слепое плацебо-контролируемое клиническое исследование покажет действие вакцины в организме человека и оценит его эффективность», – рассказал генеральный директор «Нацимбио» Андрей Загорский.

Вакцина «Ультрикс Комби» содержит разработанные холдингом компоненты для защиты от четырёх сезонных штаммов вирусов гриппа, а также компонент, обеспечивающий защиту от вируса

SARS-CoV-2. Антиген для иммунизации от ковида и технологическая платформа, на основе которой создана вакцина, разработаны компаниями группы «Артген биотех» – «Развитие биотехнологий» (РБТ) и «Бетувакс».

Внедрение комбинированной вакцины в календарь прививок сократит суммарные расходы здравоохранения на вакцинацию против гриппа и ковида по отдельности, повысит эффективность вакцинальной кампании и увеличит популяционный иммунитет, что в целом будет препятствовать развитию пандемий. Несмотря на то, что ВОЗ отменила статус пандемии для коронавируса, заболеваемость ковидом находится на высоком уровне, а текущие показатели смертности от ковида превосходят смертность от гриппа, подчеркнул председатель Совета директоров «Артген биотех» Артур Исаев.

Павел БАЛАГИН.

Начеку!

Сайты, торгующие опасными БАДами, — под запрет

Госдума на пленарном заседании приняла в первом чтении правительственный законопроект, который запрещает распространять информацию о розничной продаже биологически активных добавок (БАД), которые, в частности, не имеют маркировки или в отношении которых нельзя проследить их путь попадания на рынок.

Такие ресурсы будут попадать в реестр запрещённых сайтов. Выявлять информацию о розничной торговле БАДов, которые не соответствуют требованиям безопасности, будет Роспотребнадзор. Документом предлагается запретить распространять информацию, содержащую предложения о продаже, в том числе дистанционным способом, биологически активных добавок, «розничная торговля которыми запрещена в соответствии с законодательством о качестве и безопасности пищевых продуктов». Речь идёт о БАДдах, которые являются опасными или некачественными по

органолептическим показателям, не соответствуют представленной информации, не имеют маркировки или товаросопроводительных документов, в отношении которых установлен факт фальсификации или не может быть подтверждена прослеживаемость.

Ранее вице-спикер Госдумы Сергей Неверов отмечал, что биологически активные добавки, которые не соответствуют требованиям безопасности, ещё доступны для покупки онлайн. Обязательная маркировка БАДов была введена с 1 сентября 2023 г.

Согласно пояснительной записке, введение запрета на распространение направлено на создание механизма оперативного принятия мер в отношении биологически активных добавок, не прошедших процедуры оценки соответствия требованиям технического регламента Таможенного Союза.

При этом законопроект разрешает врачам назначать пациентам биологически активные добавки и выписывать на них рецепт. «Медицинские работники вправе назначать

отдельным категориям граждан биологически активные добавки, зарегистрированные и отвечающие качеству и безопасности в соответствии с законодательством РФ, в случае наличия у таких граждан показаний к применению и в соответствии со схемами применения, установленными в методических рекомендациях, утверждённых Минздравом», – говорится в законе. Правительство России наделяется полномочиями по установлению качества БАДов и сырья для их изготовления в зависимости от степени влияния на здоровье человека. Кроме того, правительство сможет устанавливать способы регистрации БАДов, произведённых отечественными производителями, а также особенности применения БАДов на территории Российской Федерации.

Согласно законопроекту, при изготовлении БАДов не допускается использовать продовольственное сырьё, изготовленное с использованием кормовых добавок, стимуляторов роста животных (в том числе гормональных препаратов), отдельных видов лекарственных средств, пестицидов, агрохимикатов и других опасных для здоровья человека веществ и соединений.

Владимир ЧЕРНОВ.

Наше пополнение

Страна возможностей

За 6 лет работы президентской платформы «Россия – страна возможностей» её участниками стали люди из 89 регионов России и 150 стран мира. В частности, на конкурс управленцев «Лидеры России», который проводится по поручению Президента Российской Федерации в рамках данного проекта, за эти годы подано более одного миллиона заявок.

Недавно суперфиналист третьего сезона конкурса управленцев «Лидеры России», победитель в специализации «Наука» Артём Наркевич приступил к работе директором Департамента медицинского образования и кадровой политики в здравоохранении Министерства здравоохранения РФ. Он займётся обеспечением отрасли профессиональными кадрами, совершенствованием медицинского образования.

Одной из первоочередных задач является подготовка федерального проекта «Медицинские кадры». Новому директору департамента

предстоит определить базовые параметры, цели и показатели, которые будут характеризовать достижение общественно полезного результата, обозначенного Президентом страны в рамках послания Федеральному Собранию.

«Кадровый дефицит работников в сфере здравоохранения – это проблема общемировая, поскольку население живёт дольше, уходные технологии совершенствуются, современное оборудование требует от специалистов новых компетенций», – говорит А.Наркевич. – С развитием региона и увеличением его численности также требуется приток врачей и среднего медицинского персонала. Кадровый вопрос многофакторный, наша задача – просчитать потребности регионов на перспективу с учётом их демографической ситуации, географических, экономических условий, ликвидировать разрывы в обеспеченности персоналом между мегаполисами и сельской местностью, восполнить дефицит узких специалистов».

По его словам, эффективность работы систем здравоохранения, качество и доступность оказываемой медицинской помощи населению во многом определяет обеспеченность квалифицированными медицинскими кадрами. Что можно сделать в данном направлении?

«Мы решаем проблему комплексно, начиная с изменения системы образования, улучшения имиджа профессии, условий работы», – рассказывает А.Наркевич. – Обучение по специальностям будет выстраиваться согласно прогнозам потребностей регионов минимум на 10 лет вперёд, сейчас таких прогнозов нет, будем над ними работать. Также помогает развитие телемедицинских технологий. Специалисты будем привлекать повышением оплаты труда за счёт внедрения справедливой системы по всей стране, развития социальных программ, предложения путей профессионального развития».

Алёна ЖУКОВА,
корр. «МГ».

Москва.

Назначения

Кадровая перестановка

Министром здравоохранения Омской области назначен Дмитрий Маркелов. О кадровом решении глава региона Виталий Хоценко объявил на оперативном совещании областного кабинета министров. Таким образом, вакансия, которая образовалась после ухода с поста министра Артёма Наркевича (он перешёл на работу в Москву, в федеральный Минздрав), закрыта.

Как подчеркнул губернатор, Дмитрий Маркелов давно и эффективно работает в сфере здравоохранения. «Уверен, под его началом министерство получит новый импульс развития», – отметил В.Хоценко. Д.Маркелов до нового назначения работал главным врачом онкологического диспансера.

Родом Маркелов из Ханты-Мансийска. Окончил Омскую государственную медицинскую академию (ныне – ОмГМУ). Здесь же с 2002 по 2004 г. проходил обучение на кафедре он-

кологии в клинической ординатуре, затем – очная аспирантура. С 2017 г. – заведующий хирургическим отделением № 1 онкодиспансера. Прошёл обучение в рамках Президентской программы подготовки управленческих кадров, а в январе 2019 г. возглавил клинический онкологический диспансер.

Д.Маркелов отмечен Благодарственным письмом от руководителей и центрального штаба Народного фронта на форуме-выставке к двухлетию фонда «Всё для Победы» за активное участие в оказании всесторонней помощи российским бойцам специальной военной операции и мирным жителям новых и приграничных территорий. В составе врачебной бригады омичей он неоднократно выезжал в зону проведения специальной военной операции, участвовал в оказании медицинской помощи участникам СВО и местным жителям.

Татьяна БЕРЕЗОВСКАЯ,
соб. корр. «МГ».

Омск.

В Ульяновской области — новый министр

Министром здравоохранения Ульяновской области назначена Мария Шалагина. М.Шалагина родилась в селе Загоскино Майнского района Ульяновской области. Окончила Ульяновский государственный университет в 2009 г. по специальности «Лечебное дело», Российскую академию народного хозяйства и государственной службы при Президенте РФ в 2023 г. по специальности «государственное и муниципальное управление».

С 2011 по 2012 г. работала участковым педиатром в детской поликлинике № 4 Ульяновска. С 2012 по 2022 г. исполняла обязанности заместителя главного врача по медицинской части, работала заведующей детской поликлиникой № 4 и заведующей отделом по клинко-экспертной

работе в этом же учреждении. В 2022 г. её назначили главным врачом детской городской клинической больницы Ульяновска, а в декабре 2023 г. приступила к работе в должности первого заместителя министра здравоохранения области.

Юрий ДАНИЛОВ.

Официально

Росздравнадзор напоминает

В связи с аномальной жарой Росздравнадзор напоминает о необходимости соблюдения температурного режима и правил хранения лекарств в аптечных и медицинских организациях.

В связи с установившейся в отдельных регионах России аномальной жарой и повышенной влажностью Росздравнадзор обращает особое внимание медицинских и аптечных организаций на необходимость соблюдения температурного режима в помещениях больниц, поликлиник, фельдшерско-акушерских пунктах, торговых залах аптек, а также соблюдения правил хранения лекарственных препаратов (особенно термолабильных и требующих хранения в «сухом месте»).

Также необходимо уделить особое внимание соблюдению температурного режима в машинах скорой медицинской помощи и необходимости использования специализированного оборудования (изотермические контейнеры с хладоэлементами), обеспечивающего поддержание требуемых температурных ре-

жимов хранения в медицинских укладках выездных бригад скорой медицинской помощи.

Росздравнадзор напоминает, что в соответствии с постановлением Правительства РФ № 547 от 31.03.2022 «Об утверждении Положения о лицензировании фармацевтической деятельности» несоблюдение условий хранения лекарственных средств, в том числе требующих особых условий хранения, относится к грубым нарушениям лицензионных требований.

Нарушение правил хранения лекарственных препаратов приводит к снижению их терапевтических свойств и может создать угрозу жизни или причинить вред здоровью граждан.

Учитывая изложенное, Росздравнадзор рекомендует руководителям аптечных и медицинских организаций усилить внутренний контроль за соблюдением температурного режима в помещениях организаций, обеспечить кондиционирование помещений и соблюдать правила хранения и перевозки лекарственных препаратов, в том числе термолабильных.

Дмитрий ДЕНИСОВ.

Крайне сложный вопрос, какое наказание для медицинского работника за совершённое ятрогенное преступление будет адекватным. Обязательно ли приговор суда должен быть связан с реальным тюремным заключением или же достаточно большого штрафа и временного лишения права на профессию?

Ответ не может быть однозначным, и вот почему. Необходимо уточнить, была ли врачебная ошибка случайной или же оказалась результатом явной халатности доктора; насколько сильно пострадал пациент; признал ли обвиняемый свою очевидную вину или же упорно пытался оправдать себя. Понятно, что суд принимает решение с учётом всех этих факторов, и, честно говоря, в ряде случаев даже с самым суровым приговором в отношении медработника можно согласиться.

Однако, с чем нельзя согласиться, так это с тем, что активные «посадки» врачей способны резко улучшить организацию и качество медицинской помощи. Если руководствоваться данным аргументом и пользоваться данным инструментом наведения порядка (ниже мы покажем на конкретном примере, как судья при вынесении приговора обосновал своё решение именно таким «благим» намерением), можно пойти слишком далеко. Настолько далеко, что вскоре и судить-то будет некого: всех, кто в белых халатах, пересаживают с целью совершенствования отечественной системы здравоохранения.

Пиши-читай жалобы

Никто не спорит – необходимо минимизировать инциденты, возникающие при оказании медицинской помощи. Есть ли для этого способы, альтернативные судебному преследованию врачей? Насколько активно учреждения здравоохранения внедряют элементы системы менеджмента, позволяющие профилировать дефекты организации и оказания медицинской помощи, конфликты с пациентами? Об этом говорили эксперты на XII конгрессе «ОргЗдрав» в рамках сессии, посвящённой врачебным ошибкам.

Согласно информации организаторов форума, экспертиза качества в системе ОМС ежегодно выявляет дефекты в 25% случаев оказания медицинской помощи. В результате лечебным учреждениям выставляются штрафы – совокупно более 11 млрд руб. в год. Естественно, не все эти дефекты ассоциированы с причинением вреда здоровью и жизни пациента. В большинстве случаев речь идёт о таких нарушениях, которые никак не влияют на исход лечения.

Тем не менее факт остаётся фактом: система далеко не идеальна. И её неидеальность стимулирует желание пациентов активно жаловаться во все инстанции от Минздрава и Президента России до Следственного комитета.

Руководитель отдела судебно-медицинских исследований судебно-экспертного центра Следственного комитета РФ (СКР) доктор медицинских наук **Валерий Спиридонов** попытался успокоить участников форума, заверив, что у комитета есть ресурсы для объективных разбирательств в «делах врачей». При этом нет намерения покарать как можно больше медработников.

Руководство СКР ставит перед следователями задачу быть максимально объективными при расследовании ятрогенных преступлений. Для этого необходимо не только иметь представление о специфике врачебной деятельности, но и хорошо знать нормативные акты Минздрава. Для пополнения армии «специалистов по ятрогении» в академии СКР даже организована подготовка следователей по неблагоприятным исходам оказания медицинской помощи. А чтобы комитет справлялся с валом пациентских жалоб, созданы специальные следственные отделы и свои судебно-медицинские центры.

Статистика обращений граждан в СКР по поводу неудовлетворённости качеством медицинской помощи, конечно, не радует. За последние пять лет их поступило около 6 тыс. Из этого количества две трети обращений получили отказ по результатам проверок, только в одной трети случаев возбуждены уголовные дела. До суда ежегодно доходит в среднем около 170 уголовных дел в отношении медработников.

Так что в целом ситуация, по выражению В.Спиридонова, стабильная. Население пишет заявления

Медицина и правосудие

О справедливости наказания

Лишить врача свободы – лучший способ улучшить систему здравоохранения?



на врачей регулярно и в больших количествах. В то же время количество «посадок» резко не растёт. И на том, как говорится, спасибо.

Цена бездействия

«Врачебная ошибка» – едва ли не самая diskutабельная фраза и самый мощный раздражитель в медицинском сообществе. Когда она используется необоснованно, это действительно обидно: неблагоприятный исход лечения возможен вовсе не потому, что врач что-то сделал не так. Тем не менее нельзя полностью отрицать возможность ошибки в решениях и поступках врача. Но и в этом случае необходимо дифференцировать непреднамеренный, случайный дефект и проявление явной небрежности. Более того, ошибкой может быть как действие, так и бездействие врача.

Именно о таком ятрогенном преступлении – когда врач не сделал то, что должен был сделать, и это привело к трагическим последствиям, – рассказал преподаватель кафедры судебной медицины Российского университета дружбы народов, адвокат, медицинский юрист и судебно-медицинский эксперт, кандидат медицинских наук **Руслан Калинин**.

Уголовное дело расследовалось в отношении двух докторов, оно было связано с одной и той же смертью в больнице. Фабула такова: ребёнок поступает в приёмное отделение с клиникой острого бронхита и признаками дыхательной недостаточности. Его госпитализируют. Затем происходит критическое падение

сатурации, которое в дальнейшем повторяется. Пациента, хоть и с некоторым опозданием, переводят в отделение реанимации. К сожалению, всё закончилось летальным исходом в результате того, что больной не был своевременно подключён к аппарату ИВЛ. Это не было сделано потому, что не проводился надлежащий клинический, физикальный мониторинг, контроль газов артериальной крови и т.д.

Расследование показало, что никаких проблем в лечебном учреждении, которые не позволяли анестезиологу оказать пациенту необходимую помощь, не было. И необходимый штат сотрудников, и оборудование имелись. Причиной трагедии стал пресловутый человеческий фактор.

Следственные органы запросили детализацию телефонных звонков

сообществе рассуждают так: если врачей слишком активно преследовать, тем более в уголовном порядке, то они начнут бояться проводить медицинские вмешательства. На самом же деле в большинстве случаев врач судят как раз не за действия, а за бездействие, – говорит Р.Калинин.

Кстати, эксперт обратил внимание на наказание, вынесенное судом анестезиологу – реальное лишение свободы. Вопреки распространённому в медицинской среде заблуждению, столь строгое наказание врачам назначается за профессиональные ошибки очень редко. За много лет таких случаев единицы.

Как уже сказано, по данному факту попала под уголовное преследование педиатр той же больницы. И по той же 238-й статье УК

медицинской помощи предписывают определённые действия, то они должны быть выполнены правильно и своевременно. В противном случае возникает риск юридической ответственности. Привычная парадигма, будто лучше ничего не делать, лишь бы не навредить, в условиях стандартизации медицинской помощи претерпевает трансформацию. Бездействие медработника точно так же может образовывать состав преступления, как и действие, – подчеркнул Р.Калинин.

За мораторием не спрячешься

Самодисциплина медработника – конечно, важное условие минимизации количества неблагоприятных исходов лечения. И

всё-таки без внешнего контроля не обойтись. Как его проводить, если государство оберегает покой не только бизнеса, который умоляет «не кошмарить» себя, но и учреждений здравоохранения?

– Мораторий на государственный контроль и надзор, введённый постановлением Правительства РФ № 336, устанавливает, что плановые проверки проводятся только в отношении медицинских организаций, относящихся к крайне высокому и высокому классам риска. Таких в стране лишь 280 из 96 400 лечебных учреждений. То есть в 280 учреждениях могут быть плановые проверки, а все остальные находятся в зоне моратория, – напомнил замначальника Управления организации государственного контроля качества оказания медицинской помощи и надзору Росздравнадзора **Сергей Ковалёв**.

Что же касается внеплановых проверок, они всегда проводились по юридическим основаниям – причинение вреда жизни и здоровью пациента. По выражению эксперта, проверяющие «бежали за событием»: неприятность уже случилась, после чего представители Росздравнадзора выходили на внеплановую проверку и фиксировали нарушения при оказании медицинской помощи.

– Странная логика, согласитесь? Тогда как наиболее перспективная задача – не допустить негативные события. Именно поэтому Росздравнадзор изменил тактику: мы переходим от плановых проверок учреждений здравоохранения к рискориентированному контролю. Иными словами, от фиксации уже случившихся негативных фактов в системе оказания медицинской помощи к их предупреждению, – пояснил С.Ковалёв.

С особым тщанием проверяются те лечебные учреждения, где складывается потенциально высокая вероятность нежелательных событий. Как её устанавливают? Для определения риска используются 5 индикаторов. Вот их перечень: рост основной летальности в данном учреждении на 2% за год; рост летальности от ОНМК на 2% за год; снижение выявления онкологических заболеваний на I-II стадиях на 3% за год; увеличение числа расхождений клинического и патологоанатомического диагнозов на 10% за квартал; увеличение числа экспертиз качества медицинской помощи с нарушением стандартов на 10% за квартал.

В скором времени, по словам эксперта, индикаторов станет более 20. Но уже сегодня, после проверок всего по пяти пунктам, эффективность такого подхода очевидна.

РФ – «Оказание услуг, не отвечающих требованиям безопасности жизни и здоровья потребителей». Если анестезиолог был обвинён в том, что его бездействие привело к смерти пациента, то педиатр в том, что её бездействие создало опасность. Адвокатам врача удалось доказать, что фактов умышленного уклонения от исполнения своих обязанностей в её действиях не было. Дефекты, которые допущены при оказании помощи пациенту, в целом являются следствием недооценки педиатром состояния здоровья ребёнка по неосторожности, а не в результате умышленного преступного бездействия. Ведь, как следует из заключения СМЭ, при поступлении ребёнка в стационар рентген не показал пневмонии однозначно. Достоверно она была диагностирована уже после того, как пациента перевели в отделение реанимации. В итоге суд вынес педиатру оправдательный приговор.

Какие выводы делает юрист? Бездействие врача в клинической ситуации, когда он обязан действовать, влечёт точно такую же юридическую ответственность, как и ошибочные действия. Субъективная недооценка тяжести состояния пациента в юридической практике обычно расценивается как вина в форме неосторожности, тогда как сознательное уклонение от исполнения своих профессиональных обязанностей может рассматриваться как преступный умысел.

– Обращаю внимание врачебного сообщества на то, что необходимо соблюдать нормативную базу при оказании медицинской помощи пациентам. Если клинические рекомендации или порядки оказания

анестезиолога в рабочее время и разобрали его интернет-трафик. Оказалось, что доктор на протяжении нескольких часов занимался решением квартирного вопроса и потому не уделял должного внимания пациенту. Надо ли говорить, что это само по себе чудовищное обстоятельство, оправдать которое невозможно ничем?

