

Медицинская

18 октября 2023 г.
среда
№ 41 (8110)

Газета®



130 лет

ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ВРАЧЕБНОЕ ИЗДАНИЕ

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

www.mgzt.ru

Всё больше видов медицинской помощи оплачиваются из фондов ОМС, бюджет ФОМС превысил 3 трлн руб.

Стр. 4

Специалисты из 25 регионов поделились опытом на VI съезде Национального общества нейрорадиологов.

Стр. 5

От профилактики до высоких технологий – этой теме был посвящён форум Диагностической медицинской ассоциации.

Стр. 6-7

События

Молодёжная столица принимала фестиваль

В Нижнем Новгороде с успехом прошёл XV Всероссийский фестиваль искусств студентов-медиков и медицинских работников с международным участием



Сербский танец в исполнении ансамбля народного танца «Финист»

Одновременно на 7 площадках в более чем 50 номинациях соревновались 1100 конкурсантов из 23 медвузов России и Белоруссии и учреждений практического здравоохранения. Организатор – Приволжский исследовательский медицинский университет, учредители – Министерство здравоохранения РФ, Совет ректоров медицинских и фармацевтических вузов России, Профсоюз работников здравоохранения РФ и «Медицинская газета» – приложили все усилия для того, чтобы сделать эту встречу настоящим праздником. Фестиваль проходил при поддержке правительства Нижегородской области, Министерства здравоохранения региона, Министерства кадровой и молодёжной политики области, Министерства культуры региона, Министерства туризма и промышленности области, молодёжного центра «Высота».

Плеяда звёзд озарила сценические площадки города, провозглашённого молодёжной столицей России этого года и культурной столицей страны следующего года. Мы не забудем яркие выступления вокалисток Анастасии Дёминой (Витебский ГМУ), Екатерины Бруйка (Кубанский ГМУ), Полины Пузанковой (Красноярский ГМУ им. В.Ф.Войно-Ясенецкого), танцевальных коллективов TWINS, LUBI и «Финист» (все – Сеченовский университет), «Шомабас» (Казанский ГМУ), «Бархан» (Рязанский ГМУ им. И.П.Павлова), вокальных ансамблей, хоровых ансамблей – из

трёх московских медвузов, университетских оркестров и театров. Соревновались художники и фотохудожники, литераторы, мастера художественного слова, репортажа и аудиоподкаста, оригинального жанра.

Свободное от конкурсов время участники проводили на медицинских мастер-классах, психологических тренингах, квизе, караоке-батле, экскурсиях.

Гала-концерт фестиваля и награждение победителей прошли на арене Нижегородского государственного цирка им. Маргариты Назаровой. В честной и принципиальной командной борьбе

обладателем переходящего кубка Совета ректоров медицинских и фармацевтических вузов впервые за всю историю наших фестивалей стали москвичи – Сеченовский университет, 2-е место – у Рязанского ГМУ им. И.П.Павлова, 3-е – у РНИМУ им. Н.И.Пирогова, 4-е – у МГМСУ им. А.И.Евдокимова, 5-е – у Саратовского ГМУ им. В.И.Разумовского.

Надо сказать, что фестиваль 2020 г. должен был пройти на базе Курского ГМУ, который успел провести предваряющую форум акцию «Три дня в Курске». Но далее мир погрузился в ковидную пандемию, а потом Курская область стала прифронтовой зоной. Фестиваль-2023 решили провести в Нижнем Новгороде – и не как всегда весной, а осенью. В результате во время открытия в концертном зале «Юпитер» символ фестиваля «Смоленский ключ» ректору ПИМУ профессору Николаю Карякину передала директор Центра творческого развития и дополнительного образования Курского ГМУ Марина Извекова.

(Окончание на стр. 2.)

Проекты

Господдержка на выплаты медработникам

Правительство РФ поручило направить в 2023 г. Минтруду более 675 млн руб. на господдержку медучреждений для выплаты зарплат отдельным категориям работников, определённых Майским указом президента.

«Направить в 2023 г. Минтруду России бюджетные ассигнования в размере 675 827,1 тыс. руб. в целях государственной поддержки федеральных государственных учреждений, осуществляющих медицинскую деятельность, на оплату труда и начисления на выплаты по оплате труда отдельных категорий работников, определённых указом Президента Российской Федерации № 597 от 07.05.2012 «О мероприятиях по реализации государственной социальной политики», имея в виду сохранение в текущем году установленных этим указом целевых значений соотношения средней заработной платы отдельных категорий работников», – говорится в распоряжении Правительства РФ.

Минтруду России поручено осуществить предоставление господдержки этим учреждениям, а также контроль целевого и эффективного использования средств и предоставить доклад в кабмин до 1 февраля 2024 г.

Ранее Президент России Владимир Путин поручил правительству и регионам страны принять меры, чтобы обеспечить в полном объёме по итогам 2023 г. достиже-

ние установленных указами главы государства целевых показателей уровня заработной платы отдельных категорий работников бюджетного сектора экономики. Доклад по этой теме ожидается до 20 октября.

В сентябре Правительство РФ распорядилось направить на повышение заработной платы работников бюджетной сферы более 30 млрд руб. Получателями средств являются федеральные государственные учреждения, осуществляющие образовательную, научную и медицинскую деятельность. Минздраву и ФМБА России будет направлено из этой суммы более 8,3 млрд.

В Майском указе президента от 2012 г. речь идёт о работающих в здравоохранении, соцобеспечении населения, образовании, культуре и науке. Согласно указу, зарплаты школьных учителей, педагогов детских садов, преподавателей колледжей и работников учреждений культуры должны доходить до 100% от средней зарплаты по региону, а врачей, преподавателей вузов и научных сотрудников – до 200%.

Согласно данным Росстата, средний показатель заработка врачей в большей части регионов РФ в этом году пока не соответствует установленным Майским указом показателям. Ситуация с зарплатами среднего и младшего медицинского персонала выглядит лучше, но в среднем по стране они также не дотягивают до требуемого уровня.

Игорь НАУМОВ.

АВТОРИТЕТНОЕ МНЕНИЕ

Роман КОЗЛОВ

Главный специалист по клинической микробиологии и антимикробной резистентности Минздрава России, ректор Смоленского ГМУ, член-корреспондент РАН:

Совет ректоров медицинских и фармацевтических вузов – это инструмент постоянного взаимодействия с Минздравом. Можно много говорить о дистанционных формах встреч, но личное общение непосредственно между первыми лицами министерства и вузов принципиально важно.



Стр. 11

Новости

С заботой о «золотых» кадрах

В Алтайском крае ведётся большая работа по сохранению кадрового состава медицинских организаций. В частности, по инициативе губернатора региона Виктора Томенко с июля 2023 г. установлены ежемесячные выплаты врачам и специалистам со средним медицинским образованием пенсионного возраста участковых больниц, сельских врачебных амбулаторий, центров общей врачебной практики и ФАПов.

«Теперь 400 врачей и средних медработников в сельском здравоохранении получают из краевого бюджета дополнительно к основной зарплате по 9 тыс. и 6 тыс. руб. соответственно, – сообщил на интернет-форуме «Результаты реализации закона Алтайского края о статусе медицинского работника и другие мероприятия по привлечению и закреплению медработников в регионе» врио министра здравоохранения края Дмитрий Попов.

По его словам, благодаря такой надбавке многие медработники пенсионного возраста передумали бросать трудовую деятельность, что имеет огромное значение для села, ведь большинство из них – незаменимые специалисты ФАПов.

Министр также отметил, что у медработников, которые по каким-то причинам прервали трудовую деятельность, но хотят вернуться в медицину по своей либо по новой специальности, такая возможность есть. При этом можно даже получить компенсацию за обучение.

Елена ОСТАПОВА.

Барнаул.

Пример смелости и отваги

Торжественная церемония вручения донорам костного мозга медалей Федерального медико-биологического агентства «За содействие донорскому движению» состоялась в Российском национальном исследовательском медицинском университете им. Н.И.Пирогова Минздрава России.

Награды получили 9 человек из Регистра доноров костного мозга вуза.

«Я благодарю людей, которые пошли на такой важный шаг и дошли до конца, спасая незнакомого человека. Многие из наших доноров костного мозга были безальтернативными для конкретных пациентов, которым они помогли. Регистр растёт очень быстрыми темпами именно благодаря таким примерам смелости и отваги», – сказал вручавший медали донорам Денис Ребриков, проректор по научной работе РНИМУ им. Н.И.Пирогова, доктор биологических наук, профессор РАН.

По словам Тиграна Мурадяна, руководителя Регистра доноров костного мозга РНИМУ, всем реципиентам успешно трансплантированы стволовые клетки крови, сданные донорами. Пациенты или находятся под наблюдением, или уже выписаны. Вскоре ожидается их встреча с донорами. Отметим, что желающих вступить в регистр с каждым днём становится всё больше.

«В следующем году регистру исполнится 5 лет. В декабре 2019 г. на заседании учёного совета РНИМУ им. Н.И.Пирогова при поддержке совета и проректора по научной работе Д.Ребрикова был организован Регистр доноров костного мозга», – рассказал Тигран Гагикович.

Александр ГЕОРГИЕВ.

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

Сотрудничество

Профсоюзы Москвы и Минска укрепляют связи

Крупнейшие профсоюзы здравоохранения Москвы и Минска продолжают наращивать тесное сотрудничество и обмениваться опытом профсоюзной работы. В начале октября, по приглашению Профсоюза работников здравоохранения Москвы, состоялся официальный визит делегации Минской городской организации Белорусского профсоюза здравоохранения во главе с председателем Георгием Будревичем в столицу России.

Партнёрским отношениям между организациями способствует двустороннее сотрудничество Профсоюза работников здравоохранения РФ и Белорусского профсоюза здравоохранения, а также подписанное в марте 2023 г. двустороннее соглашение о сотрудничестве профсоюзов здравоохранения Москвы и Минска.

Важно отметить и представительный состав делегации, в который вошли главные врачи крупнейших стационаров городского и республиканского значения, амбулаторно-поликлинического звена и председатели первичных профсоюзных организаций.

В первый день членов делегации принимали в офисе Профсоюза работников здравоохранения Москвы. В ходе встречи его председатель Сергей Ремизов рассказал гостям о структуре организации, особенностях активной и плодотворной работы в рамках социального партнёрства, об успешных практиках представительства и защиты прав и интересов работников медицинских организаций Москвы. Одной из тем стала организация летнего отдыха для членов профсоюза и их детей, где акцент был сделан именно на детскую оздоровительную кампанию, которая уже второй год проходит в здравницах Республики Беларусь. Напомним, что это совместный проект с общероссийским профсоюзом здравоохранения, успешно реализуемый в летний период.