Судебно-медицинская экспертиза пришла к выводу: в данном клиническом случае был возможен благоприятный исход, если бы анестезиолог вовремя сделал то, что должен был сделать. Это принципиально важный акцент. Часто доктора рассуждают так: если пациент поступил в стационар в жизнеугрожающем состоянии и умер, то почему виноваты медики? Человек же не по вине врача заболел. Руслан Калинин предупредил: возможно, когда-то правоохранительные органы смотрели на подобные ситуации именно так. Сейчас они смотрят иначе: здоровому человеку врач не требуется.

Суд вынес анестезиологу приговор о виновности по ч. 2 ст. 238 УК РФ и определил наказание – 4 года лишения свободы, лишение права заниматься врачебной деятельностью в течение 2 лет 6 месяцев. В дополнение по гражданскому иску решено взыскать с больницы в пользу родителей ребёнка 2 млн 470 тыс. руб. в качестве компенсации морального и материального вреда. Обвинительный приговор устоял во всех судебных инстанциях, несмотря на попытки адвокатов врача изменить его.

– Обычно при обсуждении уголовных дел в отношении медработников в профессиональном

– Почти 97% контрольных проверок по индикаторам риска выявили серьёзные нарушения обязательных требований в медицинских организациях. Для сравнения: другие виды контроля обычно выявляют нарушения только в 60-70% случаев, – отметил С.Ковалёв.

Вина всегда общая

Вот две красивые фразы. Первая: «Человеку свойственно ошибаться». Вторая: «У врача нет права на ошибку». Какое утверждение верно? Как говорится, спросите что полегче.

Генеральный директор Национального института качества Росздравнадзора, доктор медицинских наук, профессор **Александр Запольский** допускает возможность, но не право доктора ошибаться.

– Врач может допускать ошибки на фоне усталости, стресса. Недостаточный уровень профессиональной подготовки также приводит к ошибкам. Организация труда медработника, если в ней есть дефекты, создаёт условия для совершения ошибок. При этом нет одного виновного, виновата вся система: кто обучал врача, кто проверял его знания и принимал на работу, кто организовывал рабочие процессы в клинике. Нужно правильно выстраивать всю систему оказания медицинской помощи, вместо того чтобы каждый раз наказывать какого-то одного человека, – сформулировал свой взгляд на проблему профессор А.Запольский.

Он напомнил, что безопасность медицинской деятельности достигается при управлении рисками. Важное условие: чтобы предотвратить повторение неблагоприятных событий в будущем, необходимо проводить мониторинг нежелательных событий в настоящем, непременно фиксировать их и разбирать до мелочей, а не пытаться скрыть. Только в этом случае можно будет свести предотвратимые нежелательные события к нулю и снизить риск непредотвратимых событий до приемлемого уровня.

Есть практические рекомендации Росздравнадзора по организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности. Они разработаны по всем направлениям: стационар, поликлиника, лаборатории и т.д. В настоящее время в реализации практических рекомендаций Росздравнадзора участвуют около 500 медицинских организаций в 62 субъектах РФ. Остальные пока либо не включились в эту непростую, но крайне важную работу, либо используют какие-то иные системы менеджмента качества.

Лучше признать, чем утаить

Итак, система управления качеством предлагает медицинским организациям самим добровольно фиксировать, условно говоря, все случаи забытых в животе салфеток, все эпизоды внутрибольничных инфекций и других серьёзных происшествий. Как показала практика, разброс в результатах колоссальный. У кого-то категорический ноль: лечебные учреждения декларируют тем самым, что у них ошибок нет и быть не может. У кого-то цифры более-менее соответствуют общемировым.

Самая большая сложность на этом пути – переломить психологическое сопротивление, мешающее создать культуру безопасности в лечебном учреждении. Руководители и сотрудники должны перестать бояться говорить про «забытые салфетки». Ведь если они не будут об этом говорить, то так и продолжат их забывать, считает главный врач Красноярской краевой клинической больницы **Егор Корчагин**. Следует сказать, что Красноярская ККБ – в числе лидеров по менеджменту качества в российском здравоохранении.

– Чтобы действительно добиться позитивных изменений, нужно прежде всего научиться замечать то,

что делается плохо. Анестезиолог в рабочее время постоянно разговаривал по телефону, решал свои личные задачи, и никто не обратил на это внимание, никто ему не сделал замечание. Как такое возможно? – недоумевает Е.Корчагин. Имея за плечами большой опыт, он настаивает: медицинским организациям необходимо научиться выявлять проблемы, анализировать их и принимать меры для предотвращения новых нежелательных событий. Инструментов для этого много. К ним относятся стандартизация рабочих процессов, внутренние протоколы межотделенческого взаимодействия, образовательные мероприятия по улучшению профессиональных навыков как отдельного врача, так и всей команды. Наконец, коммуникативно-психологическая работа в коллективе.

Очень важно вовлекать в работу всех сотрудников, формировать в учреждении культуру качества и безопасности медицинской деятельности. По словам эксперта, лечебные учреждения, которые используют инструменты управления качеством, со временем пропитываются идеологией постоянных улучшений. Однако сегодня присоединение к «клубу борьбы за качество» скорее добровольное, чем обязательное. Есть примеры, когда в субъекте Федерации происходит массовое внедрение таких технологий: Приморский край, Татарстан, Тюменская область. А есть регионы, где только одна-две больницы вовлечены в данный процесс. Хорошо ли это?..

«Врач-рецидивист»

В завершение работы секции по врачебным ошибкам Е.Корчагин вернул участников конгресса «ОргЗдрав» к теме, которая вполне может стать предметом отдельной философской дискуссии – о соразмерности ятрогенного преступления и наказания. Нужно ли врачам, по явной вине которых произошла смерть пациента, непременно отправлять за решётку?

– В качестве примера давайте рассмотрим тот случай из судебной практики, о котором рассказывал медицинский юрист. Я нашёл текст приговора, вынесенного судом анестезиологу. Вот одна фраза из него: «В целях восстановления социальной справедливости, исправления гражданина Н. и предупреждения совершения им новых преступлений необходимо назначить наказание в виде лишения свободы, поскольку менее строгий вид наказания не обеспечит достижения указанных целей». То есть лишение врача свободы, по мнению правоохранительной системы, должно привести к улучшениям в системе оказания медицинской помощи? Мне кажется, надо серьёзно подумать, насколько это соответствует ожидаемому результату, – обратился Е.Корчагин к аудитории.

Действительно, есть над чем задуматься. Со стремлением суда восстановить социальную справедливость более-менее можно согласиться. Наверное, часть медработников встанет на сторону родителей, которые потеряли ребёнка по вине врача и навсегда останутся безутешны в своём горе, а последний будет наслаждаться жизнью на свободе.

С чем сложно согласиться, так это с уверенностью судьи, будто доктор, которого не закрыли в камере, непременно станет рецидивистом и продолжит убивать пациентов.

И уж точно «посадка» отдельного медработника не повлияет на общий порядок в отрасли. Во всяком случае до тех пор, пока врачебное сообщество, регулятор и законодатели не консолидируются для решения задачи если не довести здравоохранение до полного идеала, то хотя бы приблизиться к нему.



Елена БУШ,
обозреватель «МГ».

Новые подходы

Качественно иной эффект

Первый пациент получил лекарство от мышечной дистрофии Дюшенна в НИКИ педиатрии и детской хирургии им. Ю.Е.Вельтищева

Специалисты Научно-исследовательского клинического института педиатрии и детской хирургии им. Ю.Е.Вельтищева Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И.Пирогова первыми в России начали проводить генозаместительную терапию пациентов с мышечной дистрофией Дюшенна препаратом элевидис. Первым в стране пациентом, получившим лекарство, стал 5-летний мальчик из Когалыма.

Болезнь развивается только у мальчиков – приблизительно у одного из 5 тыс. В среднем ещё до 13-летнего возраста большинство пациентов теряют способность самостоятельно ходить, со временем развиваются жизнеугрожающие кардиомиопатия и дыхательная недостаточность. Клинический дебют прогрессирующей мышечной дистрофии Дюшенна, как правило, происходит в возрасте 4-5 лет – до этого болезнь не даёт о себе знать. Раньше мышечную дистрофию Дюшенна нельзя было вылечить, врачи могли лишь замедлить прогрессирование заболевания с помощью гормональной терапии.

Впервые мальчик был госпитализирован в НИКИ им. Ю.Е.Вельтищева для обследования в декабре 2023 г. Его болезнь началась с появления чрезмерной усталости при обычных нагрузках. Он наблюдался у разных врачей, но диагноз удалось поставить лишь спустя три года.

Об эффективном препарате семья узнала благодаря благотворительному фонду «Гордей», а получить его помог фонд «Круг добра».

«На данный момент симптомы заболевания у Льва практически незаметны, – подчёркивает лечащий врач пациента кандидат медицинских наук О.Шидловская. – Это очень хорошо, потому что лечение, начатое до проявления симптомов, будет иметь наибольший успех.

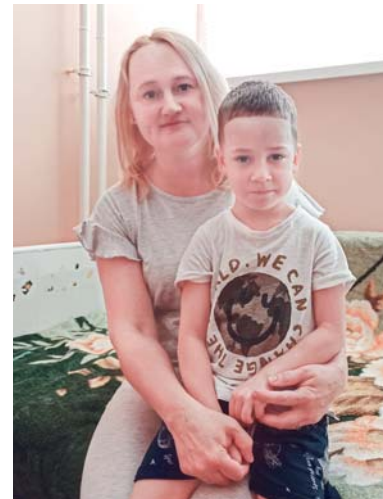
Лёва уже получает гормональную терапию, но от нового препарата мы ожидаем качественно иной эффект».

Благодаря фонду помощи детям с тяжёлыми и редкими заболеваниями «Круг добра» больным с мышечной дистрофией Дюшенна доступны несколько препаратов патогенетической терапии. Это препараты, которые из-за особенностей генетических поломок в гене дистрофина показаны и могут быть назначены лишь примерно трети пациентов. Элевидис – первый в мире препарат однократного введения не просто патогенетической, а именно генозаместительной терапии.

«Препарат способствует выработке белка дистрофина, который необходим для функционирования мышечной ткани и способствует стабилизации мышечной мембраны, – отмечает заведующая детским психоневрологическим отделением № 2 института кандидат медицинских наук С.Артемова. – Препарат новый, поэтому длительность наблюдения за пациентами на сегодняшний день составляет не более 5 лет, но мы надеемся, что препарат даст эффект и на больший срок».

Элевидис должен значительно расширить когорту детей с мышечной дистрофией Дюшенна, для которых есть патогенетическое лечение. Препарат открывает новую страницу в лечении миодистрофии, которая ещё недавно была смертельно опасным генетическим заболеванием мальчиков. По итогам клинических исследований препарат показал безопасность и значимую эффективность для детей в возрасте от 4 до 5 лет включительно.

Россия – одна из первых стран, где стал доступен элевидис. Введение нового дорогостоящего генозаместительного препарата стартовало в трёх федеральных медицинских центрах: в НИКИ им. Ю.Е.Вельтищева и РДКБ РНИМУ



им. Н.И.Пирогова, а также в НИИЦ здоровья детей.

У специалистов НИКИ им. Ю.Е.Вельтищева богатый опыт работы с пациентами с прогрессирующей мышечной дистрофией Дюшенна. На базе института функционирует единственный в стране детский научно-практический центр нервно-мышечной патологии, где ведущие эксперты проводят консультации и помогают предотвратить осложнения у пациентов с различными нервно-мышечными заболеваниями. Так, институт при поддержке фонда «Круг добра» проводит генозаместительную терапию спинальной мышечной атрофии. Нервно-мышечные заболевания оказывают влияние на весь организм ребёнка, поэтому в институте сформировалась мультидисциплинарная команда. Невролог, как правило, является координатором. Пациенты получают помощь кардиолога, пульмонолога, ортопеда, специалиста по реабилитации, эндокринолога, рентгенолога, офтальмолога. Все они принимают участие в обследовании и дальнейшем лечении детей.

Иван ГЕОРГИЕВ.

Наши коллеги

Инфекционные болезни – вызовы времени

Специалисты Ставропольской краевой специализированной клинической инфекционной больницы приняли участие в 10-м юбилейном конгрессе Евро-Азиатского общества по инфекционным болезням, который прошёл в Санкт-Петербурге и был приурочен к 300-летию Российской академии наук.

«Освящение» медицинского форума международного значения юбилеем РАН не случайно: болезни, в том числе и инфекционные, предъявляют новые вызовы времени, и противостоять им без участия медицинской науки невозможно. Ставропольские медики из выше-названной клинической больницы в своей деятельности постоянно находятся на стыке науки и практики, применяя современные методики и наработки научного сообщества.

Главный специалист Министерства здравоохранения края по инфекционным болезням у детей доцент кафедры пропедевтики детских болезней Ставропольского ГМУ Наталья Яценко представила вниманию участников конгресса доклад на тему «Клиническая характеристика дельта-варианта коронавирусной инфекции у детей в Ставропольском крае». Тема доклада продиктована временем.

Так, в интервью «МГ», Н.Яценко рассказала, что никогда не забудет



утро 20 марта 2020 г., когда как гром среди ясного неба прозвучала новость о первом подтверждённом случае новой коронавирусной инфекции (COVID-19) в регионе и формировании госпиталя на базе краевой инфекционной больницы. «Вся смена, заступившая на дежурство этим утром, уже не ушла домой, а осталась работать в госпитале на 14 дней, больницу закрыли на карантин, – говорит Н.Яценко. Нашей задачей тогда стала работа в совершенно новых условиях – с особо опасной инфекцией и ле-

чение контактных пациентов, с подозрением и подтверждённой новой коронавирусной инфекцией. Приходилось привыкать работать в новых условиях, часами находиться в защитных костюмах...»

Возвращаясь к теме конгресса, необходимо заметить, что трёхдневная программа мероприятия затронула научные направления в области диагностики, профилактики и лечения кори, гепатитов, гриппа, ОРВИ и ВИЧ-инфекции, бактериальных инфекций, микозов, тропических и паразитарных болезней. Особое внимание было уделено терапии госпитальных инфекций, проблеме резистентности возбудителей и рациональной антимикробной химиотерапии.

Одной из ключевых тем также стало осознание как состоявшегося факта «эпохи вирусной непредсказуемости». Медицинское сообщество сталкивается с новыми вызовами, которые требуют непрерывного обмена знаниями и опытом. Участники конгресса подчеркнули важность междисциплинарного подхода и международного сотрудничества в борьбе с инфекционными заболеваниями.

Рубен КАЗАРЯН,
соб. корр. «МГ».

Ставропольский край.

Фото автора.

Съезд проходил в здании Чувашского государственного академического драматического театра им. К.В.Иванова, что придавало мероприятию театральную праздничность. Пленарное заседание открыл главный врач Федерального центра травматологии, ортопедии и эндопротезирования (ФЦТОЭ) в Чебоксарах профессор РАН Николай Николаев. Возглавляемый им центр был организатором съезда, в работе которого очно участвовало более 400 специалистов из более 20 регионов России и около тысячи подключались к онлайн-трансляции. Как отметил сенатор Николай Владимиров, за 15 лет, прошедшие с момента основания центра, здесь восстановили здоровье более 108 тыс. больных. Приветствуя участников съезда, вице-премьер правительства и министр здравоохранения Чувашии Владимир Степанов подчеркнул важность работы травматологов-ортопедов. В онлайн-режиме прозвучали поздравления президента Ассоциации травматологов-ортопедов России (АТОР) академика РАН Геннадия Котельникова (Самара).

15 лет прооперировано 72 тыс. больных. За прошлый год было выполнено более 6 тыс. эндопротезирований тазобедренного и коленного суставов. Что касается результатов, то они сопоставимы с данными Шведского регистра артропластики (интервью с Н.Николаевым читайте в ближайших номерах «МГ»).

Возвращение в строй

Актуально прозвучал доклад главного травматолога Мин-

щи на этапы в зависимости от линии соприкосновения с фронтом. Впервые оказание ранней специализированной помощи осуществляется в приграничных больницах Минздрава группами усиления из врачей центральных военно-медицинских организаций (ЦВМО). Впервые проводится массовая авиамедицинская эвакуация в ЦВМО раненых с повреждениями опорно-двигательного аппарата для оказания высокоспециализированной помощи. Впервые после ВОВ ис-

ная система реабилитации, включающая протезирование и ортезирование. Необходимы оценка реабилитационного потенциала больного по стандартным шкалам и реабилитационный диагноз по Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ), одобренной ВОЗ. Введена трёхлетняя бюджетная ординатура по медицинской реабилитации.

Секционные заседания были посвящены детской ортопедии, хирургическому лечению патоло-

Флагманы специальности

На съезде присутствовали руководители всех четырёх национальных медицинских исследовательских центров травматологии и ортопедии. Директор НМИЦ ТО им. Н.Н.Приорова, главный специалист травматолог-ортопед Минздрава России, профессор РАН Антон Назаренко выступил с докладом о перспективных технологиях в травматологии и ортопедии. Таковыми названы роботизированная хирургия и искусственный интеллект, иммерсивные технологии, интернет вещей и цифровая экосистема, регенеративная медицина и тканевая инженерия, аддитивные технологии и биопринтинг, нанотехнологии. Появились «умные» имплантаты для эндопротезирования тазобедренного и коленного суставов, а также межпозвоночных дисков.

Директор НМИЦ ТО им. Р.Р.Вредена (Санкт-Петербург) и вице-президент АТОР член-корреспондент РАН Рашид Тихонов рассказал о ревизионном эндопротезировании тазобедренного сустава. Основными причинами его является асептическое расшатывание протеза, фреттинг-коррозия и перипротезная инфекция. Отмечается нарастающая частота перипротезной инфекции, большое число ранних ревизий, увеличение числа малых ревизий из-за роста популяции больных с длительно функционирующими искусственными суставами, болевой синдром на фоне реакции на материалы эндопротеза, большая доля тяжёлых ревизий ввиду отсутствия системы наблюдения за оперированными больными, рост числа больных со значительными анатомическими нарушениями вследствие многократных ревизий. Для снижения числа ранних ревизий необходима прежде всего адекватная оценка возможностей стационара и хирурга.

Директор НМИЦ детской ТО им. Г.И.Турнера (Санкт-Петербург) член-корреспондент РАН Сергей Виссаронов говорил о современных технологиях лечения детей с травмами и заболеваниями опорно-двигательного аппарата. Инновационным направлением является разработка и создание ортезов, функциональных аппаратов и корсетов, и средств технической реабилитации. Эти технологии могут быть частью предоперационной подготовки детей с контрактурами и деформациями конечностей и патологией позвоночника, а также вспомогательным этапом послеоперационного лечения. С целью выбора оптимального варианта операции применяются технологии компьютерного моделирования и прототипирования, а в ходе операции используются аддитивные технологии и навигационное оборудование.

Главный специалист травматолог-ортопед Минздрава России по Приволжскому федеральному округу кандидат медицинских наук Вячеслав Митрофанов (Приволжский исследовательский медицинский университет, Нижний Новгород) обрисовал состояние и перспективы травматолого-ортопедической службы ПФО, занимающего 6% территории страны, где проживает пятая часть её населения. За 30 лет оно сократилось на

Проблемы и решения

Перекрестный огонь

В Чебоксарах состоялся II съезд травматологов-ортопедов Приволжского федерального округа



Президиум съезда

3 млн. Сюда входит 14 субъектов РФ, в каждом из которых есть свой главный специалист. В ПФО не хватает 610 травматологов-ортопедов (т.е. около 20% от 3160, положенных по штатному расписанию). Для преодоления дефицита кадров предлагается материальное стимулирование, возвращение интернатуры, введение системы наставничества, формирование общественного мнения и т.д. Предлагается также пересмотреть существующие порядки оказания медицинской помощи. Сейчас по нормативам на одного травматолога-ортопеда приходится 17 стационарных коек (предлагается уменьшить до 1 : 10), на медицинскую сестру перевязочной – 40 коек. Отсутствует единая автоматизированная система сбора данных о работе травматолого-ортопедической службы. В резолюции I съезда травматологов-ортопедов ПФО, состоявшегося в мае 2022 г. в Нижнем Новгороде, рекомендовано создать на базе НМИЦ ТО им. Н.Н.Приорова единую многопрофильную комиссию для обсуждения и подготовки рекомендаций по реформированию травматолого-ортопедической службы РФ, что и было сделано.

Доклад Н.Николаева был посвящён артропластике крупных суставов в ПФО. Расчётная ежегодная потребность эндопротезирования крупных суставов составляет 27 на 10 тыс. населения, то есть около 300 тыс. операций. Выполняется в три раза меньше. В ФЦТОЭ создан регистр артропластики, согласно которому за

обороны и начальника кафедры военной травматологии и ортопедии ВМА им. С.М.Кирова (Санкт-Петербург) профессора Владимира Хоминца «Этапное лечение раненных в конечности в условиях современной войны». Особенностями современной войны является длинная линия фронта, высокоточное дальнобойное оружие с массивным и массовым поражающим действием, большое количество раненных, поступающих одномоментно, применение беспилотников, страдание мирного населения. В структуре повреждений доминируют (90%) осколочные и минно-взрывные. Более половины раненных в конечности имеют множественные и сочетанные повреждения, более 10% составляют ампутации конечностей. На передовых этапах погибает 15-20% раненых, до 30% выживших становятся инвалидами. Возвращается в строй не более половины раненных. Что предстоит решить? Создать кадровый резерв и запас материальных средств на случай «большой войны», расширить подготовку гражданских врачей по вопросам оказания помощи раненым. Основой оказания медицинской помощи раненым в конечности является квалифицированная хирургическая помощь (orthopedics damage control), включающая раннее лечение шока и коррекцию регионарного кровообращения, хирургическую обработку раны и стабилизацию перелома внешним фиксатором. Многие в условиях СВО сделано впервые. Впервые произведено разделение помо-

пользуются санитарные поезда. «Первичная хирургическая обработка (ПХО) – главная операция на войне!», – подчеркнул докладчик. Она должна быть адекватной и берегающей. Огнестрельная рана не зашивается. Обязательным лечением огнестрельных переломов является активное лечение раны (повторные хирургические обработки каждые 24-72 часа, использование вакуумного дренажа (VAC-терапия), раннее (до 3 недель) закрытие дефектов мягких тканей местными лоскутами, использование техники острого укорочения и деформации при мягкотканых дефектах). Окончательная фиксация выполняется только в специализированных отделениях ЦВМО. Травматологам необходимо правильно выполнять ПХО, владеть навыками по пластическому закрытию дефектов покровных тканей, осуществлять адекватную стабилизацию костных отломков аппаратами внешней фиксации, изучить технологию последовательного остеосинтеза, знать техники ампутаций конечностей, усвоить особенности реабилитации раненных в конечности.

Особенностью съезда была отдельная секция по медицинской реабилитации в травматологии и ортопедии. На пленарном заседании выступила главный специалист по медицинской реабилитации Минздрава России и ФМБА профессор Галина Иванова (Москва). Медицинская реабилитация является неотъемлемой частью травматолого-ортопедической помощи. В стране создана трёхэтап-

гии крупных суставов, сестринскому делу и т.д. Подробнее хотелось бы остановиться на секционном заседании «Современные технологии в хирургическом лечении травм и заболеваний позвоночника». Оно было необычно, так как использовался новый формат – кроссфайер (от английского crossfire – перекрестный огонь). Каждый из двух экспертов докладывал пять минут сложный кейс на заданную тему, а затем они в течение пяти минут атаковали друг друга. Поскольку эксперт заранее не знал кейсы противника, нужно было моментально ориентироваться в ситуации и дать критическую оценку его действиям.

Доктор медицинских наук Александр Кулешов – кроссфайер (от английского crossfire – перекрестный огонь) выступил с кратким и впечатляющим сообщением о лечении спондилолиза и спондилолистеза L5 позвонка с использованием индивидуальных имплантатов. За 11 лет было сделано 27 операций по поводу спондилолиза – врождённого дефекта межсуставной части дужки позвонка. Имплантировались кастомизированные металлоконструкции, позволяющие сократить время операции, обеспечить лучшую контракцию в зоне спондилолиза, выполнить редукцию при спондилолистезе I степени и сохранить подвижность в сегменте. Все оперированные больные вернулись в спорт, что было наглядно продемонстрировано на видео.

Что может главный внештатный специалист?

В рамках съезда состоялся «круглый стол» главных специалистов травматологов-ортопедов по организации травматолого-ортопедической помощи в ПФО. Профессор Александр Очкуренко (НМИЦ ТО им. Н.Н.Приорова) рассказал о роли национальных медицинских исследовательских центров в обеспечении травматолого-ортопедической помощи в регионах страны. В 2022 г. в них пролечено свыше 46 тыс. больных, из которых более половины – иногородние, проведено 45 тыс. операций и 4,3 тыс. консультаций с применением телемедицинских технологий, причём 20% проконсультированных пациентов должны быть госпитализированы в НМИЦы, проведено 31 выездное мероприятие. Такие мероприятия служат механизмом обратной связи с учреждениями практического здравоохранения на местах. Одной из целей является оценка качества оказания медицинской помощи по профилю «травматология-ортопедия» в курируемых НМИЦ субъектах РФ и подготовка предлуженных по её улучшению. Накануне съезда профессора Александр Очку-

ренко и Эдуард Солод (НМИЦ ТО им. Н.Н.Приорова) побывали в травмоцентрах 3-го уровня (Республиканской клинической больницы и больнице скорой медицинской помощи в Чебоксарах) и травмоцентре 2-го уровня (Канашском межтерриториальном медицинском центре – КММЦ). Было рекомендовано оснастить учреждения 3-го уровня недостающей аппаратурой (С-дуга, артроскопическая стойка, силовое оборудование). Особое внимание следует уделить преодолению дефицита специалистов по профилю «травматология и ортопедия» и «нейрохирургия». Заведующему отделением сочетанной травмы и нейрохирургии в БСМП 46 лет. Врачей моложе его там нет. Здание, построенное в 1972 г., требует ремонта. Наладить чёткую внутрибольничную маршрутизацию пациентов в этих условиях невозможно. Нейрореанимации нет, гнойные и чистые больные лежат рядом. Нет ни датчиков внутричерепного давления, ни электротрепана. Костнопластическая трепанация черепа не выполняется (только резекционная). В 2025 г. планируется начать строительство нового здания РКБ, куда войдёт БСМП, но до его открытия пройдёт не менее 5 лет, а ситуацию требуется исправлять уже сегодня. Об этом откровенно говорилось на совещании по результатам выездного организационно-методического мероприятия в Минздраве Чувашской республики (ЧР) с участием первого заместителя министра здравоохранения республики Владимира Гладнева и главного специалиста травматолога-ортопеда Минздрава республики Олега Углева. В Чувашии есть своя автоматизированная информационная система, но она не интегрирована в общероссийскую. Как и во многих других подшефных регионах, больным с низкоэнергетическими переломами травматологи не ставят диагноз «остеопороз» и не назначают базовое лечение, нет регистра для контроля инфекционных осложнений эндопротезирования.

Выступивший на «круглом столе» главный специалист травматолог-ортопед Оренбургской области Дмитрий Пупынин остановился на особенностях и проблемах маршрутизации травматологических больных. В области с населением более 1,8 млн человек, протянувшейся на тысячу километров с запада на восток, ежегодно регистрируется около 200 тыс. травм, имеется три травмоцентра 3-го уровня, увеличивается число больных с политравмой.

Обсуждалось и обеспечение контроля качества оказания травматологической помощи. Например, в Германии существует централизованная система сертификации клиник. Как отметил А.Назаренко, хирургические осложнения – суррогатный маркер качества клиники. Об этом надо откровенно говорить, а не уподобляться Брежневу из известного анекдота: «Задрапируйте окна и раскачивайте вагон – будем делать вид, что едем...».

Кратким опытом с аудиторией поделился Дмитрий Кудашев, недавно назначенный главным специалистом травматологом-ортопедом Самарской области. Правовой статус главного внештатного специалиста непонятен. С одной стороны, – главный, а с другой – внештатный. У него нет юридически закреплённых полномочий. Его работа не оплачивается и сводится к представлению отчётов в Минздрав. Где брать информацию, если базы данных закрыты? Влиять на главного врача главный внештатный специалист тоже не может. Например, в Самарской области в одной больнице имеется

17 травматологических коек, где работает один травматолог, но объединить их с расположенным по соседству полноценным 40-кочным отделением другой больницы без согласия главного врача невозможно.

Обеспечиваем качество жизни

Директор НМИЦ ТО им. Р.Р.Вредена профессор Рашид Тихилов поделился с корреспондентом «МГ» впечатлениями от съезда.

– Рашид Муртузалиевич, что изменилось за два года после I съезда травматологов-ортопедов ПФО?

– Надо понимать, что наша специальность очень быстро развивающаяся, и без постоянного общения между коллегами невозможно представить себе какой-то прогресс, тем более в условиях, когда возможности общения с зарубежными коллегами стали меньше. Поэтому нужно более тесно общаться, дабы более эффективно использовать те технологии, которые появляются, которые апробированы временем и заслужили доверие врачей и пациентов.

Приволжский федеральный округ уникален по концентрации учреждений нашего профиля, которые в недалёком прошлом были ведущими институтами страны. Здесь находятся три бывших НИИ травматологии и ортопедии (Казанский, Саратовский и Ниже-



Р. Тихилов

родский), но остались люди, остались технологии, и, конечно, обмен мнениями с этими коллегами обогащает нас и делает сильнее. Что касается других вопросов, это и оптимизация травматологии. Сейчас мы все считаем деньги, и нужно понимать, какие технологии, кроме своей эффективности, ещё и экономически более целесообразны. Больные должны направляться туда, где помощь оказывается наиболее качественно. Самое главное, чтобы наша специальность звучала более ярко, более сильно, надо понять, что мы несём. Онкология, понятно, увеличивает продолжительность жизни людей, сосудистая хирургия и кардиология – это профилактика инфарктов, уменьшение смертности. А у нас всё-таки основная задача, как видно на примере переломов проксимального отдела бедра, – это увеличение продолжительности жизни и улучшение её качества. Каким образом это качество жизни оценить, как это сделать – наверное, тоже задача, чтобы мы могли иметь определённое лицо с точки зрения более эффективного использования наших ресурсов. Качество жизни – вот, что мы сегодня обеспечиваем при лечении ортопедических больных и пациентов с последствиями травм. К примеру, с точки зрения улучшения качества жизни операция эндопротезирования считается второй после удаления катаракты.

– По каким шкалам вы оцениваете качество жизни?



Заседание профильной комиссии Минздрава России

– Существуют разные шкалы. Одна из наиболее таких серьёзных – индекс QALY (Quality Adjusted Life Years), отражающий скорректированные на качество жизни годы. Но вот это всё серьёзная работа, и мы обсуждали, чтобы представить нашу специальность более грамотно, профессионально, чтобы мы были наравне с онкологами и кардиологами.

– Что, на ваш взгляд, было наиболее интересным на нынешнем съезде?

– Заседания одновременно проходили в разных залах и по разным темам, поэтому могу сказать только о тех, на которых я побывал. На них обсуждались вопросы ревизионного эндопротезирования крупных суставов и лечение перипростетической инфекции, которая, к сожалению, есть везде и никто от этого осложнения не застрахован. Очень серьёзные работы проводятся в крупных центрах Приволжского федерального округа. Отрадно, что много молодёжи занимается этой проблематикой. Все доклады дают объективную оценку результатов лечения, с глубоким анализом существующих проблем. Это мне понравилось больше всего.

– Ваш центр участвовал в организации съезда?

– Да, конечно. Дело в том, что мы изначально курировали Федеральный центр травматологии, ортопедии и эндопротезирования в Чебоксарах. Центр сейчас работает абсолютно самостоятельно, но тем не менее отношения остались, и мы ему помогаем, если в этом есть необходимость.

– Таких федеральных центров сейчас, насколько мне известно, три (Смоленск, Чебоксары, Барнаул). Собирались также построить в Краснодаре и Владивостоке, но, как говорят травматологи, не срослось. Будут ли создаваться новые центры?

– Это очень хороший вопрос. Мы говорили о том, что нам нужно иметь программу развития нашей специальности. Наверное, оно должно идти по пути создания вот таких центров, которые бы продвигали новую технологию именно по ортопедическому профилю. Почему? Потому что, например, вот те же Чебоксары показали абсолютную эффективность, разумность и правильность решения правительства об организации таких центров в своё время. Выбранный путь показал целесообразность, но всё надо рассчитывать, обосновывать, доказывать. Если это будет экономически эффективно, то в создании новых центров есть смысл.

– Какие вы видите перспективы?

– На рынке появляются новые технологии, новые имплантаты. Не секрет, что сейчас всё больше и больше китайских производителей. Внешне их продукты

очень похожи на те, которыми мы пользуемся уже последние 20 лет. Но насчёт их качества трудно что-то сказать. Необходимо работа НМИЦев по оценке таких имплантатов. Это первое. Во-вторых, сейчас появляется всё больше и больше имплантатов от отечественных производителей. Я имею в виду именно эндопротезирование. Опять же, мы тесно взаимодействуем с отечественными производителями ортопедических имплантатов на предмет научного и клинического сопровождения с учётом уже накопленного нами опыта. Наверное, это ближайшее будущее, основное направление, которым мы будем заниматься с тем, чтобы вывести на рынок реально хорошо исполненные и, надеюсь, долгоиграющие имплантаты.

– А реабилитацию вы тоже собираетесь развивать?

– Во-первых, мы её развиваем. У нас есть отделение, есть специалисты, и мы этому уделяем очень большое внимание. Расширение наших возможностей зависит во многом от тарифов, которые существуют, и от государственного задания. Это крайне востребованное направление, и если будет выработана система, то будет очень хорошо. Почему? Потому что задача хирургического стационара – оперировать. У нас дорогая койка. И как только ты сделал операцию, дальше ты переводить больного на более дешёвую реабилитационную койку, освобождаешь место для новых пациентов. Потому что забивать гостиничными услугами хирургические стационары неправильно. Каждый должен заниматься своим делом. Конечно, первый этап реабилитации должен быть там, где оперировался пациент, а дальше с ним нужно заниматься в реабилитационном центре, чтобы как можно быстрее вернуть его к обычному образу жизни, к трудовой деятельности. В этом направлении мы работали, работаем и будем работать.

– Как строятся ваши отношения с НМИЦ им. Н.Н.Приорова?

– У нас партнёрские отношения, уважительные друг к другу. Они курируют свои регионы, а мы – свои, но так как там находится главный специалист травматолог-ортопед Минздрава России, мы координируем с ним все наши пожелания и идеи. Конечно, у каждого центра есть своя специфика. Допустим, у них вертебрология хорошо представлена, а мы исторически занимались эндопротезированием, хирургией кисти, классической хирургией. Точно так же в Кургане сильная школа связана с остеосинтезом с использованием аппарата Илизарова. В Новосибирске со времён Цивьяна очень мощная вертебрология. Есть специфика, но тем не менее в условиях сегодняшнего дня развиваются все направления. Опять же, многое зависит от личности лидера. Если он занимается какой-то проблематикой, значит,

она будет развиваться, появятся новые идеи и новые технологии.

– Ваш центр курирует новые территории, кроме ЛНР. Там тоже есть какая-то специфика?

– Да, конечно. Дело в том, что там очень была слабая медицина до момента присоединения к России. В советские времена в Донецке была хорошая ортопедо-травматологическая школа, но за прошедшие десятилетия Россия ушла далеко вперёд: были созданы серьёзные государственные программы в области здравоохранения, стала работать система ОМС и т.д. Во-вторых, там по объективным причинам имеется накопленная заболеваемость. Не секрет, что многие специалисты оттуда уехали. Мы больных берём на себя, приглашаем на учёбу врачей, наши специалисты там помогают.

Профильная комиссия

В дни работы съезда также состоялось заседание профильной комиссии Минздрава России по травматологии и ортопедии, на котором обсуждались предложения по работе с главными специалистами, вопросы детской травматологии и ортопедии, маршрутизация больных в федеральные учреждения, проблемы образования в травматологии-ортопедии и актуализация клинических рекомендаций.

Как сказал в своём выступлении А.Назаренко, красной линией съезда были вопросы качества травматолого-ортопедической помощи в ПФО. Его основным индикатором является снижение смертности при травмах и заболеваниях костно-мышечной системы, снижение инвалидности и значительное увеличение продолжительности жизни. Этого можно достичь работой в единых многопрофильных командах врачей-единомышленников, внедрением передовых технологий в практическое здравоохранение и созданием новых центров.

Также обсуждались проблемы детской травматологии и ортопедии в регионах – начиная от подготовки и дефицита кадров и заканчивая вопросами ранней диагностики, лечения, реабилитации, диспансерного наблюдения и профилактики. Член-корреспондент РАН Сергей Виссарионов отметил, что на протяжении длительного времени эти проблемы не рассматривались на профильной комиссии и их обсуждение будет иметь важное значение для динамического развития данной специальности.

Профессор Александр Очкуренко рассказал о разработке и актуализации клинических рекомендаций (КР): «Выступать с докладом на эту тему было равносильно тому, что идёшь с голыми руками на амбразуру. Все вопросы, все обсуждения воспринимались в штыки и конструктивного диалога не получалось. Только в последнее время удалось создать команду единомышленников из всех НМИЦев, институтов и профильных кафедр, что позволило значительно ускорить подготовку новых КР и повысить их качество, включив разделы по периоперационному ведению пациентов с обязательным выполнением антибиотико- и тромبو-профилактики. В этом огромная заслуга заместителя директора НМИЦ им. Н.Н.Приорова по качеству медицинской помощи и информационным технологиям профессора Елены Клейменовой и её сотрудников».



Боислав
ЛИХТЕРМАН,
корр. «МГ».

Чебоксары – Москва.

КОНСПЕКТ ВРАЧА

Выпуск № 27 (2433)

(Окончание. Начало в № 27 от 10.07.2024.)

Назначение НПВП представляет наиболее распространенную тактику ведения пациентов с острой и подострой ДПКР. При выборе НПВП необходимо принимать во внимание наличие и характер факторов риска нежелательных явлений, сопутствующих заболеваний, взаимодействие с другими лекарственными средствами. НПВП не комбинируют друг с другом, не применяют длительно (желательно ограничиться 10-14 днями лечения), что существенно снижает риск развития осложнений со стороны ЖКТ, сердечно-сосудистой и других систем. НПВП противопоказаны при эрозивно-язвенных поражениях ЖКТ, особенно в стадии обострения, выраженных нарушениях функции печени и почек, индивидуальной непереносимости, беременности, выраженной сердечной недостаточности. У пациентов с риском осложнений со стороны ЖКТ рекомендуется использовать НПВП с минимальным риском таких осложнений (мелоксикам, нимесулид, ацеклофенак и коксибы (M01AH) (целекоксиб, эторикоксиб), в низких дозах и непродолжительное время и(или) рассмотреть возможность гастропротекции для профилактики таких осложнений. При выборе конкретного НПВП необходимо свериться с инструкцией по медицинскому применению на предмет наличия соответствующего показания и отсутствия противопоказаний.

Противоэпилептические препараты (АТХ-код: N03AX; габапентин, прегабалин) рекомендуются для уменьшения боли при ДПКР (УДД – 2, УУР – В), учитывая их положительный эффект при невропатической боли. В ряде исследований показано преимущество габапентина и прегабалина** перед плацебо при острой и хронической ДПКР [80-84]. Однако по данным систематического обзора не отмечено эффективности противоэпилептических препаратов при этом заболевании.

Антидепрессанты (неселективные ингибиторы обратного захвата моноаминов: амитриптилин, АТХ-код: N06AA; дулоксетин, АТХ-код: N06AX21) рекомендуются у пациентов с хронической ДПКР (УДД – 2, УУР – А), потому что они оказывают анальгетическое действие при хронической боли в спине. Прием антидепрессантов наиболее обоснован при выявлении сопутствующего депрессивного расстройства.

Применение антидепрессантов (дулоксетин и неселективных ингибиторов обратного захвата моноаминов) остаётся одним из возможных методов лечения хронической неспецифической боли в спине в комбинации с лечебной физкультурой. В то же время эксперты ряда стран не рекомендуют антидепрессанты при ДПКР.