Председатель Минской городской профсоюзной организации Г.Будревич также поделился опытом взаимодействия с органами государственной власти, и рассказал о способах реализации задач правозащитной деятельности. Участникам предстояла насыщенная программа знакомства с



работой здравоохранения столицы, территориальных и первичных профсоюзных организаций.

Одним из первых стало посещение городской клинической больницы № 15 им. О.М.Филатова и встреча с главным врачом больницы доктором медицинских наук Валерием Вечорко, рассказавший о современных возможностях работы стационара, тесном взаимодействии с первичной профсоюзной организацией больницы, которая помогает в реализации социально значимых инициатив, приходит на помощь в трудную минуту, и, конечно, показал гостям работу недавно открытого флагманского центра экстренной помощи. Это один из 6 центров, которые до конца года вступят в строй и заработают по новому стандарту экстренной помощи в крупнейшем мегаполисе страны.

Знаковым событием программы стало посещение Национального медицинского исследовательского центра онкологии им. Н.Н.Блохина, где гостей встретил директор центра доктор медицинских наук Иван Стилиди. На встрече он поделился успехами работы в части оказания онкологической помощи, современным уровне и возможностях ранней диагностики заболеваний, которая действует в соответствии с федеральной программой. Особая гордость центра – школа для детей, которые в силу болезни не имеют возможности посещать учебные заведения и получают здесь образование в период длительного лечения. Был отмечен высокий уровень работы первичной

профсоюзной организации, как надёжного партнёра в решении стоящих задач, отмечена его роль в реализации совместных проектов заботы о сотрудниках центра. Кроме того, гости смогли познакомиться с работой детской городской поликлиники и территориальной организации профсоюза в Восточном административном округе.

Действительно, членов делегации впечатлил размах модернизации московского здравоохранения, уровень оснащённости и кадровый потенциал медицинских работников.

С.Ремизов, подводя итоги визита делегации Минского профсоюза, отметил, что московское здравоохранение сегодня – это отличный пример того, каким должен быть уровень оказания медицинской помощи, условия труда и отдыха медицинских работников. «За последние несколько лет мы совершили стремительный прорыв в этом направлении, – подчеркнул он. – В свою очередь профсоюз – надёжный социальный партнёр, готовый всегда протянуть руку помощи, оказать содействие в решении самых сложных вопросов. И именно вместе мы добиваемся положительных результатов. Развитие добрососедских отношений с нашими белорусскими коллегами позволит обменяться опытом и реализовать новые идеи и совместные перспективные проекты».

Алексей ПИМШИН.

События

(Окончание. Начало на стр. 1.)

Традиционно огромную роль в организации форума играл Профсоюз работников здравоохранения РФ. Многие конкурсанты по итогам фестиваля получили от этой организации денежные премии. И если во время открытия участников



Передача символа фестиваля

Молодёжная столица принимала фестиваль

приветствовал заместитель председателя Профсоюза работников здравоохранения РФ Михаил Андрочников, то призы и дипломы во время гала-концерта вручал председатель Нижегородской областной организации Профсоюза работников здравоохранения РФ Василий Приказнов.

Очередной XV Всероссийский фестиваль искусств студентов-медиков и медицинских работников с международным участием вошёл в историю. Он раскрыл массу талантов, которыми так богато медицинское сообщество. В ближайшее время станет известно место проведения очередного форума искусств.

Альберт ХИСАМОВ,
обозреватель «МГ».
Фото Нины МЯЧИНОЙ,
Ивана БЕЛОВА.

Подробный отчёт о фестивале – в ближайших номерах «МГ».



М.Андрочников

АКЦИЯ!

«МГ» через редакцию

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

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

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

Ситуация

Радиофармпрепараты: прорывной формат развития

Министр здравоохранения РФ Михаил Мурашко принял участие в VIII ежегодном форуме «Биотехмед» в Сочи – одном из ключевых событий в фармацевтической и медицинской отрасли. В ходе пленарной сессии он рассказал о доступности инновационных отечественных лекарственных препаратов, проверке их качества и эффективности.

– Первое – система должна работать бесперебойно, то есть это стабильность поставок медицинской продукции. Второе – это инновационность системы и поддержка научных разработок и их внедрение. Важно, чтобы система здравоохранения была конкурентоспособной, обеспечивала потребности населения и в первую очередь давала результаты. Всё это сегодня решается в комплексе, совместно с промышленностью и банковской системой, поддерживаемыми это направление, и с научным сообществом, которое является инициатором нововведений, – сказал министр.

В ходе пленарной сессии М.Мурашко также отметил, что благодаря разработке и производству радиофармацевтических препаратов удалось достичь снижения показателей смертности, в том числе от онкологических заболеваний.

– Мы идём по пути дальнейшего увеличения объёмов помощи, включая область онкологии и за-

болеваний сердечно-сосудистой системы. По радиофармпрепаратам получен прорывной формат развития, и это уменьшило показатели смертности от онкологических заболеваний. Есть направление по ревматоидным заболеваниям, по ним тоже есть ряд положительных изменений. Ещё ряд препаратов сейчас проходят клинические испытания. Как только эти препараты выйдут на рынок, ландшафт терапии поменяется: это и снижение инвалидизации, и повышение качества жизни, – заявил министр.

Он добавил, что на сегодняшний день обеспечивать доступность и увеличивать объёмы терапии, в частности противоопухолевой, позволяет чётко выстроенная тарифная политика.

На форуме «Биотехмед-2023» дивизион «Технологии здоровья» (Госкорпорация «Росатом»), Министерство промышленности и торговли РФ, правительство Калужской области и администрация Обнинска подписали специальный инвестиционный контракт в рамках реализации проекта строительства крупнейшего в Европе завода по производству радиофармпрепаратов по стандартам GMP. Документ был подписан заместителем председателя Правительства РФ – министром промышленности и торговли РФ Денисом Мантуровым, губернатором Калужской области Владиславом Шапшой, главой городского самоуправления городского округа «Город Обнинск» Геннадием Артемьевым и генеральным директором АО «Русатом Хэлскеа»

(Госкорпорация «Росатом») Игорем Обрубовым.

Крупнейший проект Росатома в сфере здравоохранения – строительство в Калужской области завода по производству радиофармпрепаратов – признан стратегически важным для обеспечения лекарственной безопасности страны и получил поддержку государства в рамках специального инвестиционного контракта. Сегодня Росатом уже выпускает 11 радиофармпрепаратов для диагностики, лечения и тераностики онкологических и сердечно-сосудистых заболеваний. Радиоизотопная продукция Госкорпорации «Росатом» позволяет проводить порядка одного миллиона диагностических и терапевтических процедур в РФ ежегодно. К 2025 г. 21 технологическая линия будущего завода начнет выпускать более 25 наименований радиофармпрепаратов.

– Росатом является партнёром Минпромторга и Минздрава России по ключевым направлениям в обеспечении технологического суверенитета страны в области здравоохранения: создании современной медицинской инфраструктуры, производстве высокотехнологичного медоборудования, цифровизации и фармпроизводства. Со стороны государства мы видим мощный запрос на развитие отечественных технологий по производству радиофармпрепаратов. Параллельно со строительством завода мы ведём клинические и доклинические исследования ряда инновационных РФП, которые пла-

нируются к выпуску на технологических линиях завода. Если говорить о сооружении объекта, сейчас идут монолитные работы по возведению каркаса здания, мы планируем их завершить уже в 2024 г. Подписанный специальный инвестиционный контракт наглядно демонстрирует важность для страны работы, которую сегодня Росатом ведёт для увеличения продолжительности и повышения качества жизни россиян, – отметил И.Обрубов.

На базе завода Росатома в Обнинске будет производиться широкая номенклатура радиофармпрепаратов и активных фармацевтических субстанций, включая наиболее востребованные продукты на основе изотопов йода-131, самария-153, молибдена-99. Завод также представит активные радиофармацевтические субстанции и лекарственные препараты на основе лютеция-177, актиния-225, радия-223 и других изотопов.

Радиофармпрепараты Росатома будут использоваться специалистами в области ядерной медицины для лечения пациентов, у которых диагностированы нейроэндокринные опухоли, миелоидные заболевания, рак предстательной железы, почек, костных тканей, слюнных желез, опухоли головного мозга, солидные опухоли, нейробластома, рак лёгких, яичников, мочевого пузыря, молочной железы, кожи, печени, поджелудочной железы, кишечника, щитовидной железы, неходжкинские лимфомы и многие другие нозологии.

Павел БАЛАГИН.

Перемены

Обновлён порядок прохождения аттестации

Приказ Минздрава России № 458н от 31.08.2023 «Об утверждении порядка и сроков прохождения медицинскими работниками и фармацевтическими работниками аттестации для получения квалификационной категории» зарегистрирован в Минюсте России 05.10.2023.

Аттестация специалистов, имеющих высшее медицинское и фармацевтическое образование, или со средним медицинским и фармацевтическим образованием, проводится по номенклатуре специальностей.

По результатам аттестации устанавливается вторая, первая или высшая квалификационная категория. Квалификационные категории, присвоенные специалистам, действительны в течение 5 лет со дня их присвоения. Специалисты вправе проходить аттестацию на присвоение более высокой квалификационной категории не ранее чем через 2 года со дня присвоения квалификационной категории. При аттестации оцениваются теоретические знания и практические навыки, необходимые для выполнения профессиональных обязанностей по соответствующим специальностям и должностям, на основе результатов квалификационного экзамена, включающего экспертную оценку отчёта о профессиональной деятельности специалиста, тестовый контроль знаний и собеседование.

Документы на аттестацию теперь возможно подать через портал госуслуг. Для специалистов с высшим образованием отчёт должен содержать анализ профессиональной деятельности за последние 3 года, для средних медработников – за последний год.

Обновлённый порядок прохождения медицинскими и фармацевтическими работниками аттестации начнёт применяться с 1 января 2024 г.

Дмитрий ДЕНИСОВ.

Криминал

Условный срок за взятки

К условному сроку приговорили заведующего хирургическим отделением красноярской больницы № 20.