Витамины группы В (Витамин В1 в комбинации с витаминами В6 и/или В12, АТХ-код: A11DB) рекомендуются при острой ДПКР в комбинации с НПВП для уменьшения боли (УДД – 2, УУР – В), потому что добавление витаминов группы В к НПВП может оказать дополнительное обезболивающее действие.

Витамины группы В используются в нашей стране при ДПКР, в инструкции по медицинскому применению имеется соответствующее показание (радикулопатия, корешковые синдромы).

Миорелаксанты центрального действия (АТХ-код: M03BX; толперизон, тизанидин, циклобензаприн) рекомендуются при ДПКР (УДД – 1, УУР – В), если имеются дополнительные скелетно-мышечные причины боли, при которых они доказано эффективны. В настоящее время не установлено преимущества какого-либо одного миорелаксанта перед другими в отношении уменьшения боли в спине.

Миорелаксанты не комбинируют друг с другом. Следует учитывать возможный седативный эффект миорелаксантов.

Глюкокортикоиды (глюкокортикоиды, АТХ-код: N02AB) внутрь, внутримышечно или внутривенно не рекомендуются при ДПКР (УДД – 1, УУР – А), потому что они лишь кратковременно снижают боль и могут вызывать серьезные нежелательные явления.

Парацетамол (другие анальгетики и антипиретики, АТХ-код: N02B) не рекомендуется в качестве самостоятельного средства лечения при ДПКР (УДД – 1, УУР – А), потому что нет убедительных доказательств его эффективности при болях в спине.

Опиоиды (АТХ-код: N02A) не рекомендуются при ДПКР (УДД – 1, УУР – В), потому что их эффект кратковременен, возможны серьезные нежелательные явления и лекарственная зависимость.

Тем не менее ряд опиоидов, например, трамадол**, тапентадол**, рекомендуется для купирования непереносимой высокоинтенсивной боли при невозможности это сделать другим способом (УДД – 1, УУР – В).

Дискогенная пояснично-крестцовая радикулопатия

Клинические рекомендации

Хирургическое лечение

Дискэктомия с использованием микрохирургической техники открытая или малоинвазивная (эндоскопическая) рекомендуется пациентам с ДПКР, если в течение 6-12 недель нет эффекта от консервативной терапии (УДД – 2, УУР – А), потому что доказано её преимущество в отношении снижения боли и улучшения функциональной активности пациентов в сравнении с продолжением консервативного лечения.

Экстренное хирургическое лечение рекомендуется в ранние сроки (первые дни заболевания) при наличии синдрома поражения корешков конского хвоста (нарушение функции тазовых органов, онемение в промежности, слабость в стопах) (УДД – 2, УУР – В), потому что оно снижает боль и предупреждает инвалидность. Дискэктомия с использованием микрохирургической техники реже, чем другие спинальные операции, приводит к летальному исходу (менее 1 случая на 1000 операций), вызывает появление или нарастание неврологического дефицита (1-3%), сопровождается раневыми осложнениями (1-2%). Частота повторных операций может достигать 10%. Результаты хирургического лечения хуже, если при ДПКР имеются проявления депрессии, психосоциального дистресса. Не доказано, что хирургическое лечение эффективнее, чем консервативная терапия, в отношении уменьшения боли и повышения функциональной активности в отдалённом периоде (1-4 года) со времени начала заболевания.

При выраженных проявлениях ДПКР дискэктомия с использованием микрохирургической техники обеспечивает более эффективное облегчение симптомов, чем консервативные или малоинвазивные (например, эпидуральные инъекции) методы лечения. Пациенты, которым предлагается хирургическое лечение, должны быть информированы о рисках осложнений, связанных с операцией, возможности полного выздоровления и без оперативного лечения.

Иное лечение

Эпидуральное введение глюкокортикоидов рекомендуется пациентам с острой и подострой ДПКР (УДД – 1, УУР – А), потому что оно может привести к снижению боли и улучшению функциональной активности пациентов. Эпидуральное введение ГК целесообразно при значительной интенсивности боли и в ранние сроки заболевания. Выявленные нежелательные эффекты ГК при эпидуральном введении минимальны или отсутствуют. Возможны различные методы введения ГК (каудальный, трансфораминальный, интраламинарный). Эпидуральное введение ГК целесообразно под рентгеновским или ультразвуковым контролем, который повышает точность процедуры. Эпидуральное введение ГК дозы следует проводить не более чем на уровне двух нервных корешков во время одной процедуры и не чаще 4 раз в год.

Процедура эпидурального введения ГК должна проводиться специалистом, прошедшим профессиональную подготовку и владеющим соответствующими навыками, и выполняться в условиях кабинета, оборудованного для проведения эпидурального введения ГК и имеющего всё необходимое для оказания неотложной помощи в случае развития возможных осложнений. Эффективность эпидурального введения ГК при ДПКР определяется не типом грыжи, а степенью корешковой компрессии. Эта манипуляция менее эффективна при значительных степенях компрессии корешковых структур.

Электростимуляция спинного мозга рекомендуется у пациентов с хронической ДПКР, у которых не получено положительного эффекта от всех других методов лечения, включая микродискэктомию (УДД – 2, УУР – В), она способна уменьшить боль

сердечно-сосудистых заболеваниях с выраженными функциональными нарушениями, доброкачественных новообразованиях, склонных к росту.

Профилактика и диспансерное наблюдение

Для предупреждения ДПКР рекомендуется избегать чрезмерных физических нагрузок (подъём тяжестей, ношение тяжёлой сумки в одной руке и др.) и переохлаждения (УДД – 1, УУР – А) – чрезмерные физические нагрузки и переохлаждение выделены как факторы риска боли в спине.

Пациентам с ДПКР рекомендуется исключение длительных статических нагрузок (длительное сидение, пребывание в неудобном положении и др.) (УДД – 1, УУР – А), потому что длительные статические нагрузки выделены как факторы риска БНЧС.

и улучшить функциональное состояние пациентов.

Введение различных лекарственных средств в межпозвоночный диск не рекомендуется при ДПКР (УДД – 5, УУР – С), потому что не имеет убедительных доказательств эффективности и связано с риском осложнений.

Медицинская реабилитация и санаторно-курортное лечение

Медицинская реабилитация рекомендуется всем пациентам с ДПКР. Реабилитация может включать лечебную физкультуру при заболеваниях периферической нервной системы, мануальную терапию при заболеваниях периферической нервной системы, воздействие импульсным низкочастотным электромагнитным полем (УДД – 2, УУР – В) (см. раздел «Нелекарственные методы лечения»).

Санаторно-курортное лечение рекомендуется пациентам с хронической ДПКР и может включать ванны минеральные лечебные и пелоидотерапию (грязелечение) (УДД – 1, УУР – В), потому что эти методы эффективны в комплексном лечении хронической боли в спине. Противопоказаны при сопутствующих онкологических заболеваниях, снижении свертываемости крови,

Для предупреждения повторений ДПКР рекомендуются регулярные занятия лечебной физкультурой, лечебное плавание в бассейне, терренное лечение (лечение ходьбой) (УДД – 1, УУР – А), потому что эти виды лечения доказаны как методы профилактики БНЧС.

Организация оказания медицинской помощи

Показания для плановой госпитализации:

- отсутствие эффекта от амбулаторной консервативной терапии
- наличие пареза нижней конечности
- выраженная инвалидизация из-за боли.

Показания для экстренной госпитализации:

- подозрение на синдром компрессии корешков конского хвоста
- подозрение на перелом позвоночника
- подозрение на опухоль позвоночника или спинного мозга
- подозрение на воспалительное заболевание позвоночника.

Показания к выписке пациента из стационара:

- снижение интенсивности боли по ВАШ, ВРШ или ЧРШ
- уменьшение степени нарушения функций по вопроснику Роланда – Морриса или Освестри

Критерии оценки качества медицинской помощи

Таблица 3

№	Критерии качества	Оценка выполнения
1	При сборе жалоб и анамнеза у пациентов с подозрением на ДПКР рекомендуется использование краткого опросника на выявление признаков так называемых специфических причин заболевания с целью выбора дальнейшей тактики ведения больного (таблица 1)	Да/Нет
2	Проведена оценка интенсивности боли по ВАШ, ВРШ или ЧРШ в момент обращения и в динамике	Да/Нет
3	Проведено соматическое обследование на предмет наличия «специфических» причин боли в спине	Да/Нет
4	Проведено клиническое обследование с оценкой неврологического статуса и тестов натяжения	Да/Нет
5	Проведена МРТ или КТ позвоночника (один отдел) или рентгенография поясничного и крестцового отдела позвоночника, рентгенография позвоночника с функциональными пробами при подозрении на наличие «специфических» причин боли в спине или при наличии других показаний	Да/Нет
6	Проведено информирование пациента о доброкачественной природе заболевания и высокой вероятности выздоровления	Да/Нет
7	Назначена качественная рациональная анальгезия (по показаниям: НПВП, миорелаксанты центрального действия, витамины группы В, противоэпилептические препараты, опиоиды, антидепрессанты)	Да/Нет
8	Рекомендовано эпидуральное введение глюкокортикоидов пациентам с острой и подострой ДПКР	Да/Нет
9	Рекомендована консультация нейрохирурга при наличии показаний	Да/Нет
10	Рекомендованы способы профилактики	Да/Нет
11	Рекомендованы методы реабилитации	Да/Нет

● отсутствие эффекта от лечения в неврологическом отделении, рекомендация хирургического лечения.

Дополнительная информация

Ожирение, курение, депрессия, тревога, катастрофизация состояния, нарушения сна относятся к модифицируемым факторам риска возникновения хронической боли. Рекомендуется своевременное выявление этих факторов у пациентов с ДПКР и воздействие на них, что улучшает прогноз выздоровления и является профилактикой возникновения последующих обострений (УДД – 4, УУР – С).

Клиническое обследование с оценкой неврологического статуса

Обследование соматического статуса у пациентов с ДПКР проводится по общепринятым стандартам, они направлены на выявление специфического заболевания (опухоль, травма, инфекционное или иное заболевание), которое может проявляться болью в спине.

Рекомендуется наблюдение пациента при разведении с оценкой ограничения движений в поясничном отделе. При осмотре сзади оценивается наличие бокового искривления (сколиоз). При осмотре сбоку отмечается усиление или уменьшение физиологического лордоза в поясничном отделе позвоночника или кифоза. Рекомендуется оценить гипотрофию и (или) асимметричность мышц плечевого пояса верхних конечностей, мышц тазовой области, нижних конечностей. Рекомендуется попросить пациента пройти в одном направлении на носках и вернуться обратно на пятках и (или) предложить постоять на носках или пятках. Затруднение ходьбы (стояния) на носке свидетельствует о возможном поражении первого крестцового корешка, затруднение ходьбы (стояния) на пятке – о возможном поражении пятого поясничного корешка. Провести пальпацию остистых и поперечных отростков, мест прикрепления мышц и сухожилий к костным выступам. В поясничном отделе оцениваются наклоны в стороны, наклон вперед (доставание руками пола), если это не вызывает боли.

Рекомендуется оценить болевую чувствительность и силу различных мышц нижних конечностей, оценить коленный и ахиллов рефлексы, при подозрении на поражение первого, второго и третьего поясничного корешка – кремастерный и аддукторный рефлексы. Возможно проведение теста Ласега. Появление или значительное усиление боли при подъеме прямой ноги под углом от 30° до 70° у лежащего на спине пациента (симптом Ласега), а затем её исчезновение или уменьшение при сгибании ноги в коленном суставе характерны для радикулопатии пятого поясничного и первого крестцового корешков. Если боль появляется при подъеме ноги под углом от 30° до 70°, то тильное сгибание стопы обычно усиливает боль при дискогенной радикулопатии (симптом Брагарда). Если боль появляется при подъеме ноги более чем на 70°, это не расценивается как патология (наблюдается у большинства здоровых людей). Для дискогенной радикулопатии характерно появление (усиление)

боли на стороне поражения при подъеме «здоровой» ноги (перекрестный симптом Ласега), но это менее чувствительный тест. Диагностическую ценность представляет также исследование симптомов Вассермана и Мацкевича. Симптом Вассермана – появление боли по передней поверхности бедра при подъеме вверх выпрямленной ноги у больного, лежащего на животе, указывает на возможность поражения верхних

и средних поясничных корешков. Симптом Мацкевича – появление боли по передней поверхности бедра при сгибании голени у больного, лежащего на животе, указывает на возможность поражения нижних поясничных корешков.

Рекомендуется проведение теста Бонне, теста Бонне – Бобровниковой (воспроизведение боли при пассивном приведении бедра с одновременной ротацией его внутрь у пациента, лежащего на спине) для дифференциальной диагностики с подгрушевидной невралгией седалищного нерва, исследование симптома Патрика (ограничение и болезненность в проекции крестцово-подвздошного сочленения при пассивной ротации кнаружи бедра согнутой в коленном и тазобедренном суставах ноги (пятка касается области коленного сустава другой выпрямленной ноги) – для дифференциальной диагностики с коксартрозом и патологией крестцово-подвздошного сочленения.

Тесты «натяжения» свидетельствуют о поражении поясничных и крестцовых корешков, но не позволяют определить поражение определённого корешка. На основании только неврологического обследования сложно дифференцировать радикулопатию и поражение пояснично-крестцового сплетения у пациентов без четкой клинической картины корешкового болевого синдрома.

Александр АМЕЛИН, профессор кафедры неврологии Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. И.П.Павлова, заведующий лабораторией нейрофизиологии и фармакологии боли Института фармакологии им. А.В.Вальдмана, член президиума Российского общества по изучению боли, доктор медицинских наук, профессор.

Лейла АХМАДЕЕВА, профессор кафедры неврологии Башкирского государственного медицинского университета, доктор медицинских наук, профессор.

Евгений АЧКАСОВ, заведующий кафедрой лечебной физкультуры и спортивной медицины, профессор кафедры госпитальной хирургии № 1 Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М.Сеченова, доктор медицинских наук, профессор.

Евгений БАРАНЦЕВИЧ, заведующий кафедрой неврологии и мануальной медицины Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. И.П.Павлова, доктор медицинских наук, профессор.

Александр БАРУЛИН, заведующий кафедрой неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации института НМФО Волгоградского государственного медицинского университета, доктор медицинских наук, профессор.

Таблица 4
Шкала оценки уровней достоверности доказательств (УДД) для методов диагностики (диагностических вмешательств)

УДД	Расшифровка
1	Систематические обзоры исследований с контролем референсным методом или систематический обзор рандомизированных клинических исследований с применением метаанализа
2	Отдельные исследования с контролем референсным методом или отдельные рандомизированные клинические исследования и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением рандомизированных клинических исследований с применением метаанализа
3	Исследования без последовательного контроля референсным методом, или исследования с референсным методом, не являющимся независимым от исследуемого метода, или нерандомизированные сравнительные исследования, в том числе когортные
4	Несравнительные исследования, описание клинического случая
5	Имеется лишь обоснование механизма действия или мнение экспертов

Таблица 5
Шкала оценки уровней достоверности доказательств (УДД) для методов профилактики, лечения и реабилитации (профилактических, лечебных, реабилитационных вмешательств)

УДД	Расшифровка
1	Систематический обзор РКИ с применением метаанализа
2	Отдельные РКИ и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением РКИ с применением метаанализа
3	Нерандомизированные сравнительные исследования, в том числе когортные
4	Несравнительные исследования, описание клинического случая или серии случаев, исследования «случай-контроль»
5	Имеется лишь обоснование механизма действия вмешательства (доклинические исследования) или мнение экспертов

Таблица 6
Шкала оценки уровней убедительности рекомендаций (УУР) для методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации (профилактических, диагностических, лечебных, реабилитационных вмешательств)

УУР	Расшифровка
A	Сильная рекомендация (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество, их выводы по интересующим исходам являются согласованными)
B	Условная рекомендация (не все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, не все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество и/или их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)
C	Слабая рекомендация (отсутствие доказательств надлежащего качества (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются неважными, все исследования имеют низкое методологическое качество и их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)

Инфантильная гемангиома (ИГ) – это доброкачественное сосудистое новообразование, в основе которого лежит аномальная пролиферация эндотелиальных клеток с нарушенной архитектурой кровеносных сосудов.

Этиология и патогенез

Этиология остаётся до конца неизвестной. Существуют несколько обсуждаемых гипотез (плацентарная, мутация гена, задействованного в пролиферации эндотелиальных клеток), но совершенно очевидно, что гипоксия как антенатальная, так и перинатальная является принципиальной гипотезой возникновения ИГ. На это указывают и большая часть предрасполагающих факторов:

- антенатальная гипоксия
- многоплодная беременность
- осложнённая беременность (преэклампсия, патология плаценты/отслойка плаценты)
- вес при рождении менее 1500 грамм/недоношенность (частота встречаемости ИГ – 25%)
- амниоцентез/хориоцентез
- женский пол
- европеоидная раса
- пожилой возраст матери.

Патофизиология

Считается, что ИГ имеет эмбриональное происхождение, образуясь из мезодермы.

В норме формирование сосудистой системы в коже, заканчивается на последних неделях гестации. Если это созревание не завершено к рождению, некоторые сосуды остаются под действием стимулирующих факторов, что приводит к их чрезмерной пролиферации и формированию сосудистого образования.

В основе формирования ИГ лежит нарушение ангиогенеза, обусловленное дисбалансом между ангиогенными и антиангиогенными факторами.

Ангиогенез представляет сложно регулируемый процесс, который заключается в ремоделировании (пучкование, объединение, регресс незрелых сосудов) первичного сосудистого сплетения в новые капилляры из предшествующих как в физиологических условиях, так и при патологическом процессе под действием множества стимулирующих и ингибирующих факторов.

Три последовательных барьера стоят на пути формирования новых сосудов: базальная мембрана, перicytes, соединительнотканная клетка, которые окружают сосуд, и межкле-

точный матрикс. Для формирования нового сосуда необходимо разрушение этих барьеров путём активации ферментов системы фибринолиза и стимуляции эндотелиальных клеток циркулирующими или локально активными факторами: uPA (urokinase plasminogen activator) и tPA (tissue plasminogen activator). Эти ферменты активируют в свою очередь матриксные металлопротеиназы (MMPs), разрушающие межклеточный матрикс. MMPs способствуют «отслоению» перicytes, лизированию базальной мембраны и освобождению в экстрацеллюлярном матриксе пространства для экспансии нового сосуда. Активированные эндотелиальные клетки мигрируют из «материнского» сосуда и пролиферируют в сформированной нише экстрацеллюлярного матрикса (рисунк 1).

В качестве главных факторов, стимулирующих ангиогенез, можно выделить два: VEGF (Vascular Endothelial Growth Factor/эндотелиальный сосудистый фактор роста) – мощный специфический фактор роста эндотелиальных клеток, обладающий митогенной

и ангиогенной активностью, способный стимулировать образование капилляров. Он фиксируется на специфических рецепторах (VEGFR-1, VEGFR-2), расположенных на эндотелиальных клетках и их предшественниках, приводя к пролиферации и фенотипической трансформации эндотелиальных клеток, выработке протеолитических ферментов, что в совокупности способствует формированию новых сосудов. В условиях гипоксии повышается концентрация и экспрессия VEGF из-за повышения транскрипции фактора HIF-1 (hypoxia-inducible factor). Активная форма последнего индуцирует транскрипцию гена VEGF. Кроме того, в условиях гипоксии секреция VEGF увеличивается под действием интерлейкинов и TGF (Transforming Growth Factor). Все эти факторы способствуют пролиферации эндотелиальных клеток, секреции протеинкиназ (металлопротеиназы), которые необходимы для реорганизации внеклеточного матрикса, координации дифференцировки клеток сосудов и ангиогенеза.

(Продолжение следует.)

Гемангиома инфантильная

Клинические рекомендации

Офтальмологи опять задают тон. Именно офтальмологическая служба первой в российском здравоохранении начала выносить на публичное обсуждение темы, которые до этого никогда не включались в программы научно-практических конференций. Эффективный менеджмент, маркетинг, цифровизация, PR и право – области знания, без которых в условиях рыночной экономики ни медицина в целом, ни каждая медицинская организация по отдельности развиваться не могут.

Видеть на 360 градусов вокруг себя – способность, которой не может обладать человек, но обязана владеть система здравоохранения.

– На самом деле фрагментарно мы давно на разных форумах обсуждали все темы, которые теперь стали основой полноценной конференции. Вопросы о менеджменте качества, стратегическом планировании, формировании правильного подхода к распоряжению прибылью, а также правовые вопросы поднимались на разных площадках. Но обычно это было в формате небольших секций между пленарными заседаниями по хирургии и диагностике. Постепенно пришло понимание, что крайне необходимо отдельно и углублённо рассматривать тематику организации здравоохранения, – говорит генеральный директор Национального медицинского исследовательского центра МНТК «Микрохирургия глаза» им. С.Н.Фёдорова Минздрава России Дмитрий АРСЮТОВ.



неэффективных коммуникаций пациента и врача, гражданина и системы здравоохранения. Ошибочно думать, будто из клиники, где хорошо налажены все рабочие процессы, люди всегда уходят с чувством удовлетворённости от проведённого лечения. Можно на фоне прекрасно выполненной операции получить претензию, что с человеком плохо общались.

Эффективные коммуникации между врачом и пациентом не просто новая черта современной медицины, но и один из показателей удовлетворённости граждан медицинской помощью, о чём министр здравоохранения Михаил Мурашко постоянно напоминает. Мы научились хорошо лечить, в то же время надо проявлять чуть больше внимания и сочувствия к пациентам. Это не так уж и сложно.

тяжёлый в клиническом плане, неоперабельный, прогностически неблагоприятный, для пациента имеет большое значение, когда в его судьбе участвуют администрация больницы, эксперты высокого уровня. Человек успокаивается, снимает свои претензии.

Мой опыт руководителя уже более 15 лет, я прекрасно понимаю свою роль медиатора в ситуациях, когда между сотрудником учреждения и пациентом возникло, мягко скажем, недопонимание с высоким риском серьёзного конфликта. Кроме директора и главврача в роли эксперта и медиатора, в таких обстоятельствах могут выступать заведующие отделениями и просто более опытные хирурги. Самое главное в подобных ситуациях, особенно это касается молодых докторов, не скрывать произошед-

Сегодня врач, завтра – управленец

– Дмитрий Геннадьевич, конференция «Офтальмология 360°» поразила и программой, и тем, какой аудитории была адресована информация. Управляющим, конечно, необходимо знать, как внедрение инновационных лечебных технологий связано с эффективными стратегиями управления медицинской организацией. Но зачем это знать рядовому врачу?

– Руководителями не рождаются – ими становятся. Мы исходим из того, что сегодняшней рядовой врач завтра может начать карьеру управленца: стать заведующим отделением, лабораторией, научным отделом, затем перейти на уровень администрации лечебного учреждения и так далее.

Быть хорошим врачом – ещё не значит стать хорошим организатором здравоохранения. Этой науке нужно учиться, чтобы ориентироваться в реалиях сегодняшнего рынка медицинских услуг. Точно так же ориентироваться в этих реалиях необходимо тем, кто работает в отделе закупок, в правовом отделе, занимается контролем качества медицинской помощи, подготовкой кадров.

Так и родилась идея нестандартной, не классической офтальмологической конференции. Правильнее будет сказать, что это конференция по идеологии управления в медицине.

– Готовность отвечать на условия рынка переменами в менеджменте и маркетинге, наверное, сформировалась ещё при академике Святославе Фёдорове? Ведь благодаря ему в своё время офтальмология опередила на три шага всю остальную медицину, и, кажется, эта дистанция сохраняется по сей день.

– Не хочу обижать коллег, работающих в других сферах здравоохранения, но по большому счёту так и есть. Темп задан тридцать лет назад и остаётся высоким. Офтальмология – по-прежнему одна из самых динамично развивающихся областей медицины в плане технологий диагностики и лечения. Они меняются каждые 3-5 лет, и сегодня это воспринимается уже как длительный срок. Новые тематики научных исследований рождаются без преувеличения ежемесячно. И очень быстро после их научного обоснования новые идеи приобретают форму основ для клинической апробации, а до их внедрения в реальную практику проходит, как правило, не более двух-трёх лет.

Параллельно все остальные процессы в клинике тоже ускоряются, поскольку управленческие технологии актуализируются вместе с технологиями лечения, иначе быть не может. Я имею в виду оптимальную организацию консультативного приёма, работы диагностической службы и операционных в плане качества, безопасности, доступности медицинской помощи, что напрямую сопряжено с её экономической эффективностью.

По моему мнению, было бы правильно инсталлировать такую идеологию работы не только в

Экспертный уровень

В фокусе внимания идеология управления

Медицинские конференции расширяют своё содержание

ключевых учреждениях отрасли, но и на уровне первичного звена. Разрывов быть не должно. Поэтому на всех площадках, начиная от научно-практических конференций по отдельным медицинским профилям, заканчивая специализированными конференциями по организации здравоохранения, важно показывать чёткую связь между технологиями, качеством, финансовой политикой, общением с пациентами.

– Вы говорите, что столь важные знания необходимы даже главврачам поликлиник. Между тем есть руководители областных больниц и НМИЦев, которые искренне полагают, будто самое главное для стабильности учреждения – деньги. А все эти сложные слова – менеджмент, маркетинг, пиар – знать не надо. Какие перспективы у таких учреждений?

– Своим вопросом вы уже практически ответили на него: перспектив мало. Недостаточно достичь финансового и репутационного благополучия в данный момент. Мастерство грамотного менеджера заключается в умении распоряжаться финансами, кадровым и технологическим потенциалом учреждения так, чтобы это делало клинику успешной не только сегодня, но и позволяло планировать успешность на завтра. Эффективный руководитель лечебного учреждения должен иметь перед собой такой план.

Именно поэтому, наверное, у многих медицинских организаций есть запрос на знания в области управленческих технологий. Надо признать: с каждым годом конкурировать за пациента становится сложнее и сложнее. Причём деньги в этой конкурентной борьбе – лишь инструмент, к тому же не самый главный. Есть другие, не менее важные инструменты, а именно кадровый и командный потенциал, способность критично оценивать происходящее в учреждении, умение планировать на перспективу и пользоваться моделями чужих успешных практик, анализировать рынок, работать с пациентами, понимание зависимости того, как ваше отношение к пациенту влияет на обратную связь от него. Внешние условия изменчивы, и система здравоохранения должна быть готова к этим изменениям.

Если говорить про МНТК, мы стараемся изо всех наших сотрудников, которые занимают позицию организатора даже са-

мого начального уровня, готовить «топ-менеджеров». Любой из них должен владеть перечисленными выше инструментами управления.

– Можно осуществлять одинаковые образовательные проекты, но можно ли ожидать одинаковой их результативности во всех медицинских организациях?

– Справедливый вопрос. Результаты могут оказаться разными даже в подразделениях одного учреждения, и это должно становиться поводом к обмену опытом. Например, один из десяти филиалов Национального центра «Микрохирургия глаза» стал победителем Всероссийского конкурса, где оценивалось качество медицинской помощи. Помимо того, что это предмет для гордости, это ещё и повод разобратся, почему именно здесь добились такого успеха.

Столь высокому результату, как оказалось, предшествовала очень непростая работа, которая длилась не один год. Идеологам внедрения системы менеджмента качества приходилось преодолевать довольно сильное сопротивление, доводить буквально до сведения каждого сотрудника мысль, что это система, которая в итоге приводит в клинику больше пациентов, а сами пациенты уходят из клиники более довольными.

Таким образом, мы имеем готовый опыт внутри своей организации, он адаптирован под наши условия, и его можно транслировать в остальные филиалы. Все возможные риски, сложности и ошибки уже обозначены, их можно будет избежать.

Чуть больше внимания

– В последнее время часто используется фраза «ценностно ориентированное здравоохранение». Как вы его понимаете, о каких ценностях идёт речь?

– Никаких иных ценностей, кроме традиционных – жизнь и здоровье пациентов, – у медицины нет и быть не может. Пациент – ключевая персона, ради него выстраиваются все процессы в отрасли. Казалось бы, очевидная истина во все времена. Тем не менее фраза про ценностно ориентированное и пациентоориентированное здравоохранение появилась именно сейчас. Почему?

В значительной степени потому, что стала актуальной тема защиты прав пациента, а также

Наконец любая ситуация, имеющая вероятность вырасти в большой конфликт, может и должна быть нивелирована на самом начальном этапе.

– Секция по медицинскому праву вызвала интерес участников конференции? Или ваша специализация в отличие от других пока не столкнулась с жалобами и судебными исками?

– Секция оказалась одной из самых востребованных, зал был полон. Здесь мы постарались объединить теорию медицинского права с реальным опытом разных клиник.

Офтальмологии вовсе не чужда данная тематика хотя бы потому что это одна из коммерчески ориентированных медицинских специальностей. В общем количестве частных медицинских организаций офтальмологические на первых позициях. А к медицинской помощи, которую пациент оплачивает собственными средствами, он предъявляет ещё более высокие требования, чем к лечению по полису ОМС. Кроме того, уж если в системе государственной медицины лечебные учреждения сталкиваются с таким неприятным явлением, как потребительский экстремизм, то в негосударственной системе подобный риск ещё выше.

Одним словом, всем лечебным учреждениям независимо от статуса и формы собственности следует уделить должное внимание вопросам правового обеспечения медицинской деятельности и соблюдения прав пациента. Любую ситуацию, которая грозит большими неприятностями, надо постараться прогнозировать, профилировать, а в случае возникновения нивелировать. То есть сделать всё возможное, чтобы она не переросла в судебный иск, поскольку такие разбирательства сильно выбивают из колеи.

– У вас есть своя практика досудебного регулирования? Вы, как генеральный директор, можете поговорить с недовольным пациентом?

– Не просто могу, я это делаю. Более того, прошу коллег, чтобы при необходимости сложных пациентов приводили ко мне на консультацию. Вместе с главным врачом клиники мы его осматриваем, отвечаем на вопросы, всё разъясняем. Такие беседы всегда положительно сказываются на результате. Даже если случай очень

свое, а сразу проконсультироваться со своим непосредственным начальником, запросить экспертную оценку.

Практика показывает, что на самом деле пациенту не суд нужен, ему нужен результат. И в тех случаях, когда мы показываем дружелюбное отношение, демонстрируем желание ему помочь, в том числе с привлечением дополнительных сил и средств, всё завершается хорошо. Потому что человек понимает: мы сделали для него всё возможное.

Помощник, но не более

– Редкий медицинский форум обходится без разговора о цифровой трансформации здравоохранения. В том числе о применении технологий на основе искусственного интеллекта. Инновации рассматриваются как однозначно полезные, никто не говорит о рисках. Их не существует?

– Скажу сразу, что я с интересом отношусь к цифровым новшествам. Информационные программы заменяют целую совокупность процессов, которые прежде выполнял человек. Они ускоряют и улучшают организацию оказания медицинской помощи, а в итоге и её качество. Использование цифровых платформ заметно облегчает работу медицинского и немедицинского персонала, высвобождает их время. Для нашего учреждения, например, рутинными процедурами стали оформление медицинской документации в цифровом формате, электронная запись пациента на приём, проведение дистанционного контроля за пациентом после операции с возможностью давать ему рекомендации, находясь на любом расстоянии.

Очень хорошо, что телемедицинские консультации уже включены в реестр услуг, оплачиваемых системой ОМС. Мне довелось увидеть, как эффективно работает телемедицина в офтальмологической службе Республики Якутия. В прошлом году мы с якутскими коллегами выполнили там несколько сложных операций. После хирургического лечения пациента необходимо в течение какого-то времени наблюдать. Расстояния в регионе огромные, офтальмологов в отдалённых сельских районах не хватает, поэтому часть их функций передана врачам об-

Точка зрения

Это сладкое слово «свобода»

Если задуматься, как функционирует наше тело, то невольно приходишь к мысли, что оно чрезвычайно умно. Удовлетворяя свои потребности, которые являются результатом нарушения гомеостатического равновесия, тело сигнализирует мозгу о своих потребностях, и, если мозг осознает их, то нарушенный баланс восстанавливается, и тело остаётся здоровым и сильным. Но что делает «человек разумный», когда не удовлетворены его духовные потребности?

Для начала следует отметить, что зачастую он их попросту не осознаёт. Если потребности тела в силу их витальности сложно не заметить, то потребности духовные часто недоступны осознанию человека, живущего лишь на уровне поддержания функционирования своего тела. Хотя стоит отметить, что порой даже тело негативно реагирует на неудовлетворённость духовных запросов человека, если они находятся за гранью осознания «человека разумного».

Многие согласятся с тем, что удовлетворение духовных потребностей для личности зрелого человека часто даже важнее, чем удовлетворение физиологических потребностей.

Подтверждение справедливости сказанного можно найти в истории, которая знает немало примеров самоотверженного служения своему делу вопреки бедности и неустойчивости быта и даже угрозе физическому существованию.

Потребности в любви, самоуважении, самоактуализации труднее всего осознаются и легче всего подменяются суррогатами, которых в современном мире великое множество и которые не приближают, но, напротив, удаляют человека от самого себя, бросая его в пучину одиночества и страха.

Взять хотя бы привычку современного человека активно общаться. Интернет в любую минуту помогает нам связаться даже с теми, кто находится за тысячи километров от нас. Никакой боли осознания своего одиночества! Никакого напряжения от неопределённости желаемого и попыток понять себя! В результате – пустая болтовня вместо соприкосновения с самим собой! Наушники, транслирующие в наш мозг бесконечную информацию о мире или, что ещё хуже, ритмы, которые навязываются организму, демонстрируя ему полное пренебрежение к его собственным ритмам.

В результате – духовная, а порой и физическая глухота как способ защиты от чуждых звуков и информации, которая не имеет никакого значения для внутреннего пространства человека. И рано или поздно такой человек из-за непонимания себя и своих потребностей становится лёгкой добычей манипуляторов, которые начинают использовать его в собственных интересах.

В отличие от животных, движимых инстинктами, человек в определённой степени освобождён природой от их определяющего влияния на своё поведение. Человеку существенно

сложнее, чем животному, решать, что ему следует делать в каждую единицу времени, ибо в отличие от животных жизнь человека не ограничена удовлетворением физиологических потребностей.

Очевидно, что отсутствие руководящей роли инстинктов в поведении человека должно включить какие-то другие механизмы, влияющие на принятие решения, – это механизмы социального влияния.

Следует заметить, что влияние социума на человека может быть столь сильным, что почти полностью блокирует осознание его собственных интенций и потребностей в угоду своему ближайшему окружению. Конечно, речь прежде всего идёт о влиянии родителей на своих детей.

Природой человеку дана возможность выбирать, но одновременно и отвечать за свои выборы, к чему готовы далеко не все. Незрелые люди в своих удачах, как правило, восхваляют себя, а в промахах – обвиняют других, снимая, таким образом, с самих себя ответственность за качество своей жизни. То, что позволительно детям, в силу их физической неспособности заботиться о самих себе, неопозволено взрослым и является проявлением их личностной незрелости.

В современном мире часто приходится слышать слова о свободе личности в качестве оправдания безответственного, эгоистического, а нередко и противоправного поведения человека. Хочется заметить, что свобода неотделима от ответственности. В противном случае это поведение неразумного существа, которое «не ведает, что творит».

В современном мире понимание слова «свобода» порой граничит с вседозволенностью, сопровождающейся полным пренебрежением чувствами окружающих людей.

Мы относимся к понятию «свобода» как к воплощению способности человека быть самим собой, то есть актуализировать свои потенциальные способности.

В отличие от представителей животного мира, управляемых инстинктами, человеку дан выбор. Но для того, чтобы выбрать именно то, что нужно тебе, необходимо понимать себя, иметь высокий уровень осознанности. А вот это многим людям недоступно. И тогда вместо того, чтобы быть самим собой, человек начинает играть роли, которые предлагает общество. Но и здесь важно выбрать свою роль, ту, которая хоть каким-то образом отвечает твоим истинным потребностям. И вновь все упирается в необходимость осознавать свои потребности и способности.

Нередко даже на закате своих лет человек не может сказать, что он познал себя, а это значит, что он не познал и мир. И тогда сам собой напрашивается вопрос: «А зачем же ты жил?». С сожалением мы вынуждены заметить, что большинство людей даже не задумываются об этом, вероятно, предполагая, что главное для человека – есть,

пить и размножаться. Но тогда встаёт вопрос: «А чем же мы в этом случае отличаемся от животных?».

Из сказанного следует, что для интересной и наполненной смыслом жизни необходимо нечто большее, чем действия, направленные лишь на получение удовольствий и поддержание благополучия тела. Гораздо важнее понимание самих себя и, как следствие, актуализация своего потенциала. Только понимание себя и проявление своих способностей и возможностей может сделать человека счастливым. Свобода быть самим собой и есть та свобода, о которой каждый думающий человек мечтает.

Несколько слов хочется сказать о современном обыденном понимании свободы и аутентичности. Зачастую под свободой понимается вседозволенность и открытое проявление своих инстинктивных позывов, которые не отягощены мыслями об окружающих людях, вынужденных лицеизереть эти, с позволения сказать, проявления аутентичности.

Является ли подобное поведение проявлением аутентичности, вопрос спорный, ибо человек, как существо социальное, не может быть свободен от окружающих его людей и, значит, не может не учитывать возможные реакции других людей на свои поступки. Другими словами, аутентичное состояние человека подразумевает не только способность жить в гармонии с самим собой, но и заботу о других людях, чьё состояние, по возможности, не должно быть омрачено им.

Ведь человек от животных отличается именно способностью сдерживать свои инстинкты. Это становится возможным именно вследствие актуализации способностей человека, которые относятся уже к сфере духовного, истинно человеческого.

И здесь вместо грубой физической силы включается сила духовная, перед которой вынуждены преклоняться даже враги. Если развитие физических способностей человека имеет свой предел, то развитие духовности беспредельно.

Развитие чувствительности и осознанности, чем и занимается гештальт-терапия, построение не конкурирующих, но кооперирующих взаимоотношений с другими людьми открывает новый пласт возможностей для человека.

Стоит заметить, что в современном обществе роль грубой физической силы играют деньги, уже давно переставшие служить адекватным мерилем производённого продукта.

Современный уровень приспособлений, помогающих человеку выживать в неблагоприятных природных условиях, столь высок, а концентрация людей в мегаполисах столь значительна, что адаптация человека к природным условиям отступает на второй план, делая более актуальной адаптацию человека к жизни среди людей, а не в мире природы. Современные мегаполисы похожи на резервации, где главенствуют законы, идущие вразрез с за-

конами природы и единства всего живого.

Жизнь в большом городе требует от человека особой жизнестойкости, ибо ежедневно ему приходится сталкиваться с множеством ситуаций, способных свергнуть его в дистресс. А это напрямую связано с устойчивостью психических механизмов и их способностью адаптировать человека к стрессовым ситуациям, не доводя его состояние до дистресса. Ведь стресс – это всего лишь реакция человека на фактор, выводящий организм человека из состояния гомеостатического равновесия.

Известно, что стресс вовсе не вреден, но, напротив, полезен, ибо помогает человеку активизировать потенциал приспособительных реакций к разнообразной и изменчивой среде. Вопрос в том, насколько мы используем возможности, предоставленные природой. С учётом же того, что население земного шара всё больше концентрируется в мегаполисах, на первое место выходит не умение человека адаптироваться к изменчивым погодным условиям, но его способность адаптироваться в социуме. И вот тут-то оказывается, что большинство из нас не умеет это делать.

Общение – это прежде всего контакт. Но все ли мы умеем устанавливать контакты с другими людьми? Увы, нет. Вот и получается, что обычное общение для большинства из нас из стресса стремительно превращается в дистресс. А вместо компромисса в ситуациях разногласия возникает ссора, конфликт, нередко переходящие в изматывающее противостояние, от которого страдают обе стороны.

Очевидно, что для умения общаться с другими людьми, необходимо понимание самого себя, с чем у многих людей имеются большие сложности.

Гештальт-терапевт обращает внимание на противоречивые моменты того, как человек проявляет себя в тех или иных жизненных ситуациях, помогая ему таким образом лучше понимать самого себя. Другими словами, мы помогаем человеку лучше осознавать собственные реакции на то, что с ним происходит. Ф.Перлз, автор гештальт-подхода, считал, что осознание само по себе целительно. Оно автоматически запускает каскад перемен в самом человеке.

Гештальт-терапия является не просто психотерапевтическим подходом, характеризующимся определённым мировоззрением и предполагающим определённый образ жизни. По сути, гештальт является практическим воплощением экзистенциализма, занимающегося смыслом человеческого существования, такими понятиями как свобода, совесть, любовь, одиночество, осознанность и ответственность человека за свою жизнь.