Врач брал взятки с пациентов. Как рассказали в Прокуратуре Красноярского края, в июне и июле 2021 г. к медику обратились 3 человека, для проведения операции. Но хирург утверждал, что нужно дождаться очереди, которая может длиться до 3 месяцев. При этом предлагал альтернативу – заплатить ему, и все процедуры проведут уже на следующий день. И они согласились, двое перевели врачу по 30 тыс. руб., третий – 50 тыс., так как операция была сложнее. Само лечение при этом проходило за счёт ОМС.

Но одна из пациенток вскоре решила сообщить о даче взятки, так как боялась, что попадёт под следствие, и сама пришла в краевое управление ФСБ.

Врач свою вину не признал и заявил, что ни с кем не договаривался и ничего не знал о денежных перечислениях – большие якобы сами перевели деньги на карту, которой по факту пользуется жена. А когда узнал об этом, не стал возвращать средства, так как якобы не понимал, законно ли это. Все его доводы опровергли в суде и приговорили его к 4 годам условного срока с испытательным в 3 года. Врачу также придётся заплатить штраф 500 тыс. руб., дополнительно прокуратура взыщет сумму взяток – 110 тыс.

Анатолий ПЕТРЕНКО.

Преодоление

Операция вблизи линии соприкосновения

Военные врачи и медицинский персонал Южного военного округа ежедневно оказывают необходимую квалифицированную и специализированную медицинскую помощь военнослужащим и пострадавшим мирным жителям на территории развёрнутых военных госпиталей и медицинских пунктов в зоне проведения специальной военной операции, сообщило Минобороны России.

Освободив и расчистив заброшенное складское помещение, военные врачи медицинского батальона российской группировки войск превратили его в современную

операционную, которая находится в непосредственной близости к линии боевого соприкосновения Запорожского направления специальной военной операции. В медпункте имеется самое современное медицинское оборудование и весь необходимый перечень лекарств, что позволяет медикам оказывать своевременную помощь и не допускать осложнений при травмах и заболеваниях.

«Военные врачи могут проводить на передовой операции различной сложности, например, такие как протезирование магистральных сосудов верхних и нижних конечностей, которые, в принципе,

выполняются только в специализированных военных госпиталях Минобороны России. А также в истории медицинского батальона впервые была практика проведения операции на открытом сердце, в ходе которой военным медикам удалось стабилизировать ишить рану правого желудочка», – сообщили в военном ведомстве.

Кроме того, водители-санитары медицинского батальона, рискуя жизнью, ежедневно эвакуируют с поля боя раненых товарищей под непрекращающимся стрелковым и артиллерийским огнём. Чтобы спасти жизни и не терять драгоценные минуты, военнослужащие

эвакуационного подразделения дооборудовали санитарный броневый автомобиль «Линза» и сделали из него реанимацию на колесах.

Украинские националисты продолжают использовать запрещённые кассетные боеприпасы, о чем говорят характерные множественные осколочные ранения поступающих в медицинский пункт пациентов, отметили в Минобороны России.

Главная цель военных медиков медицинского батальона – остановить кровотечение, удалить осколки и создать все условия для заживления раны и после этого эвакуировать пациентов в профильные медучреждения для дальнейшего лечения и реабилитации.

Юрий ДАНИЛОВ.

Подписка-2024

ПОДПИСНЫЕ ИЗДАНИЯ

ПОЧТА РОССИИ

КНИГИ
ГАЗЕТЫ
АЛЬМАНАХИ
ЖУРНАЛЫ

2024
1 полугодие

Официальный каталог
Почты России на первое
полугодие 2024 года

Всё 6000 изданий
(полная номенклатура)
представлены на сайте
podpiska.pochta.ru

8 800 100-00-00

Уважаемые читатели!

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

Подписные издания

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

Подписные индексы:

ПН016 – на год
ПН014 – на месяц.

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

Юридические лица могут подписаться через отделы подписки региональных почтамтов.

КАТАЛОГ
периодических изданий
газеты и журналы

I полугодие 2024 года

30 лет
со службы прессой

Избранные
издания
для бизнеса

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

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

Увеличение финансирования в рамках системы ОМС касается таких направлений, как гемодиализ, скорая медицинская помощь, процедуры экстракорпорального оплодотворения. Впервые в базовую программу включены эксклюзивные методы высокотехнологичной медицинской помощи. Объёмы ВМП будут и дальше расти, рассказала заместитель председателя Федерального фонда ОМС Светлана Кравчук на «круглом столе» в «Российской газете», посвящённом 30-летию системы ОМС.

Сохранить систему здравоохранения

С.Кравчук напомнила, что система ОМС была построена и введена в стране в период серьёзных социально-экономических преобразований, которые не могли не затронуть систему здравоохранения. Вопросы финансирования и обеспечения конституционных прав граждан стояли на тот момент достаточно остро, поэтому необходимо было принимать дополнительные усилия, чтобы сохранить систему здравоохранения и обеспечить права граждан на бесплатную медицинскую помощь. В 1993 г. вступил в силу Закон о медицинском страховании граждан, который ввёл страховые взносы в систему ОМС как дополнительный источник содержания медицинских организаций, обеспечение медицинской помощи. Он и позволил сохранить в России систему здравоохранения.

– К 2010 г. закон уже устарел, были необходимы новые преобразования, – подчеркнула С.Кравчук. – Нужно было конкретизировать задачи обязательного медицинского страхования. К тому периоду оно уже состоялось и требовало дополнительных механизмов урегулирования, конкретизации прав граждан, механизмов реализации законодательства всеми участниками, всеми субъектами РФ. Поэтому необходимо было закрыть дефицит территориальных программ по обеспечению граждан медицинской помощью. И в 2010 г. был принят новый закон об ОМС, который ввёл единые принципы, единые механизмы реализации законодательства на территории всей страны. Были сформированы единые системы обеспечения охраны здоровья граждан, введена единая тарифная политика в системе. Гражданам было дано право самим выбирать страховые медицинские организации.

За этот период много усилий было принято и по наполнению системы ОМС финансовыми средствами. Система развивалась, количество её участников постоянно увеличивалось. С принятием в 2010 г. нового закона было упрощено введение в систему ОМС частных медицинских организаций, которые позволили увеличить конкурентность, расширить право выбора человека на получение медицинской помощи.

Интеграция новых регионов

В 2014 г. с Россией воссоединились Республика Крым и город Севастополь, которые были успешно интегрированы в систему ОМС. С 1 марта 2023 г. в других новых субъектах – Донецкой и Луганской народных республиках, Херсонской и Запорожской областях, которые вошли в состав России, была начата выдача полисов ОМС. Как сообщила С.Кравчук, на сегодняшний день их жителям выдано около 2,5 млн полисов, 1,5 млн застраховано непосредственно на территории этих регионов, получив право на бесплатную медицинскую помощь, как и другие граждане РФ.

Оказание медицинской помощи жителям новых регионов регламентируется Федеральным

Законом № 16-ФЗ от 17.02.2023. И для застрахованных уже сегодня оплачивается медицинская помощь в федеральных клиниках, ФОМС полностью несёт не только организационную, но и финансовую ответственность по этим вопросам.

– Что касается в целом финансирования и внедрения системы ОМС на данных территориях, то в настоящее время разработан проект закона, который, по сути, ещё на год даёт возможность медицинским организациям войти в систему здравоохранения, осна-

По её словам, серьёзный вопрос был решён в части профилактики. Это введение дополнительной углублённой диспансеризации, которая позволила больше внимания уделить профилактике у пациентов с хроническими заболеваниями и переболевшими ковидом.

Серьёзное развитие получает и система информатизации как здравоохранения в целом, так и ОМС. С декабря прошлого года начата выдача цифрового полиса ОМС. И сегодня человеку не нужно предъявлять полис для получения

низациями было проведено более 16 млн экспертиз, при этом около 70% из них – это экспертиза качества оказания медпомощи. В 2,2 млн случаях были выявлены нарушения, связанные с проблемами и неполным выполнением тех порядков и стандартов оказания медпомощи, которые установил регулятор отрасли, рассказал вице-президент Всероссийского союза страховщиков Дмитрий Кузнецов. Вторая по частоте причина нарушений – ожидание предельно допустимых сроков оказания медпомощи. Часть экспертиз

выделяются на систему здравоохранения, – рассказал Д.Кузнецов.

Уникальная диспансеризация

Главный специалист Минздрава России по терапии и общей врачебной практике, директор НИИЦ терапии и профилактической медицины Минздрава России, академик РАН Оксана Драпкина остановилась в своём выступлении на диспансеризации, которую она назвала уникальной.

ОМС: реальность и перспективы

Выигрывает пациент — выигрывает государство

Объёмы медицинской помощи по программе ОМС увеличиваются ежегодно



сти их, укомплектовать кадрами для организации всех объёмов медицинской помощи по базовой программе ОМС. Поэтому на следующий год мы предусматриваем уже оплату медицинской помощи из территориальных фондов ОМС. Но, конечно, для них будем делать упрощённую систему предъявления данных объёмов медицинской помощи на оплату. Этот механизм сегодня нами обсуждается и разрабатывается совместно с Минздравом и с Минфинком России, – отметила С.Кравчук.

Бюджет фонда превысил 3 трлн

Финансовые средства ОМС увеличиваются с каждым годом, в 2023 г. в целом бюджет ФОМС составил около 3 трлн руб., только на оплату медицинской помощи по территориальным программам направлено более 2,7 трлн. С 2024 г. бюджет ФОМС перейдёт рубеж 3 трлн, и в следующем году в нём запланировано для территорий субвенция в размере 3,12 трлн для оплаты медицинской помощи. Это достаточно большой скачок, для реализации доступности медицинской помощи гражданам РФ направляются серьёзные средства.

– Дополнительные финансовые средства позволяют нам расширять непосредственно и объёмы медицинской помощи, и всё больше её видов включать в обязательства системы ОМС. Это гемодиализ, скорая медицинская помощь, ЭКО, ВМП, которые на сегодняшний день широко оказываются в рамках ОМС. В последние годы серьёзный акцент сделан на развитие первичной медицинской помощи. Это и медицинская реабилитация, и профилактика, и диспансеризация населения, которая сегодня доступна практически каждому человеку, застрахованному в ОМС, – сообщила заместитель председателя ФОМС.

медицинской помощи, достаточно показать штрихкод на телефоне. Каждая медицинская организация имеет возможность получить эту информацию, имея доступ к центральному сегменту для того, чтобы определить, застрахован человек или нет, и оказать ему всю необходимую медицинскую помощь за счёт средств ОМС. При этом все участники системы ОМС используют единую систему цифровизации, что позволяет правильно организовать и маршрутизировать пациентов для получения медицинской помощи.