Лариса КОЗЛОВСКАЯ,
доцент кафедры психотерапии,
медицинской психологии
и сексологии
Северо-Западного ГМУ
им. И.И.Мечникова,
кандидат медицинских наук.
Санкт-Петербург.

щей практики. В каждом офисе ВОП есть интернет, врач заходит в электронную историю болезни, смотрит все данные по нашему прооперированному пациенту, включая компьютерную томографию сетчатки, кривую глазного давления, поля зрения. Опираясь на это, он может сделать вывод о текущем состоянии пациента, измерив ему внутриглазное давление. При необходимости запросит консультацию в республиканской офтальмологической больнице или МНТК. И подобно практикуется повсеместно. Десятки тысяч дистанционных консультаций в год – весомый результат цифровизации.

Вот к чему стоит более критично подходить, контролировать и дублировать врачебным решением, так это технологии, связанные с ИИ и предназначенные для принятия важных клинических решений в отношении конкретного пациента. С одной стороны, ИИ стал помощником врача, в частности, при анализе медицинских изображений. Мы тоже пользуемся такой функцией, тем более что в МНТК формируется библиотека снимков, используя которую ИИ способен идентифицировать проблемы центральных отделов сетчатки, переднего отрезка глаза, патологий роговицы. После проведения аппаратной диагностики искусственный интеллект может дать нам информацию о том, какой вариант линзы наиболее предпочтителен для имплантации данному пациенту.

Надо признать: сегодня мы, во многом сами того не замечая, получаем информацию от так называемого ИИ и пользуемся ею в принятии решений. ИИ заложен в «мозг» диагностических приборов и хирургического робота, мы к этому уже привыкли. Это инструмент, которым можно и нужно пользоваться, однако при условии, что каждое решение ИИ обязательно подтверждается лечащим врачом.

Я думаю, до тех пор, пока погрешность в точности выводов ИИ будет выше 5%, пользоваться исключительно машинным интеллектом мы не будем. Последнее слово должно оставаться за доктором!

– У вас нет опасений, что по мере внедрения технологий на основе ИИ врачи перестанут клинически мыслить, а также оперировать в нестандартных ситуациях?

– Есть такое опасение. Это очень серьёзная проблема на самом деле. Клиническое мышление всегда было одним из главных принципов подготовки кадров в медицине. В МНТК умение врача клинически мыслить и владеть всеми навыками хирургии от простых до сложнейших – важнейший критерий оценки специалиста.

Приведу пример. В отличие от того, что было лет 15 назад, современные технологии позволяют оперировать катаракту без больших разрезов. За исключением каких-то очень сложных единичных случаев катарактальная хирургия стала миниинвазивной. А вот в офтальмотравматологии мы по-прежнему зачастую имеем дело с большими по объёмам повреждениями глазного яблока, при которых хирург должен уметь обработать и ушить рану. И врачам, которые с ординатуры обучаются исключительно современным технологиям малотравматичной хирургии, пациента с травмой глаза будет прооперировать сложно.

У себя в институте мы практикуем комплексный академический подход к подготовке кадров: ни один ординатор не приступает к самостоятельной практике, не пройдя обучение всем этапам диагностики от самых простых до высокотехнологичных и всем хирургическим навыкам. В то же время не менее важно в процессе обучения погружать специалиста в цифровую среду, максимально полно знакомить с информационными технологиями и возможностями ИИ. Главное – научить его гармонично задействовать собственное клиническое мышление и искусственный интеллект.

Беседу вела Елена БУШ,
обозреватель «МГ».

Председатель Самарской губернской думы академик РАН Геннадий КОТЕЛЬНИКОВ – давний друг и автор многих публикаций о развитии здравоохранения страны в «Медицинской газете», способствующих укреплению сотрудничества с коллегами. Он всегда придерживается принципа – не останавливаться на достигнутом, идти вперёд. О его позиции по многим актуальным проблемам в медицине читайте в интервью главному редактору «Медицинской газеты» Алексею ПАПЫРИНУ.

– Геннадий Петрович, вы являетесь одним из самых известных травматологов страны. Много ли у вас учеников за её пределами, например, в странах СНГ?

– Под моим руководством защищена 91 диссертация: 26 докторских и 65 кандидатских. Многие ученики работают по всему миру. Конечно, среди них есть и те, кто работает и живёт в странах СНГ.

– Из каких стран бывшего Советского Союза больше всего студентов отправляют обучаться в Самару за последние десятилетия и с какими вузами СамГМУ продолжает сотрудничество?

– На протяжении последних десяти лет образовательные программы, реализуемые на базе СамГМУ, были наиболее востребованы среди граждан Таджикистана, Казахстана, Узбекистана. Процент иностранных обучающихся на русскоязычных программах из этих стран в вузе составляет ежегодно в среднем 55-60%. Самарский университет взаимодействует в научно-образовательной сфере в рамках заключённых договоров о сотрудничестве с Ереванским ГМУ им. Мхитара Гераца, Белорусской медицинской академией последипломного образования, Белорусским государственным медицинским университетом, Витебским государственным ордена Дружбы народов медицинским университетом, Гомельским, Гродненским ГМУ, Институтом физиологии Национальной академии наук Беларуси, Западно-Казахстанским ГМУ им. Марата Оспанова и Южно-Казахстанской медицинской академией, Международной высшей школой медицины Киргизии, Кыргызской ГМА им. И.К.Ахунбаева, Таджикским ГМУ им. Абу Али Ибн Сино, Самаркандским ГМИ Министерства здравоохранения Республики Узбекистан, Ташкентской медицинской академией, Ургенским филиалом Ташкентской медицинской академии, Андижанским ГМИ, Ташкентским фармацевтическим институтом Министерства здравоохранения Республики Узбекистан, Ташкентским педиатрическим медицинским институтом, Бухарским ГМИ им. Абу Али Ибн Сино. Как видите, список более чем обширный.

– Ассоциация травматологов-ортопедов России (АТОР) организует значимые мероприятия для специалистов. Что в планах у АТОР? Будет ли расширяться сотрудничество со странами СНГ?

– Ежегодно под эгидой ассоциации проходит более 30 научно-практических мероприятий. Наиболее значимыми из них являются съезд травматологов-ортопедов России, организуемый раз в 4 года, съезды травматологов-ортопедов федеральных округов (раз в 2-3 года), научно-практические конференции, посвящённые великим учителям и организаторам здравоохранения (Вреденовские, Илизаровские, Цивьяновские, Турнеровские чтения и ряд других).

Большой интерес ежегодно вызывает Приоровский форум. В этом году состоится в 11-й раз, где не только подводятся итоги года, но и проходит конкурс по профессии «Сила движения» по 9 номинациям. Во всех этих мероприятиях активно и с интересом принимают участие не только травматологи-ортопеды стран СНГ, но и Китая, Турции, Южной Африки, Бразилии и стран Европы.

Кроме того, российские травматологи-ортопеды активно регистрируются на съездах и конференциях в странах СНГ. В этом году 28-30 августа будет проходить съезд травматологов-ортопедов Республики Казахстан, в сентябре очередной форум травматологов-ортопедов в Республике Кыргызстан на озере Иссыкуль, где выступят с докладами российские травматологи-ортопеды из различных ведущих научных центров.

Хочу отметить большую работу, которую ведёт руководство

Создание клинической рекомендации процесс трудоёмкий, требующий тщательного изучения достоверной клинически доказанной информации, которая будет определять тактику обследования, лечения и восстановления пациента. При этом следует учитывать, что в клинической практике должны применяться наиболее эффективные методы и способы диагностики и лечения того или иного заболевания или травмы опорно-двигательной системы. Создание и пересмотр клинических реко-

мендаций, высококлассные учёные, практические врачи.

– В одном из интервью мы говорили о том, что в целом, несмотря на санкции, удаётся обеспечить отечественными и импортными расходными материалами травматологические центры и отделения. Есть какие-то препятствия на сегодняшний день?

– Санкции, введённые против нашей страны, дали мощный толчок развитию импортозамещения. Наши изделия, которые сейчас

вершатся различные виды фиксаторов для остеосинтеза костей (пластины, штифты и др.); активно идёт импортозамещение в эндопротезировании, создаются современные виды эндопротезов, в том числе керамические и индивидуальные, быстрыми темпами развивается ортобиология. Это даёт мощный толчок для научной деятельности на базе национальных медицинских исследовательских центров, профильных кафедр вузов и других научных учреждений. Суть этой масштабной работы

Наши интервью

Шаг в новую реальность

Президент АТОР о сотрудничестве со странами СНГ, стандартах, подготовке травматологов



АТОР и коллеги: директор НМИЦ ТО им. Н.Н.Приорова профессор РАН Антон Назаренко, директор НМИЦ детской травматологии и ортопедии им. Г.И.Турнера член-корреспондент РАН Сергей Виссарионов, директор НМИЦ травматологии и ортопедии им. Р.Р.Вредена член-корреспондент РАН Рашид Тихолов, профессор кафедры НМИЦ ТО им. Н.Н.Приорова Александр Очуренко и многие другие.

– Каждый год пересматривается часть клинических рекомендаций, в том числе и в травматологии. Идёт ли работа над ними сегодня и удаётся укладываться в установленные Минздравом сроки?

– С 2021 г. по травматологии-ортопедии в рубрикаторе Минздрава России размещены 22 КР, которые через 3 года пересматриваются. В этом году они находятся на актуализации. По травматологии-ортопедии запланировано 28. Однако АТОР работает с некоторым опережением. На сегодняшний день после актуализации подано в Минздрав России 22 КР. Ещё 12 запланированы к подаче в ближайшее время.

Справка «МГ»: Это объясняется тем, что клинические рекомендации «Травма плечевого пояса и плеча» разделены на 4: «Перелом ключицы и лопатки», «Перелом проксимального отдела плечевой кости», «Перелом диафиза плечевой кости» и «Перелом дистального отдела плечевой кости». КР «Переломы костей голени» также разделены на 4: «Перелом проксимального отдела костей голени», «Перелом диафиза костей голени», «Перелом дистального отдела костей голени» и «Перелом лодыжек». Это связано с многочисленными просьбами специалистов.

Клинические рекомендации в настоящее время становятся неотъемлемой частью работы врача, специалиста любого профиля, в том числе травматолога-ортопеда. На сегодняшний день работа над ними проводится по ряду нозологий в травматологии и ортопедии, многие обновляются в соответствии с тенденциями науки и практики.

мендаций – процесс непрерывный. И отсюда стремление уложиться в установленные Минздравом сроки.

– Могут ли российские врачи и врачи из стран СНГ работать по одним и тем же клиническим рекомендациям и протоколам?

– В настоящее время такое невозможно, потому что в странах СНГ обучение проходит по различным профессиональным образовательным программам, подходы и методы лечения различные, оснащение больниц металлоизделиями, имплантируемыми в организм человека, силовое оборудование разнообразное, что не позволяет работать по единым КР. Если все организационные вопросы будут решены, то в дальнейшем в ряде стран СНГ это будет возможным.

– Травматология – сложная отрасль. Предуниверситетские варианты развития болезни крайне трудно. На ваш взгляд, когда врач имеет право отступить от клинических рекомендаций? И как это можно сделать на практике?

– Клинические рекомендации разрабатываются под контролем АТОР и отражают максимально возможную существующую вариативность методов и способов диагностики и лечения в зависимости от уровня доказательности. Существующая установка на необходимость строгого их соблюдения – безусловно хорошая тенденция, которая направлена на создание единых подходов к лечению в различных регионах страны. Тем не менее в ряде случаев любой врач травматолог-ортопед вынужден по тем или иным причинам – клиническое состояние пациента, течение заболевания, условия оказания медицинской помощи, оснащённость и другие – отступить от них. На практике с точки зрения принципа «не навреди» пациенту зачастую такие отступления помогают получить более благоприятный результат лечения. Однако они не должны входить в постоянное применение. При рассмотрении их целесообразности и необходимости ключевое слово должно оставаться за общественной специализированной профильной организацией, то есть АТОР. В неё входят передовые школы травматологов-ор-

производятся в России, по качеству не уступают зарубежным.

Хочу подчеркнуть, что наш, Самарский ГМУ наладил уникальное производство эндопротезов. Более того, одни из первых в стране мы запустили полный цикл – от начальной научной идеи через центр прототипирования и инжиниринг к серийному выпуску и производству.

Университет, которым руководит профессор РАН заслуженный деятель науки РФ Александр Колсанов, в мае переизбранный на пост ректора, стал центром целой инновационной системы области. Это производство является жизненно важным и позволяющим человеку быть активным. Для нас, медиков, это, конечно, шаг в новую реальность. Это и есть медицина будущего. И что немаловажно, запущенное серийное производство СамГМУ способствует обеспечению технологического суверенитета России в профильной области. На сегодня насчитывается уже более 500 случаев использования эндопротезов университета в медицинских учреждениях всей страны, в том числе для лечения участников СВО. Производится эндопротезирование практически всех суставов конечностей. На потоке чаще всего эндопротезированию подвержены тазобедренный и коленный суставы. Перелом шейки бедра является одним из распространённых видов переломов, особенно у пожилого населения. При таком виде травмы вариантами лечения является остеосинтез или эндопротезирование в зависимости от вида травмы и её давности.

Буквально недавно мы провели первую операцию по установке раздвижного эндопротеза. Особенно востребована у детей конструкция, позволяющая увеличиваться по мере роста кости. Медицинская наука не стоит на месте, и Самарский ГМУ во многих процессах лидирует. Сама специализация «травматология и ортопедия» является одним из флагманов развития современных научно-практических разработок, техники и медицины. Особую значимость придаёт тот факт, что практически все научно-технические разработки активно внедряются и применяются при оказании медицинской помощи населению.

Накопленный опыт позволяет более активно перестраиваться на рельсы импортозамещения – основы технологической безопасности как в травматологии и ортопедии, так и в медицине в целом, с последующими импортоопережающими темпами развития науки и технологий. Процесс идёт непрерывно с учётом всех современных тенденций развития науки и практики «травматологии и ортопедии» России и мира.

Для практического здравоохранения расширение спектра имплантатов, инструментария и технологий, в том числе отечественного производства, играет значительную роль для качества и безопасности оказания медицинской помощи пациентам. Сейчас в России созданы и активно со-

закладывается в разработке, подготовке, апробации и скорейшем внедрении «научной технологии» в клиническую практику.

Интеграция научных процессов между смежными специальностями медицинских, технических и других вузов страны позволяет обеспечивать высокие темпы развития науки и практики. Имеющийся научно-практический задел и высокий темп развития импортозамещающих технологий говорит о перспективности движения в данном направлении, а интеграция науки и производственных возможностей ведёт к результатам, которые могут быть максимально и повсеместно внедрены в клиническую практику. Абсолютно убеждён, что нам в России удастся обеспечить себя отечественными имплантатами и оказывать ортопедо-травматологическую помощь на самом высокотехнологичном уровне.

С другой стороны, тотальный отказ от импортных изделий не возможен и не целесообразен, так как может привести к снижению конкуренции и к стагнации. Ведь только так происходит технологический обмен и формируется научно-технологический прогресс. Но продолжение использования в большинстве случаев импортных имплантатов, тем более в условиях серьёзного повышения их стоимости, приведёт к сложным логистическим и медико-экономическим проблемам при оказании медицинской помощи. И в этом вопросе необходим баланс и чёткое понимание тех случаев, когда это возможно, а когда будет приводить лишь к негативным последствиям для пациентов и врачей.

Ещё один вопрос – кадровый. Крылатая фраза «кадры решают всё» актуальна и по сей день. Нам необходимо усилить подготовку специалистов, которые помогают применять передовые технологии, – медицинских инженеров, которые их создают, в том числе имплантаты и оборудование для травматологии и ортопедии. Особую роль отводить созданию системы подготовки таких специалистов с последующей интеграцией их в систему для создания медико-инженерных школ.

– Ваши пожелания коллегам, чтобы они всегда могли находиться на передовых позициях в оказании медицинской помощи?

– Профессия медицинского работника очень непростая, она требует специальных знаний, опыта, огромных душевных и физических сил. Уверен, что в медицине нет случайных людей. Все сотрудники системы здравоохранения – настоящие подвижники. Именно медицинские работники первыми начали оказывать помощь при пандемии коронавируса. Сейчас сотни медиков работают в зоне СВО, на новых территориях, спасая жизни нашим гражданам. Верьте в лучшее и берегите своё здоровье! Вы дарите людям самый лучший подарок – здоровье, а часто и жизнь!

Более 23 тыс. человек объединяет Якутская республиканская организация Профсоюза работников здравоохранения РФ, активно представляя их интересы. Это 72 первичные профсоюзные организации. Работа этой региональной профсоюзной организации признана ЦК профсоюза одной из лучших в России.

Об основных принципах работы республиканской отраслевой организации профсоюза мы попросили рассказать её председателя, заслуженного работника здравоохранения Республики Саха (Якутия), заслуженного работника Профсоюза работников здравоохранения РФ Людмилу КОРНИЛОВУ.

– Далеко не в каждом регионе страны охват профсоюзным членством трудящихся и учащих медицинских работников составляет более 70%. Нам очень важна атмосфера в трудовых коллективах, ведь если профсоюз работает хорошо, то уже сейчас, сегодня он делает нашу жизнь лучше, насыщенной, ярче.

По итогам прошлого года в отрасли отмечается улучшение результатов работы по мотивации вступления сотрудников в ряды профсоюзов. Например, в Якутском специализированном стоматологическом центре профсоюзное членство составляет 99%, причём 26 новых сотрудников вступили недавно, а на станции скорой медицинской помощи Якутска организацию пополнили 52 работника, среди них 13 молодых специалистов.

В арктических районах – в Эвено-Бытантайской центральной районной больнице им. К.А.Серебряковой, Булуцкой ЦРБ – всех молодых, только что прибывших сотрудников также привлекли в ряды профсоюзной организации. В АО «Сахафармация», в связи с избранием нового председателя ППО Ольги Ивановой, наметилась положительная динамика в численности: впервые приняты 29 человек, из них 20 – молодёжь.

Стопроцентную численность членов профсоюза сохраняют в течение многих лет три центральных районных больницы, высокий охват более 90% сохранили 15 ППО.

В стране не так много коллективов, где все без исключения сотрудники участвуют в профсоюзной жизни, и мы гордимся тем, что одним из них является коллектив Научно-практического центра «Фтизиатрия», руководит которым бывший председатель районной профсоюзной организации Егор Прокопьев, а председателем – одна из самых ярких профсоюзных лидеров Елена Цибульская. Молодёжный совет этой первички – активный участник всех конкурсов, мероприятий, проводимых ЦК профсоюза, Федерацией профсоюзов РС(Я) и

в основном, по прекращению уголовных дел и восстановлению на работе.

Так, вернулась на работу председатель первичной профсоюзной организации центральной районной больницы одного из районов республики. Профсоюзный лидер была уволена в 2021 г. в связи с возбуждением уголовного дела,

по результатам четырёх судебных решений – 1,45 млн.

Работаем вместе

– Как выстраиваете взаимодействие с руководством республики?

– Социальное партнёрство в регионе находится на самом высоком

Благодаря внесённому в отраслевое соглашение между рескомом профсоюза и Минздравом республики положению о применении Списка производств, цехов, профессий и должностей с вредными условиями труда, работа в которых даёт право на дополнительный отпуск и сокращённый рабочий день, утверждённому постановлением

Профсоюзы

В надёжной команде

На переломном моменте истории важно чувствовать себя защищёнными



Подписание соглашения с Якутской медицинской палатой

рескомом профсоюза. В прошлом году профгруппорг отделения лучевой диагностики Елена Родина по итогам конкурса ЦК профсоюза России «Равняемся на лучших!» заняла 1-е место в номинации «Лучший профгруппорг».

Правозащитная деятельность

– Людмила Прокопьевна, как вам это удаётся?