Вызовы, которые стояли и сегодня стоят перед системой, – это нивелирование рисков недостатка средств на приобретение медицинских изделий и лекарств. Это нормативы, которые определяют обязательность медицинской реабилитации в амбулаторном звене, в дневном стационаре. Впервые в базовую программу включены достаточно серьёзные эксклюзивные методы высокотехнологичной медицинской помощи. Создан единый федеральный регистр всех застрахованных лиц, который будет являться основой персонального учёта для оказания медицинской помощи гражданам. Запущены дополнительные социально значимые сервисы, рассказала С.Кравчук.

Кроме того, в ФОМС видят перспективы системы ОМС в дальнейшем развитии базовой программы, расширении высокотехнологичных методов медицинской помощи, совершенствовании способов оплаты медицинской помощи при взаимодействии медицинских организаций и СМО. А главной задачей является безусловное достижение всех целей национальных проектов в области здравоохранения, так и демографии.

В центре внимания – человек

За первую половину 2023 г. страховыми медицинскими орга-

проводится на основании жалоб граждан. За 8 месяцев 2023 г. страховщикам поступило более 3 млн обращений. В основном они касаются амбулаторного получения медпомощи.

– Та система, которая была призвана поддержать финансирование медицинских организаций, оказывающих помощь гражданам РФ, стала не только ориентироваться на поддержание финансирования медицинских организаций, но и заниматься непосредственно человеком, который нуждается в получении медицинской помощи. Мне кажется, что это очень важное достижение, – отметил Д.Кузнецов.

По его словам, система, которая уже сформировалась, позволяет гражданам очень многое – выбирать медицинское учреждение и лечащего врача, рассчитывать на информационную поддержку на всех этапах получения медицинской помощи, без каких-либо дополнительных административных барьеров иметь возможность получения медицинской помощи в разных субъектах РФ. Это также одно из больших достижений ОМС.

– Система полезна не только человеку, но и государству. Потому что благодаря всем участникам есть обратная связь в отношении того, насколько эффективно расходуются те средства, которые направляются на финансирование оказания медицинской помощи гражданам, и находить те проблемы, которые необходимо решать в последующем. И, безусловно, это делается именно участниками системы в лице страховых организаций и территориальных фондов ОМС, – добавил Д.Кузнецов.

При этом, по его словам, варианты взаимодействия СМО с гражданами далеко не исчерпываются исключительно механизмами их оповещения о тех возможностях, которые существуют в системе ОМС. СМО напоминают гражданам о том, что им целесообразно пройти то или иное исследование, диспансеризацию, решить вопросы, касающиеся получения медицинской помощи. Одной из составляющих, которая важна как для государства, так и для человека, является система независимого контроля качества медицинской помощи.

– Это важная вещь, потому что она позволяет защитить человека. Он должен получать ту медицинскую помощь, которая ему положена, несмотря ни на что, в любой точке РФ. По крайней мере, для этого прикладываются максимальные усилия. И, безусловно, для государства это важнейший механизм оценки оптимального расходования средств, которые

– Она уникальна широтой, потому что каждый взрослый человек, начиная с 18 лет, ежегодно бесплатно может прийти к врачу с профилактической целью. Начиная с 2019 г., работники в возрасте 40 лет и старше теперь получают ежегодно дополнительный выходной день для прохождения диспансеризации. Мы много работали над качеством и эффективностью её проведения. Это не обследование с головы до пят, а методика скрининга. И в неё входит четыре группы заболеваний – сердечно-сосудистой системы, сахарный диабет, хроническая обструктивная болезнь лёгких и скрининг определённых локализаций и видов рака.

После диспансеризации выявленные факторы риска или заболевания необходимо взять под контроль в рамках диспансерного наблюдения. Здесь велика роль страховых представителей в том, чтобы проинформировать пациентов об этом, ответить на их вопросы.

Безусловно, пандемия в течение 3 лет несколько ослабила профилактическую работу, в некоторых регионах диспансеризация не проводилась определённое количество времени.

– Мы налаживали тестирование и амбулаторное ведение больных с новой коронавирусной инфекцией, очень быстро перестроились на электронные больничные листы. Сейчас работаем по принципу приоритетности. Это не значит, что диспансеризация направлена только на какую-то группу, на неё может прийти любой гражданин от 18 лет и до любого преклонного возраста. Но всё-таки в фокусе особого внимания, и здесь нам очень помогают страховые представители, – проактивное приглашение людей трудоспособного возраста, которые 2 года и более не были в медицинской организации. Сейчас вносятся определённые изменения в Порядок проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации, чтобы у нас была возможность прийти и в организованные коллективы и проводить диспансеризацию не только по территориальному принципу, – отметила О.Драпкина.

Кроме того, важным моментом также стало то, что диспансеризация, диспансерное наблюдение и профилактические программы сейчас выведены из подушевого финансирования, это поднимает заинтересованность медицинских организаций в их проведении.

Сергей ФЁДОРОВ.



Дифференциальный диагноз патологических изменений центральной нервной системы насчитывает сотни нозологий, и по праву считается одной из самых сложных анатомических областей. Национальное общество нейрорадиологов объединило специалистов и содействует установлению тесных связей между врачами разных специальностей: диагностами, клиницистами, нейрохирургами, физиологами, неврологами, а также биохимиками, биофизиками и медицинскими физиками. Съезды общества проводятся раз в два года в разных регионах страны, и местные нейрорадиологи становятся их президентами. В этом году VI съезд Национального общества нейрорадиологов прошёл в Адлере, его президентом стала заведующая рентгеновским отделением НИИ – Краевой клинической больницы № 1 им. С.В.Очаповского, главный специалист по лучевой диагностике Минздрава Краснодарского края Елена ЗЯБЛОВА.

– Елена Игоревна, почему главной темой нынешнего съезда стали неотложные состояния?

– Потому что неотложные состояния актуальны постоянно. Всегда, что бы ни случилось. В мирное время, в период ведения специальной военной операции – неважно, они всегда были, есть и будут. В таких ситуациях рентгенолог абсолютно чётко должен сказать лечащему врачу, что происходит с пациентом. Приходится работать без задержек, ориентироваться в ситуации, когда мы сильно ограничены во времени, потому что ситуация неотложная, ургентная.

– Располагает служба возможностями быть ургентной?

– Скажу на примере нашего края. У нас большой парк тяжёлой рентгенологической аппаратуры: установлены 128 КТ, 22 МРТ. Штат врачей – 538, лаборантов – 874, это большие цифры. Правда, врачи и лаборанты у нас совмещают работу в государственных и частных клиниках, поэтому цифры по количеству персонала могут быть несколько отличными.

– Широта вашей специальности поражает, это заметно и по программе съезда.

– Как отметил президент Национального общества нейрорадиологов, заместитель директора по научной работе НМИЦ нейрохирургии им. Н.Н.Бурденко, академик РАН Игорь Пронин, около 60% всех исследований с помощью магнитно-резонансной томографии проводится при патологии центральной нервной системы. По его словам, нейрорадиология пока не выделилась в отдельную специальность из лучевой диагностики, но это вопрос времени.

Нейрорадиолог – это высококвалифицированный врач. Он не только специализируется на диагностике и характеристике аномалий в нервной системе, позвоннике, голове и шее, работая в рентгенологическом отделении и интерпретируя медицинские изображения, чтобы поставить диагноз или рекомендовать лечение. Нейрорадиологи часто выступают в качестве консультантов лечащего врача, рекомендуют соответствующие тесты визуализации для установления диагноза.

Мы наблюдаем широкое внедрение в клиническую практику последних достижений физики, химии, информационных технологий. Новые способы регистрации диагностических данных, принципиально новые алгоритмы обработки информации, использование высоких магнитных полей – всё это требует постоянного повышения уровня знаний и квалификации нейрорадиологов. Сегодня нам приходится изучать не только рентгенологию, анатомию, неврологию и нейрохирургию, но и физику, биохимию, генетику, молекулярную биологию, нейрофизиологию и нейропсихологию.

Субарахноидальные кровоизлияния и аневризмы, черепно-мозговая и спинальная травма, ишемия головного мозга, нейроонкология, дифференциальный диагноз при неотложных состояниях (опухоль, инфекции), невралгия с клиникой лицевых болей, неотложные состояния при аутоиммунных процессах, демиелинизации и интоксикации – таких далеко не полный перечень тем, которые рассматривались на съезде. Обсуждались и неотложные послеоперационные состояния и осложнения. В программу также вошли лекции и доклады,

поступления пострадавших может быть обеспечено только путём проведения последовательных лечебных мероприятий на различных этапах медицинской эвакуации.

Врач из Донецка Анна Палкина осветила особенности черепно-мозговой травмы в условиях активных боевых действий в рамках СВО. Был дан сравнительный анализ травм головы в 2014 г. и во время СВО – они стали более тяжёлыми с преобладанием осколочных ранений. Профессор Игорь Железняк из Военно-медицинской

кой больницы в Кубанском ГМУ открылась кафедра последипломной подготовки рентгенологов для лучевой диагностики – № 2. Это конкретно улучшило обстановку в нашей больнице, потому что лучших молодых врачей, которых мы готовили, мы, конечно, оставляли для себя.

– На съезде говорили об искусственном интеллекте, перспективах его применения в вашей области медицины. Сможет ли ИИ когда-нибудь заменить нейрорадиолога?

национальной онкологической программе наш парк рентгеновской аппаратуры значительно пополнился. Здесь, конечно, сыграли большую роль администрации края и нашей больницы. Ведь мало того, что аппаратуру эту нужно приобрести, её нужно установить, правильно определить маршрутизацию. Если говорить, допустим, о пациентах с нетравматическим внутримозговым кровоизлиянием, то в 2007 г. у нас была на весь край одна больница, где можно было сделать круглосуточно КТ

Наши интервью

Елена ЗЯБЛОВА:

Неотложные состояния в нейрорадиологии всегда актуальны



посвящённые современным технологиям нейровизуализации, и многое другое.

Приехали 182 специалиста из 3 стран и 25 российских регионов. Лекции прочли академики РАН И.Пронин, Д.Усачёв, В.Порханов, член-корреспондент Т.Трофимова, представители профессорско-преподавательского состава ведущих институтов России. За два дня на пленарных сессиях, образовательной школе по использованию трактографии, сессии молодых учёных и спонсорских симпозиумах прозвучало около 50 докладов. Хочу отметить, что из 50 докладов 7 были из краевой клинической больницы № 1. Приглашённые спикеры выступили с докладами о современных технологиях МРТ (диффузионно-взвешенных изображениях (DWI), диффузионно-тензорной трактографии), перфузионных исследованиях и их диагностических возможностях. На отдельной сессии рассматривалась стандартизация описания КТ и МРТ при неотложных состояниях. Отрадно, что и учёные, и врачи приезжают на съезд и делятся опытом – любой опыт бесценен.

– Закономерно, что отдельная сессия была посвящена неотложной нейрорадиологии в условиях военных конфликтов.

– Излишне говорить об актуальности данной темы. Известно, что раненые и больные с поражением нервной системы требуют длительного лечения, имеют высокий уровень инвалидизации, что приводит к значительному ухудшению качества жизни даже при сравнительно лёгких повреждениях. А если ещё учитывать, что велик удельный вес повреждённой нервной системы при сочетанной травме... Поэтому любое поражение нервной системы требует своевременного обнаружения, адекватной диагностики и лечения с последующей реабилитацией, что в условиях массового

академии им. С.М.Кирова (Санкт-Петербург) рассказал о компьютерной томографии при проникающих огнестрельных ранениях черепа. Такой опыт поможет совершенствовать систему оказания медицинской помощи этой когорте пациентов.

– Была ещё сессия молодых учёных. Молодёжь идёт в специальность?

– Идёт. Я заведу кафедрой лучевой диагностики – 2 ФПК и ППС Кубанского ГМУ. У меня на кафедре 40 ординаторов второго и 27 первого года обучения. Это приличное количество молодых врачей. Им интересно, они осваивают знания с удовольствием. Радует, что есть молодёжь, которой интересно заниматься наукой. Любимой врач должен совершенствовать знания, заниматься наукой – такую позицию занимает и главный врач больницы академик РАН Владимир Алексеевич Порханов. Тем не менее будет очень обидно, если большая часть этих ребят уйдёт в частную практику.

– Что можно этому противопоставить – чтобы не уходило?

– Только увеличение зарплат. Частные клиники же их деньгами привлекают, а кроме того, там нет тяжёлых пациентов, нет ночных дежурств. Конечно, зарабатывать деньги в частной клинике легче, чем в государственной. Но не все понимают, что уходя в частную клинику, можно растерять опыт, ведь тяжёлых, интересных случаев, какие бывают в клинической практике больших стационаров государственных учреждений, в коммерческих учреждениях не найти.

– Значит, вы испытываете нехватку персонала?

– Да, несмотря на большое число персонала в Краснодарском крае, о чём я сказала, у нас острая нехватка и рентгенологов, и рентгенолаборантов. И прежде всего это связано с тем, что очень много людей ушло в частные клиники. Мы это резко ощутили во время пандемии коронавирусной инфекции. Такая ситуация отмечалась не только в нашем регионе и по всей России, но и по всему миру. В экстренном порядке устанавливались аппараты КТ, необходимо было смотреть пациентов, выполнять КТ грудной клетки. Аппараты ставили, а где взять специалистов? Их было определённое количество, а на такую распространённость томографов их стало не хватать. Об этом тоже шла речь на съезде.

Появилась потребность в подготовке кадров, и с прошлого года на базе нашей Краевой клинической

Мы говорили о том, что искусственный интеллект, возможности которого в современной нейрорадиологии изучаются, нужен не для того, чтобы заменить доктора, а для того, чтобы быть первым мнением, дать специалисту возможность принимать решения в заключении по пациенту. Это особенно важно, когда у рентгенолога не очень большой опыт в нейрорадиологии. Напомню, что мы являемся референсным центром и всегда готовы помочь. Если у коллег есть какие-то проблемы с описанием полученных изображений, пожалуйста, у нас есть телемедицинские консультации, есть санавиация, возможен повторный просмотр.

Конечно, на конгрессах, съездах, в публикациях говорится о возможностях искусственного интеллекта, о том, что он может дать. Вопросы автоматизированных протоколов, поиска любой патологии, которые выявляют с помощью лучевых методов исследования, находятся на сегодняшний день в стадии изучения, разработки и тестирования. Но всегда правильно говорить ещё и об ограничениях этих методик. Понимаете, каждая методика чем-нибудь да ограничена. Если это искусственный интеллект для поиска, например, церебральных аневризм, то на сегодняшний день программа настроена только на то, чтобы искать лишь церебральные аневризмы. Но у пациента, который поступает в приёмный покой без сознания, обследуется весь, мы ищем не только интракраниальные аневризмы. Там может быть совершенно другая патология. Нет ещё такой идеальной программы, которая бы полностью заменила врача и с точностью сказала, что пациент здоров.

К счастью, у нас есть те аппараты, на которых мы смотрим пациентов, и наши сканеры с каждым годом становятся всё более быстрыми, точными, дают возможность получать всё больше и больше информации о наших пациентах. Допустим, те аппараты, которые были 10 лет назад, значительно отличаются от тех, которые мы имеем сегодня, а уж 20 лет назад – тут и сравнивать нельзя. Это другое качество изображения, другая скорость его получения, и функциональные методики прибавляются. Если мы раньше говорили про анатомию органов, то сейчас говорим уже о функции органов.

– Вы сказали, что в край поставлено много оборудования. Можно сказать, что этот вопрос теперь закрыт?

– Нам помогла сосудистая программа, которая вступила в силу в 2017 г. Благодаря ей, а также

головы, это наша краевая больница. А на сегодняшний день у нас есть и региональные сосудистые центры, и первичные сосудистые отделения, где при поступлении пациенту сразу выполняют КТ головы, причём в любое время суток и без выходных. И конечно, когда знаешь, что с пациентом произошло, понимаешь, как выстраивать маршрутизацию дальше.

Но даже то количество аппаратов, которое у нас есть, в соотношении с плотностью населения Краснодарского края не очень велико. Если сравнивать этот показатель с Японией, Европой, то мы не в лидерах и даже не в середине. Дело в том, что они же устанавливаются не конкретно под каждую патологию, не под нейропроблемы – надо учитывать и онкологические, и неврологические, и хронические заболевания. Если мы говорим о скрининговых исследованиях, допустим, при раке лёгкого, то сегодня в мире не делается ни рентген, ни флюорография, делается низкодозная КТ органов грудной клетки. А для этих целей томографов недостаточно.

Томографы должны стоять в каждой поликлинике. За профилактическим, контрольным обследованием пациенты должны обращаться по месту жительства, а не в большие центры. Не нужно их этим нагружать, они должны выполнять экспертные исследования. На съезде говорили об этом – о загруженности аппаратов, о том, у кого какой парк аппаратуры, какие проблемы с сервисом возникли в условиях санкций. Общая наша беда – с запчастями для оборудования иностранного производства. Есть задержки с их поставками. Никакая фирма-производитель не разрешит на свой аппарат ставить детали от другого производителя, они физически не подходят, потом, их просто никто не будет обслуживать.

– И как выходите из ситуации?

– Если, допустим, в рамках нашего отделения из 14 аппаратов работают 5, то количество смен увеличивается до 11 вечера, и все, кого смотрели раньше на 14, осматриваются, как говорится, до последнего пациента. Вы же больным в неотложном состоянии или которые готовятся на плановое лечение, не откажете.

Следующий съезд состоится в 2025 г. в Москве и будет посвящён фундаментальным исследованиям в нейрорадиологии – изучению молекулярно-генетических процессов, биомаркёров и возможностей искусственного интеллекта.

Римма ШЕВЧЕНКО,
корр. «МГ».

Тридцать пять лет назад в СССР было принято решение о создании сети диагностических центров – специализированных хорошо оснащённых учреждений для обследования больших потоков пациентов. Правильность этого государственного решения до сих пор бесспорна. В большинстве субъектов Российской Федерации именно диагностические центры (ДЦ) являются средоточием полного спектра диагностических направлений и методик от рутинных лабораторных анализов до ультрасовременных инструментальных методик. Правильно выстроенная стратегия развития, грамотный анализ результатов работы, научная и клинично-экономическая обоснованность любых нововведений, а также бойцовский характер диагностических центров – вот секрет данного феномена.

Убедиться в том, насколько велик потенциал региональных ДЦ, можно было во время XXXI конференции Диагностической медицинской ассоциации (ДиаМА). Форум состоялся в Ставрополе, его тема в этом году звучала так: «Диагностические центры: от профилактики до высоких технологий». Как всегда, здесь была насыщенная научная программа, сочетающая парад очередных достижений диагностической службы и чётко сформулированные задачи «на завтра» управленческого, технологического и исследовательского характера, требующие решения на региональном и федеральном уровнях.

Место прочное, роль ведущая

Главный врач Ставропольского краевого клинического консультативно-диагностического центра, заведующий кафедрой клинической физиологии и кардиологии с курсом интроскопии Ставропольского ГМУ доктор медицинских наук, профессор **Геннадий Хайт** был одним из инициаторов создания ДиаМА. Он напомнил, какие надежды возлагало государство на диагностические центры, дав «добро» на их создание в регионах.

Евгений Чазов, бывший тогда министром здравоохранения СССР, в 1988 г. ходатайствовал перед Советом министров СССР об организации в стране сети принципиально новых медицинских учреждений, которые призваны были обеспечить современный уровень диагностики. Его доводы были настолько убедительны, что все решения «наверху» принимались очень быстро. 19 мая 1988 г. вышло соответствующее Постановление Совмина о диагностических центрах, а уже через месяц – Постановление Минздрава СССР и указания разным министерствам и ведомствам, которые должны участвовать в реализации грандиозного проекта: кто кадрами, кто научными разработками, кто производством медицинского оборудования и диагностикомов.

К обязательным методам исследований в диагностических центрах были отнесены компьютерная томография, эндоскопия, УЗИ, функциональная диагностика, биохимические анализы, цитоморфология с забором биопсийного материала. Практически ничего из этого прежде не выполнялось в государственных лечебных учреждениях, – подчеркнул Г.Хайт.

За 2 года в СССР появилось 7 диагностических центров, и все их руководители пришли к единодушному мнению, что надо объединиться в ассоциацию. В декабре 1992 г. ДиаМА была зарегистрирована. Её участники с первых дней начали обсуждать темы, которые прежде главврачи советских больниц и поликлиник не обсуждали: оптимальная организация технологических процессов, экономическая политика учреждения, медицинский сервис, внедрение компьютеров и автоматизированных систем управления.

Диагностические центры постоянно развиваются и продолжают оставаться флагманами отрасли не только в плане медицинских технологий, но также организационных и управленческих подходов, – убеждён Г.Хайт.