– Любимый член профсоюза находится под нашей защитой, в том числе, если понадобится, и юридической. Мы агитируем делами. В 2023 г. Якутский республиканский комитет Профсоюза работников здравоохранения РФ оказал помощь членам профсоюза и участвовал в восьми судопроизводствах по разным искам,

уровне. В прошлом году настоящим событием в истории профсоюзного движения Якутии стало издание Указа главы республики Айсена Николаева о развитии социального партнёрства в Республике Саха (Якутия). Не везде в стране отмечается День профсоюзного работника, а в Якутии торжественные мероприятия проходят уже 12 лет. Наши коллеги-медики стали призёрами и победителями сразу трёх престижных конкурсов Федерации профсоюзов Якутии, таких как «Лучший социальный партнёр», причём призовые места получили главные врачи Намской ЦРБ (Ариан Сергеев) и Амгинской центральной районной больницы (Михаил Архипов). Победителем республиканского конкурса «Лучший уполномоченный по охране

Госкомтруда СССР, Президиумом ВЦСПС ещё в далёком 1974 г., рескомом профсоюза удалось отстоять право медицинских работников на дополнительный отпуск за работу с вредными условиями труда соответствующей продолжительности не менее 14 календарных дней.

Новый подход

– Две недели отдыха – это ошутимо, особенно для северянина.

– Конечно. Одним из новых пунктов, внесённых в проект соглашения, стало предоставление дополнительного дня отдыха при вакцинации/ревакцинации от инфекционных болезней. Это произойдёт в случае принятия органами государственной власти Российской Федерации и Республики Саха (Якутия), главным государственным санитарным врачом РФ, главным государственным санитарным врачом Республики Саха (Якутия) решения о проведении профилактических прививок по эпидемическим показаниям при угрозе возникновения инфекционных болезней.

– Какие работы ведутся в сфере охраны труда?

– В течение прошлого года представителями профсоюза проведено 511 проверок состояния условий и охраны труда, выявлено 183 нарушения, выдано 70 представлений, в том числе техническим инспектором труда проведено 25 проверок, выявлено 44 нарушения (все в течение года были устранены), выдано 12 представлений.

Проведены 3 независимые экспертизы условий труда, 59 проверок организаций по выполнению работодателями обязательств по охране труда, предусмотренных коллективными договорами и соглашениями, в том числе техническим инспектором труда 20 проверок.

В течение прошлого года от членов профсоюза поступило 56 личных обращений, заявлений и жалоб, связанных с нарушением прав в области охраны труда, из них разрешено в пользу работников 40 (71%). Экономическая эффективность деятельности рескома профсоюза по вопросам условий и охраны труда членов профсоюза составила 2,2 млн руб.

В последнее время реском профсоюза стал внедрять новые методы информационно-образовательной работы. Например, ко Дню профсоюзного работника в Республике Саха (Якутия) на Телеграм-канале проведён конкурс «Наш профсоюзный лидер лучший», который вызвал большой интерес среди подписчиков. В голосовании приняли участие более 3 тыс. человек.

Большую заинтересованность вызывают ежегодные конкурсы, мотивирующие работников на вступление в профсоюз работников здравоохранения, – например, «Лучший коллективный договор». А для престижа профсоюзного руководителя проводится конкурс «Лучший профсоюзный лидер», для работодателей – «Лучший социальный партнёр».

Елена СЛУТИНОВА,
внешт. корр. «МГ».



Профсоюзы – участникам СВО

а 11 января 2023 г. решением судебной коллегии Верховного суда Республики Саха (Якутия) она была восстановлена на работе с взысканием с больницы средств, с учётом среднего заработка за время вынужденного прогула, который составил порядка миллиона рублей. В настоящее время она трудится на своей прежней должности в качестве председателя первичной профсоюзной организации.

Это далеко не единичный случай. Рескомом профсоюза проведены проверки по соблюдению трудового законодательства в 15 медицинских организациях.

По итогам проверок реском констатировал, что соблюдение норм трудового законодательства в проверенных учреждениях здравоохранения республики находится на высоком уровне: оформление трудовых отношений, установление продолжительности рабочего времени, оформление дополнительной работы сотрудников производится в соответствии с трудовым законодательством и с учётом мнения выборного органа первичной профсоюзной организации.

Но это не только моральный аспект, но и экономическая эффективность от мероприятий, проведённых рескомом по защите социально-экономических и трудовых прав членов профсоюза. Финансовая эффективность в 2023 г. составила 4,2 млн руб., в том числе

труда Федерации профсоюзов РС(Я) среди организаций бюджетной сферы стала уполномоченный по охране труда детской инфекционной клинической больницы Татьяна Сыроватская.

– А в сфере социального партнёрства?

– У нас большой опыт в различных формах взаимодействия с органами государственной и законодательной власти, органами местного самоуправления, работодателями. Коллективно-договорное регулирование для представителей работников в лице профсоюза является важнейшим механизмом сохранения достигнутых ранее уровней социально-трудовых прав работников. По итогам 2023 г. министр здравоохранения Якутии Лена Афанасьева была награждена Благодарственным письмом председателя Профсоюза работников здравоохранения РФ Анатолия Домникова за наилучшие показатели в развитии социального партнёрства.

Соглашение между Якутской республиканской организацией Профсоюза работников здравоохранения РФ и Министерством здравоохранения Республики Саха (Якутия) по регулированию социально-трудовых отношений на 2022-2025 гг. заключено в апреле 2022 г. На сегодняшний день во всех первичных профсоюзных организациях заключены коллективные договоры.



Формируется гуманитарный груз

Исследования

Суперслух у мышей

Стремясь лучше понять проблему потери слуха, американские учёные создали мышей с суперслухом. Нейробиолог Лин Чао Джи из Мичиганского университета и его коллеги добились этого, увеличив экспрессию у подопытных животных гена роста нервов, известного как нейротрофин-3 (Ntf3).

Ранее этот подход применялся для восстановления слуха у мышей после акустической травмы внутреннего уха и у мышей среднего возраста. Это достигается за счёт увеличения числа синапсов между волосковыми клетками в улитке уха и головным мозгом. Волосковые клетки реагируют на звуковые колебания и преобразуют их в сигналы, которые синапсы затем передают нейронам головного мозга.

«Мы уже знали, что введение Ntf3 во внутреннее ухо молодых мышей увеличивает количество синапсов между внутренними волосковыми клетками и слуховыми нейронами, но не знали, как увеличение

количества синапсов повлияет на слух», – рассказывает один из авторов исследования Габриэль Корфас, нейробиолог из Мичиганского университета.

Когда учёные увеличили количество синапсов, мозг смог обрабатывать дополнительную слуховую информацию. И эти испытуемые в поведенческом тесте продемонстрировали лучшие результаты, чем контрольные мыши.

Наблюдения показали, что изменение гена повлияло на так называемый порог обнаружения разрыва – самый короткий период тишины между двумя звуками, при котором они не сливаются в один звук. Мыши с меньшим количеством синапсов распознавали его хуже.

Порог обнаружения разрыва выше, когда в области меньше синапсов, как продемонстрировали Джи и его команда в своём эксперименте с мышами, у которых была снижена экспрессия Ntf3.

Это указывает на то, что потеря внутренних связей волосковых

клеток вызывает задержки в обработке мозгом различных звуковых сигналов, с которыми сталкиваются некоторые люди с проблемами слуха. Эти задержки затрудняют понимание речи, особенно когда присутствуют другие звуки аналогичной громкости.

Повышение экспрессии Ntf3 у мышей привело к увеличению плотности их синапсов, что, в свою очередь, улучшило их способность обрабатывать и, следовательно, различать звуки разного качества.

«Животные с дополнительными синапсами внутреннего уха имеют нормальный слух, но они могут обрабатывать слуховую информацию сверхнормальным образом», – объясняет Корфас.

Таким образом, исследователи полагают, что увеличение экспрессии Ntf3 может улучшить слух и у людей.

«Некоторые нейродегенеративные расстройства также начинаются с потери синапсов в головном мозге. Таким образом, уроки, извлечённые из исследований внутреннего уха, могут помочь в поиске новых методов лечения некоторых из заболеваний, связанных с потерей слуха», – заключает Корфас.

Выводы

ВОЗ классифицировала тальк как вероятный канцероген



Международное агентство по изучению рака (МАИР) Всемирной организации здравоохранения классифицировало тальк как «вероятно канцерогенный» для человека, а акрилонитрил – как вызывающий рак.

Эксперты заявили, что решение было основано на «ограниченных доказательствах» того, что тальк может вызывать рак яичников у людей. В ходе испытаний на клетках были получены «достаточные доказательства» того, что этот порошок связан с раком у крыс, и «убедительные механические доказательства» его канцерогенности в клетках человека.

По данным МАИР, наиболее значительное воздействие талька происходит при его добыче, переработке или использовании для производства продуктов. Агентство сообщило, что были проведены многочисленные исследования, которые неизменно показывали увеличение заболеваемости раком яичников у женщин, которые наносят тальк на гениталии. «Причинная роль талька не может быть полностью установлена», – говорится в выводах агентства.

Кевин Макконуэй из Открытого университета Великобритании, не участвовавший в исследовании, уточняет, что в оценке МАИР «наиболее очевидная интерпретация на самом деле вводит в заблуждение».

Агентство стремится лишь «ответить на вопрос о том, может ли это вещество потенциально вызывать рак при некоторых условиях, которые МАИР не уточняет», – говорит учёный.

Поскольку исследования носили наблюдательный характер, не удалось доказать причинно-следственную связь, то есть «нет убедительных доказательств того, что использование талька приводит к увеличению риска развития рака».

Это заявление было сделано всего через несколько недель после того, как американский фармацевтический и косметический гигант Johnson & Johnson согласился выплатить 700 млн долл. для урегулирования обвинений в том, что компания вводила покупателей в заблуждение относительно безопасности продуктов на основе талька. Johnson & Johnson убрала детскую присыпку с рынка Северной Америки в 2020 г.

МАИР также классифицировало акрилонитрил, химическое соединение, используемое для производства полимеров, как «канцерогенное для человека», что соответствует наивысшему уровню предупреждения. Агентство заявило, что доказана связь акрилонитрила с раком лёгких. Полимеры, изготовленные на основе акрилонитрила, используются для производства пластмасс, тканей для одежды, ковров и других потребительских товаров.

Взгляд

Олива снижает уровень сахара

Результаты недавнего исследования на мышах показали, что эленоловая кислота – природное соединение, содержащееся в оливках, снижает уровень сахара в крови и помогает поху. Результаты работы могут лечь в основу безопасных и недорогих натуральных продуктов для лечения ожирения и диабета 2-го типа у людей.



Лабораторным мышам перорально давали эленоловую кислоту. Через неделю грызуны с ожирением весили меньше и имели меньший уровень сахара в крови по сравнению с животными, которым не давали это вещество. Сахароснижающий эффект был сопоставим с результатом приёма инъекционного диабетического препарата лираглутида и лучше, чем у метформина, одного из наиболее распространённых пероральных препаратов для лечения СД-2.

«Нашей целью была разработка более безопасных, дешёвых и удобных многоцелевых препаратов, способных предотвратить возникновение метаболических нарушений и СД-2», – говорит руководитель исследовательской группы, профессор кафедры питания человека, пищевых продуктов и физических упражнений Технологического университета Вирджинии Донгмин Лю.

Исследовательская группа Лю сосредоточена на поиске биоло-

гически активных соединений из натуральных продуктов для лечения диабета. Ранее учёные искали конкретные молекулярные мишени для природных соединений в органах тела, которые активно помогают регулировать обмен веществ, таких как поджелудочная железа, мышцы, жировая ткань и печень. Однако поскольку натуральные продукты, как правило, обладают низкой биодоступностью, исследователи решили посмотреть, могут ли они вместо этого воздействовать на секрецию метаболических гормонов в кишечнике, чтобы косвенно регулировать метаболическую функцию.

В рамках исследования команда выявила природные соединения, воздействующие на L-клетки. Эти клетки содержат два метаболических гормона, выделяющихся во время приёма пищи: GLP-1 и PYY. Гормоны работают вместе, регулируя чувство насыщения, уровень сахара в крови и обмен веществ.

Испытания этого соединения на мышах с ожирением и сахарным диабетом показали, что у мышей, получавших эленоловую кислоту перорально, наблюдалось значительное улучшение метаболического состояния по сравнению с контрольными мышами, страдавшими ожирением. После 4-5 недель лечения у мышей наблюдалось снижение ожирения на 10,7%, а также уровня сахара в крови и чувствительности к инсулину, которые были сопоставимы с показателями здоровых «стройных» мышей.

Эленоловая кислота также значительно сокращает потребление пищи и способствует снижению веса, что связано с повышением циркулирующих уровней PYY и GLP-1 и снижением уровня агутин-подобного пептида в гипоталамусе.

Эленоловая кислота, которая содержится в зрелых оливках и оливковом масле первого отжима, оказалась способна стимулировать выделение этих гормонов в кишечнике. Учёные получили данное вещество, расщепив его предшественник – олеуропеин. Этот метод оказался более дешёвым, чем получение кислоты непосредственно из оливок. В настоящее время команда учёных продолжает исследования, чтобы понять, как это соединение всасывается, распределяется, метаболизируется и выводится из организма.

Гипотезы

Флуоресцентный краситель высвечивает крошечные раковые ткани, невидимые невооружённым глазом, это позволит более тщательно провести операцию и снизить риск рецидива заболевания.

Учёные и хирурги из Оксфордского университета разработали светящийся краситель, который «прилипает» к раковым клеткам и обеспечивает более чёткую визуализацию для их удаления в режиме реального времени. Эксперты говорят, что это достижение поможет снизить риск рецидивов рака и предотвратить тяжёлые побочные эффекты.

«Мы даём хирургу «вторую пару глаз», чтобы он мог видеть, где находятся раковые клетки и распространились ли они, – говорит

Краситель, «прилипающий» к раковым клеткам

Фредди Хамди, профессор хирургии Оксфордского университета. – Благодаря этому методу мы можем удалить все раковые клетки, включая те, которые распространились за пределы опухоли».

Процедура заключается в соединении красителя с молекулой-мишенью IR800-IAB2M. Краситель и молекула-маркер присоединяются к белку, называемому простат-специфическим мембранным антигеном (PSMA), который находится на поверхности клеток рака предстательной железы. В ходе исследования 23 пациентам с этим диагнозом перед операцией по удалению

предстательной железы был введён флуоресцентный краситель, который высвечивал раковые клетки и места их распространения в другие ткани, такие как таз и лимфатические узлы.

«Впервые нам удалось увидеть так детально клетки рака предстательной железы в режиме реального времени в ходе операции, – рассказывает Хамди. – При этом мы можем сохранить как можно больше здоровых тканей вокруг предстательной железы, чтобы уменьшить ненужные побочные эффекты, снижающие качество жизни, такие как недержание мочи и эректильная дисфункция».

Ракурс

Президентом Ирана избран врач

Кандидат от реформаторского крыла и врач по специальности Масуд Пезешкиан победил во втором туре президентских выборов Ирана, став девятым президентом страны. Он набрал 16 384 403 голоса, а его ближайший соперник Саид Джалили – 13 538 179 голоса.

Пезешкиан, которому сейчас 69 лет, является политиком реформистского толка и членом иранского парламента последних пяти созывов. Он родился в семье этнических азербайджанцев, после службы в армии вернулся в родную провинцию, где поступил в медицинский институт и получил степень по общей медицине. Во время ирано-иракской войны (1980-1988) Пезешкиан часто бывал на передовой, где отвечал за отправку медицинских бригад и работал врачом. Он окончил курс врача общей практики в 1985 г. и начал преподавать физиологию в медицинском колледже.

После войны он продолжил обучение по специальности общей хирургии в Тебризском университете медицинских наук. В 1993 г. получил специальность по кардиохирургии в Университете медицинских наук Ирана. Позже стал специалистом в области кардиохирургии, а в 1994 г. был избран президентом Тебризского университета медицинских наук и занимал эту должность в течение 5 лет.

Пезешкиан занимал пост министра здравоохранения и медицинского образования Ирана во время второго президентского срока Мохаммада Хатами (2001-2005). Он ранее дважды принимал участие в борьбе за президентское кресло, однако вышел в финал впервые лишь на этих выборах: 12 лет назад он решил покинуть предвыборную гонку самостоятельно, а на выборах 2021 г. его кандидатура не получила одобрения Наблюдательного совета Ирана (высшая палата парламента, осуществляющая надзор за проведением выборов).

Материалы подготовила Марина КЫН.

По материалам European Journal of Nuclear Medicine and Molecular Imaging, PLOS Biology, News Medical, The Lancet Oncology.

22 мая 1859 г. родился Артур Конан Дойл, человек, которому предстояло стать самым выдаваемым писателем в начале XX века. Мы благодарны ему не только за познавательные и увлекательные книги. Он привёл в медицину и криминалистику многие тысячи людей, в том числе и меня. «Человек большого роста, большого сердца, большого ума», — называли его современники. «Его прощальный поклон» — название одного из последних циклов рассказов писателя. Великий мастер ошибся: он с нами до сих пор...

165 лет назад в доме 11 по Пикардийской площади, в столице Шотландии, Эдинбурге, родился мальчик, наречённый Артуром. Его отец, Чарльз Алтамонт Дойл, архитектор и художник, и мать, Мэри (урождённая Фоули), были ирландскими католиками. Любовь к сочинительству и литературе мальчик унаследовал именно от матери. При поддержке богатых дядюшек Артура отправили в Англию, в иезуитскую школу Hodder Place в Ланкашире, в возрасте 9 лет. Затем он поступил в колледж Стоухерст, который посещал до 1875 г. Дойл писал, что у него не осталось о колледже приятных воспоминаний, потому что тот работал по средневековым принципам: изучались только богословие, риторика, геометрия, алгебра и грамматика. Он также считал воспитание в колледже слишком суровым: вместо того чтобы тепло и сочувственно относиться к ученикам, им вечно грозили телесными наказаниями. С 1875 по 1876 г. Дойл получал образование в иезуитской школе Стелла Матутина в Фельдкирхе, Австрия. Семья решила, что он проведёт там год, чтобы усовершенствовать свой немецкий язык и расширить академический кругозор.

С 1876 по 1881 г. Дойл увлечённо изучал медицину в Эдинбургском университете. Кроме того, юноша штудировал практическую биологию в Королевском ботаническом саду в Эдинбурге. Как у многих молодых людей, у него появилась хобби — графомания, как считали родители: Дойл начал писать рассказы. Самый ранний из сохранившихся, «Поместье Горресторп с привидениями», был опубликован в журнале «Блэквуд», а «Тайна долины Сассаса» была напечатана в Эдинбургском журнале Чемберса (1879). В том же году он опубликовал свою первую научную статью «Гельземиум как яд» в Британском медицинском журнале — исследование, которое The Daily Telegraph сочла потенциально полезным в расследовании реального убийства. Так в жизнь Дойла пришло увлечение криминалистикой.

В 1880 г. Дойл стал врачом на гренландском китобойном судне «Хоуп». После получения степени бакалавра медицины и магистра хирургии в 1881 г. Дойл работал корабельным хирургом на судне Маушба во время плавания к берегам Западной Африки. В 1885 г. он получил степень доктора медицины (M.D., учёную степень выше базовой медицинской квалификации в Великобритании) за диссертацию по туберкулёзу.

В начале 1882 г. Дойл вместе с бывшим одноклассником Джорджем Баддом открыл медицинскую практику в Плимуте, но сотрудничество оказалось недолгим: вскоре Дойл начал самостоятельную деятельность. Приехав в Портсмут в июне 1882 г. с суммой менее 10 фунтов стерлингов, он начал медицинскую практику. Идея оказалась не очень удачной, пациентов у молодого доктора было немного. В ожидании больных Дойл вернулся к написанию художественной литературы. Одновременно он продолжал интенсивные занятия наукой. Он был убеждённым сторонником вакцинации и написал несколько статей, в которых отстаивал эту практику и осуждал противников прививок. Понимая необходимость дальнейшего профессионального совершенствования, в начале 1891 г. Дойл приступил к изучению офтальмологии в Венском универ-

ситете. Ранее он обучался в Портсмутской глазной больнице, чтобы получить квалификацию окулиста. Он провёл также несколько дней в Париже, стажуясь у Эдмунда Ландольта, знаменитого специалиста по глазным болезням. По возвращении в Лондон Дойл открыл небольшой офис и приёмную на Аппер-Уимпол-стрит, 2. Увы! Молодой доктор не выдерживал конкуренции с многоопытными соседями-коллегами, пациентов было мало, и его попытки стать офтальмологом не увенчались успехом.