С опережением на 10 лет

Честно говоря, ДЦ уже давно вышли за рамки диагностического процесса в его классическом понимании, которое сохраняется на уровне амбулаторно-поликлинического звена. Более того, по ряду направлений, которые только сегодня начинают реализовываться в медицинских организациях России, мы опередили отрасль минимум на 10 лет, – подтвердил президент ДиаМА, главный врач Ростовского областного консультативно-диа-

гностического центра, заведующий кафедрой персонализированной и трансляционной медицины РостГМУ, доктор медицинских наук **Дмитрий Бурцев**.

Ориентиры

Думать, действовать и добиваться

Диагностические центры делятся опытом новых достижений



гностического центра, заведующий кафедрой персонализированной и трансляционной медицины РостГМУ, доктор медицинских наук **Дмитрий Бурцев**.

Например, в программе модернизации первичного звена для поликлиник закладываются технические параметры, которые в ДЦ отработаны уже давно. То же самое относится к менеджменту качества: сейчас на федеральном уровне это объявляется приоритетной задачей, в то время как диагностические центры много лет вкладывают усилия в развитие систем менеджмента качества и качества менеджмента, многие сертифицированы по ISO.

В настоящее время ДиаМА объединяет 35 диагностических центров. Это более 6 тыс. врачей, 51 специализированный центр, 58 лабораторий, дневные (тысяча коек) и круглосуточные (4,5 тыс. коек) стационары по 37 профилям.

Президент ассоциации представил итоги работы диагностических центров, которые входят в состав ДиаМА, за 2022 г. Здесь важны не столько цифры (хотя они, конечно, впечатляют), сколько факты. Так, помимо огромного объёма проводимых консультативных терапевтических приёмов, лабораторных, функциональных и лучевых исследований, диагностические центры отличаются тем, что в их структуре созданы уникальные специализированные центры, которые интегрируют современные терапевтические и хирургические методы диагностики и лечения по более чем 20 профилям. Первые специализированные центры начали появляться в ДЦ около 10 лет назад, с тех пор их количество и разнообразие нарастают. В минувшем году в Нижнем Новгороде открыт центр телемедицины по COVID-19,

в Ростове-на-Дону – флебологический и центр коррекции веса, в Иркутске – кардиологический. По-прежнему приоритетным направлением деятельности ДЦ остаётся лабораторная диагностика. В этих учреждениях, как уже сказано, используются не только рутинные, но также уникальные инновационные методики: иммунофенотипирование костного мозга и периферической крови, исследование патологии гемостаза, пре- и постнатальная цитологическая диагностика для выявления хромосомных аномалий. В рамках развития 4П-медицины мы активно развиваем молекулярно-генетическую диагностику наследственной предрасположенности к заболеваниям. К примеру, в ДЦ Ростова-на-Дону определяют генетическую предрас-

положенность к гипертонической болезни, ожирению, тромбозу, раку молочной железы, болезни Жильбера. Говоря о лабораторной диагностике, Д.Бурцев особо подчеркнул значение методической работы ДЦ с клиницистами региональных учреждений здравоохранения, а также роль диагностических центров как образовательных платформ. На их базе работают 53 кафедры медицинских вузов страны, ведётся не только собственно подготовка специалистов, но и научная работа. Имея в своём распоряжении столь мощный исследовательский ресурс и анализируя данные об общемировых тенденциях в диагностике, кафедры транслируют в профессиональное врачебное сообщество актуальную информацию через программы ординатуры и непрерывного медицинского образования. Наконец, важный раздел деятельности ДЦ – сотрудничество с медицинскими ассоциациями, в частности, с Федерацией лабораторной медицины, вместе с которой разрабатываются методические рекомендации по предупреждению ошибок преаналитического этапа. Как показывает практика, наиболее частыми ошибками на преаналитическом этапе исследований являются дублирование лабораторных тестов и назначение неспецифических низкоинформативных анализов.

Считаю, что необходимо разработать лабораторные модули и включить их в клинические рекомендации по нозологиям. Это обеспечивало бы врачей разных профилей необходимой диагностической информацией. Статьи, в вопросах рентгенологии ровно то же самое, – предложил президент ДиаМА. Что касается оказания высокотехнологичной медицинской помощи (ВМП) на базе диагностических центров: оправданно ли это? Да, безусловно. То, что до недавнего времени было прерогативой многопрофильных стационаров и федеральных специализированных клиник, сегодня становится частью работы ДЦ. В настоящее время диагностика и лечение с применением ВМП-технологий практикуется в диагностических центрах 5 регионов: Ростова-на-Дону, Краснодар, Омск, Ставрополь и Новосибирск. За 2022 г. количество выполненных здесь высокотехнологичных исследований и хирургических вмешательств составило 3739, что превысило результаты предыдущего года на 20%. ВМП оказывается по 11 профилям, включая кардиохирургию и онкологию, и оплачивается как

из средств ОМС, так и за счёт бюджета. Нет сомнений в том, что другие диагностические центры также постепенно возьмут на себя в своих субъектах РФ часть пациентов, которые нуждаются в высокотехнологичной помощи. Анализирова существующие – не предполагаемые, а вполне реальные – риски в деятельности консультативно-диагностических центров, а также стоящие перед ними задачи, Д.Бурцев выделил следующие. Прежде всего, есть объективные сложности с поставками импортных реагентов и тест-систем, возникшие в ситуации санкционных ограничений. В то же время данное обстоятельство можно рассматривать не только как угрозу, порождающую проблемы в работе ДЦ, но и как стимул для начала активного использования в российских лабораториях российской реактивности. Рост отечественного производства таких продуктов позволил диагностическим центрам не сократить номенклатуру исследований и их объём, дорогостоящие анализаторы работают без простоев.

Следующая задача – дальнейшее укрепление роли ДЦ как централизованных региональных лабораторий. Сегодня в этом статусе находятся лаборатории многих, но ещё не всех диагностических центров. Между тем опыт доказал преимущества организации работы лабораторной службы в субъектах РФ, при которой в учреждениях первичного звена проводится только забор биоматериала, а его исследование и интерпретация результатов – в ДЦ. Поскольку при такой схеме крайне важно соблюдать временные интервалы и температурные условия транспортировки биоматериала, централизованные лаборатории сами организуют доставку. Использование единых региональных информационных медицинских систем позволяет уйти от бумажных носителей, результаты исследований передаются в поликлиники в электронном виде.

– Чем крупнее лаборатория и опытнее работающие здесь специалисты, тем быстрее ставится верный диагноз. Региональные диагностические центры – как раз самая подходящая платформа для обеспечения такого условия в системе здравоохранения. Очень важно, чтобы это условие соблюдалось в каждом субъекте РФ, – акцентировал Д.Бурцев.

На стыке двух интеллектов

Далее эстафету квалифицированного обзора и оценки деятель-

ности диагностической службы подхватили другие участники конференции ДиаМА.

Поскольку лучевые исследования занимают второе после лабораторных место по востребованности в структуре диагностической помощи, весьма интересным выглядит опыт работы Научно-практического клинического центра диагностики и телемедицинских технологий Департамента здравоохранения Москвы, на базе которого создан крупнейший в государственном здравоохранении нашей страны и на постсоветском пространстве референсный центр лучевой диагностики. Понятие «референс-центр» впервые вошло в обиход российского здравоохранения во время пандемии COVID-19, но и после её завершения новый прин-

цип организации работы лучевых диагностов сохранился. – Предпосылками развития телемедицины и централизации рентгенологической службы в формате создания референсных центров (РЦ) стали кадровый дефицит в отрасли и рост объёмов медицинских процедур. Мы «централизовали» рентгенологов Москвы, которые оказывают первичную медицинскую помощь в поликлиниках, сегодня все они – а это более 300 человек – сидят в одном месте и интерпретируют свыше 100 тыс. исследований в неделю, – пояснил директор НПКЦ ДиТ, главный специалист Департамента здравоохранения Москвы по лучевой и инструментальной диагностике, кандидат медицинских наук **Юрий Васильев**.

Механизм работы РЦ выглядит следующим образом. Пациент обращается в поликлинику, проходит там лучевое исследование, после чего изображение по защищённому каналу передаётся в референсный центр. Здесь сервис на основе искусственного интеллекта (ИИ) распределяет полученные снимки между рентгенологами в зависимости от их субспециализаций, от метода диагностики и от возраста пациента. Заключение врача отправляется напрямую в электронную медицинскую карту пациента.

Таким образом, в рентген-кабинетах столичных поликлиник сегодня работают только лаборанты, задача которых – качественно выполнить исследование. По словам главного специалиста Департамента здравоохранения Москвы, положительные результаты такого разделения двух производственных процессов – выполнение исследования и его интерпретация – очевидны. Как только рентген-лаборанты стали полностью самостоятельными, степень их ответственности и качество работы заметно возросло. Кроме того, увеличилось количество выполняемых исследований, тогда как очереди на рентген нет. Объяснение данного феномена простое: возможности диагностического оборудования теперь не зависят от возможностей рентгенолога, который, работая в поликлинике, просто не успевает за смену описать больше снимков, чем их способен сделать аппарат. Таким образом, создание референс-центра и разделение труда позволило увеличить его производительность, повысить качество и сократить время, затрачиваемое на



описание исследования, с 27 часов до 1,5-2 часов.

В центре создан отдел экспертизы качества, который выполняет аудит лучевых исследований, проводимых в Москве. Все учреждения, которые выполняют лучевую диагностику в рамках системы ОМС, – государственные и частные, муниципальные и федеральные – обязаны загружать изображения в единый радиологический информационный сервис.

– Сегодня у нас есть на каждого рентгенолога, работающего в столичной системе ОМС, информация о допущенных им ошибках при выполнении и интерпретации лучевых исследований. Прежде такую оценку никто не делал. При необходимости для каждого из них можем выстроить образовательную программу, – прокомментировал Юрий Васильев.

Дальнейшее развитие референс-центра, по словам его директора, предполагает внедрение новых сервисов на основе ИИ там, где это целесообразно для отрасли. В частности, предлагается передать ИИ функцию описания флюорографических изображений. Элементы искусственного интеллекта могут быть использованы и в других методах диагностики – МРТ, КТ и рентгена, там планируется разработать системы поддержки принятия врачебных решений. В этом случае речь идёт не о замене врача на ИИ, а об оптимизации рабочего времени, которое сотрудник тратит на написание заключения.

Правда, для внедрения инноваций в практику работы референс-центров необходимо актуализировать регуляторику. По словам Ю.Васильева, приказ № 560Н Минздрава России о правилах проведения рентгенологических исследований хотя и молодой – ему всего 3 года, – но уже требует коррекции. Сервисы на основе ИИ невозможно внедрять в лучевую диагностику без изменений в данном приказе.

Цифра в помощь букве

Ещё один проект столичного здравоохранения оказался весьма интересен для участников конференции, представляющих разные регионы России. Главный врач Диагностического клинического центра № 1 Департамента здравоохранения Москвы кандидат медицинских наук **Вера Сидорова** рассказала об опыте применения информационных систем в первичном звене.

– Более 10 лет московская медицина работает в условиях Единой медицинской информационно-аналитической системы (ЕМИАС), которая позволяет управлять потоками пациентов, предоставляет возможность онлайн-записи к врачу, получения электронных рецептов, оформление больничного листа. За это время очереди в регистратуру, утерянные медкарты и другие малоприятные инциденты стали стираться из памяти москвичей. Система объединяет около 24 тыс. врачей и свыше 350 аптек города. Выписано 47 млн электронных рецептов и выдано 16 млн электронных листов нетрудоспособности. В настоящее время в столичной ЕМИАС хранится более 19 млн электронных медицинских карт, – обрисовала возможности ЕМИАС В.Сидорова.

Чаще всего в медицинских организациях используются следующие

цифровые сервисы: управление потоками пациентов (более 200 тыс. онлайн-записей к врачу ежедневно), электронная очередь в поликлинике, протоколы приёма пациента врачом, протоколы диагностических исследований, сведения о выездах скорой помощи, выписные эпикризы стационаров, маршрутизация пациентов в другие медицинские организации, управление диспансерными группами и ресурсами (расписание специалистов, кадры, перемещение сотрудников), справки и медицинские заключения, сведения о вакцинации, бухгалтерский учёт. Сервис видеоконференцсвязи установлен на каждом рабочем месте врача.

Электронные медицинские кадры – это ядро ЕМИАС, все данные о пациенте хранятся в единой цифровой среде и удобном формате. Начиная с 2021 г., регион переходит исключительно на ведение электронной медкарты с отказом от бумажного носителя. При этом терапевту доступна вся информация по его участку – число прикрепленных и открепленных пациентов, сколько из них с инвалидностью, распределение по группам риска. Участковый врач в любой момент видит актуальную информацию о прошедших диспансеризацию, состоящих на диспансерном наблюдении, о том, кто вызывал скорую помощь за последние двое суток, кто выписан из стационара, кто госпитализирован, у кого выявлены отклонения в анализах за последние 2 дня.

Очень полезны, по оценке главного врача, подсистемы ЕМИАС, которые позволяют оценить доступность медицинской помощи, показать свободные места для записи врачу или на диагностику, длительность врачебных приёмов у разных специалистов, количество выписанных рецептов и даже статус каждого рецепта, то есть получил его пациент в аптеке или он не лечится.

Все амбулаторные учреждения Москвы – поликлиники, диагностические центры, поликлинические отделения стационаров – работают в системе ЕМИАС. Цифровая трансформация предстоит и стационарам столицы. В настоящее время «в цифре» уже работают два крупных столичных скоропомощных стационара. Здесь персонал начинает работать с пациентом ещё до того, как его привезли в приёмное отделение. Бригада «скорой» заносит в планшет, который подключен к ЕМИАС, данные выполненной им ЭКГ, показатели давления, сатурации и др. Врач в приёмном отделении получает эти данные, причём сервис автоматически выделяет пациента, который находится в критическом состоянии, и больница заранее формирует бригаду врачей, готовит реанимацию или операционную. До конца нынешнего года к двум пилотным стационарам присоединятся ещё 5 больниц, остальные – в ближайшие 2 года.

Кто не рискует, тот выигрывает

Огresti в организации медицинской помощи сопряжены с рисками для безопасности пациента и юридической ответственности медработника. Казалось бы, очевидная истина, и всё же повторение точно не будет лишним, убеждён главный

врач Консультативно-диагностического центра с поликлиникой Управления делами Президента РФ (Санкт-Петербург) кандидат медицинских наук **Георгий Иванов**. В этом учреждении разработана стратификация риска нарушений медицинской деятельности и создана рискориентированная модель управления её качеством.

Для начала рабочая группа из числа сотрудников ДЦ идентифицировала и стратифицировала по степени вероятности и частотности возможные риски нарушений медицинской деятельности. Оказалось, что вся деятельность учреждений здравоохранения – область рисков. Максимально высокая степень опасности подстерегает в разделах «обеспечение безопасности медицинской деятельности» и «качество оказания медицинской помощи». Средний уровень возможных неприятностей ожидает медиков в следующих разделах: соблюдение прав граждан в сфере охраны здоровья; соблюдение порядков оказания медпомощи и правил диагностических исследований; соблюдение порядков проведения диспансеризации, вакцинации, медосвидетельствований; обеспечение преемственности оказания медпомощи; организация безопасной среды для пациентов и медработников; функционирование МИС; применение лекарственных средств.

Затем специалисты ДЦ, используя метод аналитической оценки, составили таблицу «Матрица визуализации рисков», в соответствии с которой можно видеть, что требует немедленных действий, что плановых, а что не является критичным и может подождать. Все возможные риски в этой таблице распределены по пяти категориям от крайне маловероятных до весьма вероятных, а уровень ущерба от них – по пяти степеням от катастрофических последствий до несущественных. Теперь эта таблица – руководство к действию при реализации стратегии обеспечения качества в ДЦ. Здесь провели уже около 60 внутренних аудитов и столько же корректирующих мероприятий, на основании результатов которых сформулировали почти 300 предложений по совершенствованию качества медицинской помощи.

– Поскольку интегральный федеральный документ, который бы регламентировал организацию контроля качества и безопасности в медицинских организациях и частоту внутренних аудитов, пока нет, в каждом учреждении здравоохранения система контроля качества уникальна в зависимости от профиля: если это центр гемодиализа, там одни риски, если клиника коррекции веса – другие. Мы для своего консультативно-диагностического центра сами, не прибегая к помощи сторонних экспертов, создали систему риск-менеджмента, которую оформили внутренними нормативными актами, получили одобрение специалистов Росздравнадзора и будем её применять, – резюмировал Г.Иванов.

Раньше выявишь – лучше вылечишь

О том, как организация эффективной работы ДЦ позволяет добиваться высоких клинических результатов, также шла речь на форуме диагностической ассоциации. Главный врач Воронежского областного консультативно-диагностического центра, главный специалист по амбулаторно-поликлинической службе регионального Департамента здравоохранения, кандидат медицинских наук **Елена Образцова** рассказала о новой модели диагностики патологии молочной железы на территории области. Это поистине уникальный опыт не только для субъекта РФ, но, пожалуй, страны в целом.

Надо признать: к сожалению, патологии молочной железы не уделяется должное внимание ни на приёме терапевтов, ни на приёме гинекологов. Онкослужба перегружена оказанием помощи больным раком молочной железы (РМЖ),

в регионах заниматься предракловыми заболеваниями ей сложно. Именно поэтому среди очевидных проблем онкоматологии низкий охват женского населения профосмотрами и недостаточный уровень ранней диагностики РМЖ.

В Воронежской области централизованную роль в диагностике патологии молочной железы взял на себя клинично-диагностический центр. В 2022 г. на его базе создан областной маммологический центр. Консультативный приём ведут 8 специалистов, которые принимают пациенток по направлению из поликлиник в «подозрительных» случаях, когда требуется мнение эксперта и углублённая диагностика.

– Основная категория для направления к нам – женщины из группы риска наследственного РМЖ, с уже выявленными по результатам УЗИ и маммографии мастопатиями, то есть с предраклом, требующие повышенного внимания, а также все сомнительные в плане диагноза случаи в соответствии со шкалой Bi-RADS, – пояснила руководитель областного диагностического центра.

Проведение всего комплекса диагностических исследований, необходимых для верификации диагноза, организовано здесь же, в одном месте, благо ДЦ имеет в своём арсенале все методики для выявления патологий молочной железы, начиная от «простой» маммографии, УЗИ и эластографии, заканчивая маммографией с томосинтезом и контрастированием, КТ, МРТ, биопсией под УЗИ и рентгеноконтролем, трепан-биопсией. Патолого-анатомические и цитологические исследования биопсийного материала выполняются тоже здесь. Часть этих методик уникальны для региона, и ни в одном другом учреждении нет такого законченного цикла.

По своим функциям центр патологии молочной железы в ДЦ – фактически то же самое, что ЦАОП, только специализированный маммологический. По согласованию с Минздравом Воронежской области это подразделение получило законное место в региональной системе оказания онкологической помощи и схеме маршрутизации пациентов.

Ещё один элемент диагностической модели – референс-центр по маммографии, где проводится второе чтение исследований, выполненных во всех поликлиниках региона и поступающих в региональную радиологическую систему архива изображений. Он начал работать в диагностическом центре с 2023 г. Важный эффект работы референс-центра – аудит качества работы отделений лучевой диагностики в лечебных учреждениях региона.

– Мы провели стандартизацию выполнения маммографии в регионе, внедрив единый протокол обследования, и уже получили осязаемый эффект. Если в начале нынешнего года процент существенных расхождений между первым и вторым чтениями маммограмм был на уровне 3,1%, то в августе он сократился вдвое, – подвела итоги Е.Образцова.

Получив в своё распоряжение базы данных диспансеризации, базы данных маммологического центра и базы данных маммографий, которые приходят в референс-центр, реестры пациенток в разрезе Bi-RADS, реестры выявленных онкологических патологий, реестры расхождений первого и второго чтений маммограмм, специалисты ДЦ разработали модули программного контроля ведения пациенток. Для каждой женщины в зависимости от заключения по маммографии указан срок повторного приёма маммолога и обследования. Ориентируясь на этот план-график, врачи поликлиник могут и должны проактивно приглашать пациенток.

Результаты работы областного маммологического центра за год: прошли консультативный приём врачей 21 тыс. женщин, у 265 выявлен высокий риск РМЖ или уже такой диагноз. В 80% случаев опухоль обнаружена на 1-2-й стадиях. Работа с предракловыми патологиями абсолютно оправдана.

Смотришь кровь – видишь аденому

Профессор кафедры клинической физиологии, кардиологии с курсом интроскопии Ставропольского государственного медицинского университета, доктор медицинских наук **Наталья Чагай** вывела формулу успеха диагностики первичного гиперпаратиреоза (ПГПТ): необходимо перенаправить усилия с работы по выявлению и лечению осложнений на скрининг заболевания.