приятных вещей». В попытке отклонить требования издателей дополнительных рассказов о Холмсе, он поднял цену до уровня, призванного их обескуражить, но они готовы были платить даже больше, чем он просил. Таков был результат феноменального успеха молодого писателя.

В декабре 1893 г., чтобы посвятить больше времени любимым историческим романам, Дойл «заставил» Холмса и профессора Мориарти броситься навстречу смерти с Рейхенбахского водопада в рассказе «Последняя схватка»,

войне убедило его, что население нуждается в обучении меткой стрельбе. Он был чемпионом многих клубов, члены которых стреляли из малокалиберного оружия на местных полигонах. Дойл был и боксёром-любителем (вспомним ещё раз увлечения Шерлока Холмса!). Кроме того, как маститый игрок в гольф, Дойл был избран капитаном гольф-клуба Crowborough Veasop в Сассексе. Он переехал в Литтл-Уиндлшем-хаус в Кроуборо и проживал там с 1907 г. до своей смерти.

полученных в Первой мировой войне (Кингсли умер от пневмонии как следствия тяжёлого ранения в битве на Сомме). Смерть многих близких людей, связанная с войной, укрепила его веру в загробную жизнь и в общение с духами. Два его зятя, а также два племянника также умерли вскоре после войны. Знаменитая книга Дойла о спиритуализме, «Жизненное послание», появилась в 1919 г. И в это же время Дойл создал роман «Страна тумана» с участием профессора Челленджера, посвящённый мистическим темам. Написал и ряд

Память

Непрощальный поклон

165 лет назад родился Артур Конан Дойл



Семейная жизнь

В 1885 г. Дойл женился на Луизе Хокинс. Она была младшей дочерью Дж. Хокинса из Минстерворта, Глостершир. Луизы был туберкулёз. В 1907 г., через год после смерти супруги, он женился на Джин Элизабет Леки. У него было пятеро детей: двое от первой жены (Мэри Луиза и Артур Аллейн Кингсли) и трое от второй (Денис Перси Стюарт, Адриан Малкольм и Джин Лена Аннет). Ни у кого из них детей не было, поэтому у Дойла нет прямых потомков. Писательскую профессию продолжил лишь младший сын, Адриан, автор фундаментальной биографии отца, а также продолжатель цикла рассказов о Шерлоке Холмсе.

Когда началась Вторая англо-бурская война, Дойл, будучи патриотом, стал врачом-волонтером в полевом госпитале Лангмана в Блумфонтейне, исполняя обязанности хирурга и организуя борьбу с эпидемией брюшного тифа. Великого писателя постоянно видели в белом халате среди раненых и больных. Тогда же он написал книгу «Великая англо-бурская война», а также большую работу «Война в Южной Африке: её причины и ведение», в которой ярко и аргументированно ответил критикам Соединённого Королевства с патриотических позиций. За заслуги перед страной был посвящён в рыцари Эдуардом VII и получил награду лично от короля в Букингемском дворце 24 октября 1902 г. В 1903 г. был избран рыцарем Ордена Святого Иоанна Иерусалимского (преемника знаменитого Ордена госпитальеров).

«Новое откровение»

Нельзя обойти молчанием одно спорное научное увлечение писателя. В 1887 г. в Саутси под влиянием генерал-майора Альфреда Уилкса Дрейсона, члена Портсмутского литературно-философского общества, увлекающийся всем новым Дойл начал серию исследований психических явлений, посещая спиритические сеансы и эксперименты по телепатии. В том же году в письме для журнала Light позиционировал себя спиритуалистом, описав одно конкретное событие, которое убедило его в реальности подобных психических феноменов. В 1889 г. основал Гэмпширское общество психических исследований, затем присоединился к аналогичному Лондонскому обществу, сотрудничал с Сидни Скоттом и Фрэнком Подмором в поисках полтергейстов в Девоне. Страшная череда смертей во время войны внушила ему идею, что спиритуализм — это «новое откровение», посланное Богом в утешение скорбящим. Он написал подробную научную статью в журнале Light об этом и начал читать лекции по спиритизму. Современники полагали, что интерес Дойла к мистике был вызван потрясениями писателя смертями его старшего сына и брата от травм и болезней,

Литература стала главной

Так литература сделалась главным занятием в жизни Артура. Дойл изо всех сил пытался найти достойного издателя. Его первая работа с участием Шерлока Холмса и доктора Ватсона, сразу ставшая известной, «Этюд в багровых тонах», была написана «залпом», за три недели, когда автору было 26 лет, и принята к публикации в ноябре 1886 г. Гонорар составил 25 фунтов стерлингов в обмен на все права на повесть.

Холмс был частично создан по образцу бывшего университетского преподавателя Дойла — профессора Джозефа Белла. В 1892 г. Конан Дойл писал Беллу: «Шерлоком Холмсом я, безусловно, обязан Вам... меня вдохновили воспоминания о том, как Вы учили нас дедукции, прививали нам наблюдательность и умение логически мыслить». В своих воспоминаниях 1924 г. он заметил: «После изучения такого персонажа (Белла) я развил его методы, когда в дальнейшем попытался создать учёного детектива, который раскрывал дела благодаря своему выдающемуся уму, а не глупости преступника». Роберт Льюис Стивенсон сразу распознал сходство между Беллом и Шерлоком Холмсом: «Мои поздравления с вашими очень остроумными и очень интересными приключениями Шерлока Холмса... может ли это быть мой старый друг Джо Белл?»

А доктор Уотсон (Ватсон) обязан своей фамилией коллеге-медику Дойла из Портсмута, доктору Джеймсу Уотсону.

Естественно, издатели заказали продолжение «Этюда в багровых тонах», и «Знак четырёх». Дойл чувствовал, что издатель жёстко эксплуатирует его, как новичка в литературном мире, и поэтому сотрудничество прекратилось. Рассказы с участием Холмса появились в журнале Strand. Отношение Дойла к своему знаменитому герою было двойственным. В ноябре 1891 г. он писал матери: «Я думаю о том, чтобы «убить» Холмса... и покончить с ним раз и навсегда. Он отвлекает мои мысли от более

надеюсь завершить серию. Однако бурный общественный резонанс побудил его возразить Холмсу. В 1901 г. появилась одна из лучших повестей — знаменитая «Собака Баскервильей». В 1903 г. Дойл опубликовал рассказ о Холмсе «Пустой дом», в котором объяснялось, что у водопада погиб только Мориарти. В итоге великий сыщик стал героем в общей сложности в 56 рассказах и 4 романах.

Позволю себе краткий медико-криминалистический эпикриз. Многократно перечитывая рассказы о великом сыщике, я не смог обнаружить ни одной профессиональной ошибки в описании травм, отравлений, орудий убийства, мест происшествий. Бесспорно, писатель использовал не только свой врачебный опыт, но и многочисленную научную литературу. Причины смерти жертв охватывают практически все разделы судебной медицины. Это огнестрельные повреждения, отравления, скоропостижная смерть, повреждения острыми орудиями, любимая мною механическая асфиксия... Описания следов крови на местах происшествий сделали бы честь современному специалисту.

Любивший и хорошо знавший историю Англии, Дойл между 1888 и 1906 гг. написал семь исторических романов, включая знаменитый «Белый отряд» из времён Столетней войны. Эти романы он (как и многие критики) считал своими лучшими работами. К этим произведениям примыкают два цикла рассказов о наполеоновских войнах, главным персонажем которых является французский бригадир Жерар. Писатель также выпустил девять романов и пять рассказов (два длинной в роман) с участием профессора Челленджера. Истории об учёном включают самое известное произведение после цикла о Холмсе — «Затерянный мир».

Из хобби Дойла следует упомянуть стрельбу. В 1900 г. он основал у себя дома стрелковый клуб «Андершоу», построив 100-ярдовый тир и тренируя местных мужчин, поскольку неудачное участие британских войск в англо-бурской

нехудожественных произведений, самым известным из них стало «Пришествие фей», в котором писатель рассказал, как изменились его прежние материалистические представления о природе.

Он с нами всегда

О здоровье Дойла известно немного. Его всегда отличали сила духа, позитивное отношение к жизни и людям, любовь к спорту. Однако бурная жизнь, отсутствие отдыха, военные потрясения и утраты близких не прошли бесследно. С 1928 г. в переписке с друзьями и в мемуарах появились упоминания о быстрой физической утомляемости, периодических болях в груди, одышке. Возможно, что-то более подробное мы узнаем из частично публикуемого личного архива Дойла, случайно обнаруженного в 2004 г. среди документов одной из лондонских юридических фирм. В архиве обнаружена переписка с писателями Редьярдом Киплингем, Оскаром Уайльдом, Бернардом Шоу, Марком Твенном, Робертом Льюисом Стивенсоном, Джеромом К. Джеромом, Гербертом Уэллсом, политиками Уинстоном Черчиллем, Теодором Рузвельтом, членами королевской семьи.

Долгая поездка по Скандинавии в 1929 г. окончательно подорвала слабеющее здоровье. В доме поселились подушка с кислородом, вдыхание которого приносило облегчение, настойка опия, снимающая боль в сердце, препараты камфары... Дойл был найден родными схватившимся за грудь в холле его дома в Кроуборо 7 июля 1930 г. и перенесён в спальню. Он умер от сердечного приступа в возрасте 71 года в полном сознании, держа за руки любимых сыновей.

Сначала Дойл был похоронен 11 июля 1930 г. в Уиндлшемском розовом саду, у своего дома. Позднее останки писателя и его жены были перезахоронены на мемориальном кладбище Минстед в Нью-Форесте, Гэмпшир. Эпитафия на надгробии, в частности, гласит: «Верен, как сталь, прям, как клинок. Артур Конан Дойл. Рыцарь, патриот, врач и литератор».

Памятник в честь Дойла установлен на Кроуборо-Кросс в Кроуборо, где он прожил 23 года. На Пикарди-Плейс в Эдинбурге недалеко от дома, где родился будущий писатель, высится статуя Шерлока Холмса. На лондонской Бейкер-стрит, ставшей легендарным местом паломничества туристов, создана мемориальная квартира-музей Холмса, книги Артура Конан Дойла выходят миллионными тиражами по всему миру... «Прощальный поклон» великого труженика, любимого нами коллеги, приведшего в медицину и криминалистику десятки тысяч людей, не состоялся. Он продолжает трудиться!

Юрий МОЛИН,
профессор,
заслуженный врач РФ.

Луч золотистый ложился
с невинной дрожью
Бликом на пепел докуренных сигарет.
Свет пробирался, как путник
по бездорожью,
В комнату. В комнате мы и пустой
мольберт.
Нас сотворял безумием на обоях
Мастер, решивший тоской
не губить холсты,
Чёрным и красным были мы, нам обоим
Так не хватало пространства и пустоты.
Мы были чёрным и красным, нам было
смертельно больно
Сливаться в единое, где кто-то из нас
ведом.
Картины не вышло, мы выцвели
добровольно.
А были ли мы вдвоём?

* * *

Сегодня мне снилось море,
И было оно тревожным,
Волнами впивалось в горы,
Бранило всё, что негоже.
И небо забвением дымным,
Закат огибая томный,
Чертой горизонта длинной
Ложилось по глади водной.
Уже не мечталось птицам
Расправить свободно крылья,
Не выпорхнуть, не напиться –
Их куполом туч накрыло.
О чём же тоскует море,
Я больше не понимаю,
Я больше не вижу горя,
И даже не ощущаю.
Я стала, как штиль, без вёсел:
Свободной и беспелезной,
Нет ветра, чтоб парус нёсся,
Он просто стоит над бездной...

* * *

Спать не даёт тоска беспочвенная
до неприличия,
От неистовой жадности жизни до полного
безразличия
Петлю затянуть, курок ли нажать
или балластом с крыши?
Что будет там, если взлететь ещё выше?
Знаю, что ничего не изменится,
если не бить по живому,
Знаю, что будет кровить из каждого
ножевого,
Но как по-другому, если внутри всё
мечется, всё рвётся и всё болит.
Что-то под кожей моей, как пёс,
скребёт когтём и скулит?
И пожирает, обгладывая, обдирая плоть
от сухих костей,
Кулаком в разможённую грудь забивает
стальной кастет,
От него гематомы багровые изнутри,
а по лёгким ртуть,
От него не укрыться, не выбраться,
не уснуть.
Оно остриём по роговице, скаулом и вдоль
ярёмной,
И кажется тьма прирученной, покладистой
и укромной.
Оно оседает в конечностях тяжкой
свинцовой ношей,
Волочу за собой, и не верится,
что когда-нибудь её сброшу,
Наступаю себе на горло и учусь,
как утопленник, не дышать.
Так уже мне привычно легче,
чем действовать и решать.

Боль мне сестра родная, с ней рискую
гораздо меньше,
Ею я заполняю бреши и пустоты своих
же трещин.
Депрессия, ангедония или хотя бы смерть?
Но я ещё жив, а значит, не ослабеет плеть.

* * *

В воздухе терпком пахнет мускатом
и миндалём,
Кожа её – как бархат, китайский шёлк,
атлас, лён:
Манит и завлекает. Я каюсь, сражаюсь,
мну

На литературный конкурс

Кистаман АБАКАРОВА

Золотистый луч



В белую простынь шёпот, признания,
тишину.
В теле моём трепещущем стынет её тепло,
Каждой прожилкой, трещинкой
им я травлюсь назло,
Ядом смертельно-сладостным,
диким её нутром,
Этим соблазном будто с ней восхожу
на трон,
Губы её, как взмахи по плоти скользких
розг,
Всё поражают: разум мой, сознание,
волю, мозг.
Ночь, переливы бликов, мерцание,
дрожь в окне,
Будто бы вихрь врывается в душу мою
извне.
Шепчет она: «Останься», и я бы остался
здесь,
Если б не рвал мне душу приторный
осадок, взвесь,
В озере чистом тина, торфяник,
болотный ил:
Был я в объятиях женщины, которую
не любил...

* * *

Только ты знаешь, какие у меня бесы
на сердце и демоны в голове,
И потому мне не страшно с тобой
на самое дно,
Окунать свои ранки, обнажаться изнанкой,
сшивать себе вены тонкой нитью
на рукаве,
Завернувшись в одеяло, складывать пазлы
из капель дождя на сырой траве,
Сдохнуть от асфиксии и жить без тебя –
одно. Ты – как враг, что уже родной.
Ты разгадываешь все мои ребусы, знаешь
все мои фобии, мании, их контекст.
И с тобой я совсем другая: бросаю
большой протест.
Это – как иммунный ответ,
как собственный тела яд.
Об этом все знают, но все молчат.
И потому я прячу своё чистилище
под грудину, скрываю под тишь и гладь.
Чтоб никто не разведал: ведь в слабое
место бьют.
А ты приходишь и выпускаешь наружу
всю эту чёртову рать,
Ну я же просила: оставь меня,
оставь меня умирать,
Быть может, я там обрету приют.
Но ты уже тут!

* * *

Чем быть с тобой – легче продаться
дьяволу, легче гореть в аду,
Легче точёным скальпелем храм высекать
на льду,

Легче Босфор в объятиях с толщей воды
сомкнуть,
Ты же мое проклятие, карма моя и суть,
Ладно, давай без пафоса, ты для меня –
не Бог,
Ты – эпицентр хаоса, начало и сам итог,
Я до тебя не мыслила, что может быть
так: навзрыд,
Словно по рёбрам выстрелы, словно
в них динамит,
Будто по стёклам ступнями голыми
до крови.
И ничего не чувствовать, кроме твоей
любви,
Было с тобой так сладостно, искренне,
хорошо,
Ты стал моим сном, парусом, крыльями,
виражом,
Будто в утробе матери, рядом с тобой
тепло,
Я от тебя без памяти. Стоп. О чём это я?
Ты – зло!
Чем быть с тобой, уж лучше мне вечно
гореть в аду,
Что? В полседьмого ждёшь меня?..
Конечно же, я приду!

* * *

Смирюсь с горькой истиной досадно:
Да! Ночь не так черна, как Человек,
И с каждым днём в бессмысленности
праздной
Я ощущаю, как мелькает век.

Как ничего не значат идеалы,
Творцов и гениев хулят рабы,
Как будто вековые горы, скалы
Вдруг оказались ветхи и слабы.

Как ни за что не ратуют потомки,
Довольствуйся медалью и венцом,
Хребты их оттого трухляво-ломки,
Что нет нужды за правду быть борцом.

Им по душе мещанские забавы,
И сыты животы – вот благодать!
Им не претит из сточной пить канавы
И всё, что продаваемо, продать!

Я не хочу ни сетовать, ни злиться,
Менять себя или других? – вопрос,
Да если б мог хоть кто-то измениться,
И равнодушием бы не оброс.

Я говорю; слова, увы, не мины,
И с ними не пойдёшь на эшафот
Оберегать наказанных невинно,
И лишь себе их горечью сжигаю рот.
Я подбираю рифмы, что покраше,

Но и они безлики и немые,
Ведь где-то там война идёт не наша,
И умирают дети не мои...

Вот если б хоть один из вас из зала,
Прервав по норам суетливый бег,
Рискнул стать настоящим, я б не знала,
Что ночь не так черна, как Человек!

* * *

Чем пахнет счастье? Грозю в мае,
В соцветьях лилий слезами неба,
Когда постишься, добру внимая,
То пахнет счастье кусочком хлеба.

Ещё, возможно, постельным шёлком,
Когда, проснувшись, не давит место,
Пьянящей хвоей нарядной ёлки
И мандарином, в котором детство.

Налитым чаем без бергамота,
Эспрессо с пенкой и круассаном,
Есть в повседневном хмельное что-то:
Мечтать с родными о самом, самом...

Духов знакомых испарением
С рубашки мужа, слегка помятой.
И ароматом родных варений
Бабули: с вишней, айвой и мятой...

И, несомненно, руками мамы,
Природной лаской их тёплой кожи,
Рук, собирающих origami
Из серых будней. Дай сил им, Боже!

Моё же счастье совсем не ново,
И пахнет просто – пижамкой дочки,
Вдыхая запах, рождаюсь снова,
Как яблонь мартовские почки.

Когда, прижавшись, она всем тельцем –
На колыбели моих ладоней,
Молочно-сладкий, без фальши специй
Я чую запах, как жизнь, бездонный.

И в этом нежном благоуханье
Всё заживает без швов и латок.
Я охраняю её дыхание
И изумляюсь – так воздух сладок!

* * *

Преврати меня в бабочку
Цвета «алый закат»,
Усади – хочешь в баночку,
Хочешь – выпусти в сад.
Сделай карей прожилкою
В серых радужках глаз,
Новогодней снежинкою,
Завершающей пазл.
Сыпь в кофейные зёрнышки,
Что ты пьёшь по утрам,
Оседая на доннышке,
Чтобы липла к устам.
Зашифруй меня числами,
Кодировкой энигм,
Совпадением немислимых
Человеческих стигм.
Дай мне быть расстройением
Пистолета к виску,
Тем души состоянием,
Если сбросить лужгу.
Быть позволь трепыханием
Мотыльков у костра.
Пуэрильным дыханием,
Уносящим в астрал.
Песнопением ласточек
В предзаросветной тиши.
Связью зёрен и палочек
В колосающейся ржи.
Зарисовкой иероглифа,
Татуировкой кистей,
Линий жизни картографом
Всех ладонных путей.
Хоть мимической трещинкой
Вдоль усталого лба,
Ведь любимую женщиной
Мне не быть никогда...

ОБ АВТОРЕ. К.Абакарова окончила лечебный факультет Дагестанской государственной медицинской академии в 2008 г. Работает акушером-гинекологом родильного дома № 1 Махачкалы.

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, А.ЖУКОВА, В.ЗАЙЦЕВА, В.ЗИНОВЬЕВ (зам. ответственного секретаря), А.ИВАНОВ, Т.КОЗЛОВ, В.КОРОЛЁВ, Б.ЛИХТЕРМАН, Г.ПАПЫРИНА, Ф.СМИРНОВ (редактор сайта).

Дежурный член редколлегии – В.ЕВЛАНОВА.

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

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

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

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

ИНН 7702394528, КПП 770201001, р/с 40702810338000085671, к/с 30101810400000000225,

БИК 044525225 ПАО Сбербанк г. Москва

Отпечатано в ОАО «Московская

газетная типография».

Адрес: 123022, Москва,

ул. 1905 года, д. 7, стр. 1

Заказ № 1871

Тираж 11 015 экз.

Распространяется по подписке в Российской Федерации и зарубежных странах.