– Создание российского регистра пациентов с первичным гиперпаратиреозом повысило осведомлённость специалистов о распространённости и спектре осложнений. При обследовании пациентов по тем показаниям, которые основаны на наличии осложнений ПГПТ, выявляемость заболевания составила 0,08%. А в результате скрининга диагноз верифицирован в 1,69% наблюдений, – сразу обозначила преимущества нового подхода профессор Чагай.

После сахарного диабета и патологий щитовидной железы ПГПТ занимает третье место в структуре эндокринных заболеваний. Один из механизмов развития ПГПТ – хронический дефицит витамина Д либо его инактивация в печени. Если витамина Д будет не хватать, а вслед за ним и кальция в крови, паратиреоидный гормон всегда будет повышаться, что вызывает избыточную нагрузку на паращитовидные железы. Они сначала гиперплазируются в формате поликлонального роста клеток, но в какой-то момент одна гормональная клетка мутирует и начинает развиваться моноклональная опухоль – аденома паращитовидной железы или первичный гиперпаратиреоз.

– А это уже ситуация, которая требует незамедлительной реакции врача. Паратиреоидный гормон хронически повышен, кальций, попадающий из костной ткани, уже в крови высокий, но паратиреоидный гормон не снижается. ПГПТ – лабораторный диагноз, то есть при такой комбинации показателей крови смело можно говорить, что здесь заболевание. Когда мы видим пациентов с осложнениями – хроническое повышение кальция вызывает развитие мочекаменной болезни и хронической болезни почек, а также остеопороз, заболевания сердца и сосудов, – это означает, что эндокринологи опоздали на 20 лет, – предупреждает Н.Чагай.

В Ставропольском крае подошли к решению проблемы со всей серьёзностью. В течение 4 месяцев обследовали на ПГПТ всех, кто приходил в эндокринологический кабинет ДЦ. В итоге из 2,5 тыс. пациентов в 1,69% случаев выявлен первичный гиперпаратиреоз. Причём у женщин старше 40 лет заболевание выявляется чаще – 2 случая на 100 человек.

– Это означает, что если мы будем определять кровь на кальций и паратиреоидный гормон, то не ошибёмся и своевременно поставим диагноз, а пациент будет направлен на оперативное лечение аденоматозной паращитовидной железы. Если же мы этого не делаем, человек постепенно инвалидизируется, – предупредила эксперт.

Практика Ставропольского ККДЦ по диагностике первичного гиперпаратиреоза, бесспорно, должна быть транслирована во все регионы страны.

* * *

Завершилась конференция общим собранием членов ДиаМА, где руководители диагностических центров обсудили единую стратегию развития учреждений. Приоритетами остаются пациенториентированность, внедрение новых технологий, непрерывная работа в сфере менеджмента качества и обеспечение равной доступности диагностической помощи населению всех субъектов РФ.

Елена БУШ,
обозреватель «МГ».



КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 38 (2398)

Нейромышечный сколиоз – трёхплоскостная деформация позвоночника, является ортопедическим осложнением группы нервно-мышечных заболеваний «с нарушением проведения нервного импульса по нервному волокну» либо связанных с нарушением нейромышечной передачи.

Этиология и патогенез

В зависимости от уровня поражения различают нейропатические и миопатические деформации позвоночника.

Нейропатические подразделяются на заболевания с поражением первого и второго мотонейрона (рис. 1). К нейропатическим деформациям с поражением первого мотонейрона относят сколиозы у пациентов, страдающих детским церебральным параличом (ДЦП), синингомиелией, опухолями центральной нервной системы. Деформации позвоночника с поражениями нижнего мотонейрона могут вызывать полиомиелит и другие миелиты вирусной этиологии, спинальные мышечные атрофии и другие заболевания. Как правило, деформация позвоночника при данной патологии носит прогрессирующий характер.

Миопатические деформации позвоночника могут наблюдаться при мышечных дистрофиях

мышечные дистрофии и спинальные амиотрофии являются наиболее распространёнными заболеваниями из этой группы (13-33 больных на 100 тыс. населения и 10 больных на 100 тыс. населения соответственно).

Распространённость проксимальной спинальной мышечной атрофии составляет 1 на 6000-10 000 новорождённых. Данные по распространённости заболевания в РФ отсутствуют. Частота носительства заболевания – 1/40 – 1/50 в популяции в целом. По данным Медико-генетического научного центра России, частота носительства спинальной мышечной атрофии (СМА) в России – 1/36 человек и расчётная частота встречаемости – 1 на 5184 новорождённых.

Сколиоз широко распространён у детей с СМА 1 и 2 типа, частота заболеваемости составляет 60-90% с началом в раннем детстве.

Gi с соавт. определили, что у пациентов с квадриплегией ЦП с деформацией > 40° к 12-летнему возрасту вероятность прогрессирования была выше, чем у пациентов с кривой < 40° к тому же возрасту.

Распространённость атаксии Фридрейха у представителей белой европеоидной расы оценивается от 1/20 000 до 1/50 000, сколиотическая деформация развивается у 60-79% пациентов.

У пациентов с МДД, которые не получают глюкокортикоиды, вероятность развития выраженного прогрессирующего сколиоза составляет приблизительно 90%, а вероятность компрессионного перелома позвонков, вызванного остеопорозом, мала. Показано, что ежедневная терапия глюкокортикоидами снижает риск развития сколиоза, однако риск перелома позвонков возрастает.

Особенности кодирования. M41.4 – нервно-мышечный сколиоз. Сколиоз вследствие церебрального паралича, атаксии Фридрейха, полиомиелита и других нервно-мышечных нарушений.

В настоящих клинических рекомендациях аспекты течения различных нервно-мышечных болезней рассматриваются только в рамках оценки рисков, аспектов предопе-

параclinical методов обследования, пациент в первую очередь направляется на консультацию к генетику. При выявлении определённого наследственно-генетического синдрома и заболевания назначаются дополнительные методы диагностики для определения состояния и функции различных органов и систем, которые могут быть вовлечены в патологический процесс при данном заболевании. При наличии уже известной генетической патологии акцент в предоперационном обследовании делается на целевые органы и системы, которые могут быть вовлечены в основное заболевание. В остальном тактика ведения пациентов при синдромальном сколиозе, при отсутствии грубых отклонений от нормы не отличается от таковой при врождённых идиопатических сколиозах.

Следующий этап – выяснение жалоб пациента. В хирургии деформаций позвоночника этот элемент обследования приобретает особое звучание. Основных жалоб обычно две – косметический дефект, связанный с деформацией позвоночника и грудной клетки, и болевой синдром, причём вовсе необязательно, чтобы больной предъявлял обе жалобы. Их при первом разговоре с пациентом может вообще не

Нервно-мышечный сколиоз

Клинические рекомендации

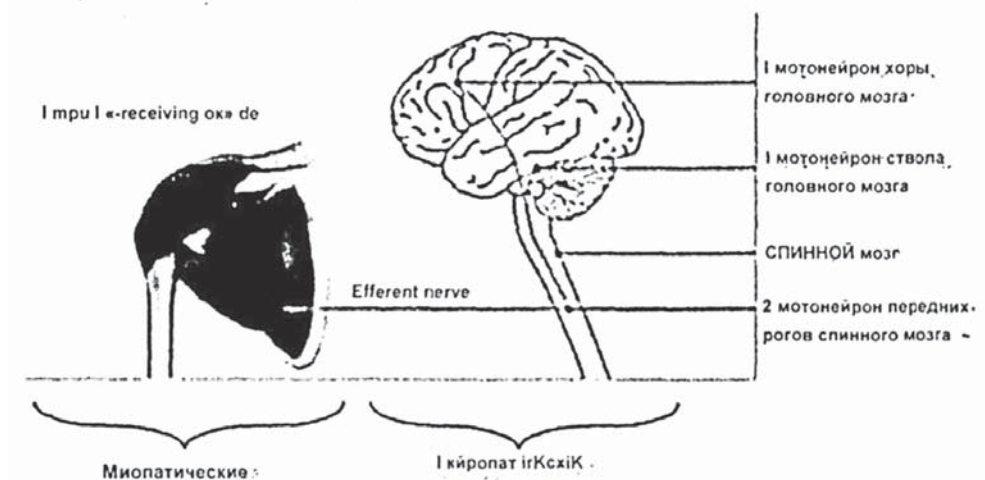


Рис. 1. Схема уровней поражения нервной системы на этапах проведения нервного импульса при различных видах нейромышечных сколиозов (из атласа Spine Surgery Information Portal, prof. Dr. med. J. Harmes).

(миодистрофии Дюшенна (МДД), мерозин-негативная мышечная дистрофия), миастении.

Нейромышечный сколиоз (кифосколиоз) также может развиваться как на фоне опухоли спинного мозга, так и после удаления последней без адекватной стабилизации позвоночника. При таких состояниях целесообразно говорить о денервационном или паралитическом кифосколиозе. После хирургического лечения опухолей позвоночника возможно развитие деформации, сходной по характеру с постламинэктомической или посттравматической.

Эпидемиология

Частота возникновения деформации позвоночника зависит от основного нейромышечного заболевания (НМЗ) и серьёзности его проявления.

Суммарная распространённость нервно-мышечных болезней (НМБ) составляет примерно 1 на 3-3,5 тыс. населения в различных популяциях мира. Сейчас в федеральном регистре РФ более 1200 пациентов, однако, если пересчитать данную статистику на численность населения РФ, то можно предположить, что в стране насчитывается около 48 тыс. больных с НМБ. Прогрессирующие

Общая заболеваемость сколиозом в популяции ЦП варьируется от 21% до 76% в зависимости от серии и тяжести ЦП. Кривые обычно меньше 40°, но величина сколиоза зависит от тяжести ЦП. Заболеваемость сколиозом увеличивается с возрастом на фоне ограничения мобильности (передвижений) и формирования двигательных навыков. M.Регзоп-Випке с соавт. обнаружили, что риск развития сколиоза возрастает с увеличением возраста пациентов с ЦП и уровня по системе классификации больших моторных функций GMFCS (у пациентов с ЦП с GMFCSIV-V имеется риск 50% клинически умеренного или тяжёлого сколиоза в 18 лет). Hagglund G. с соавт. показали, что у 8% пациентов с GMFCS-V были клинические признаки сколиоза в возрасте до 5 лет, а у 75% пациентов с GMFCS-V констатирована деформация позвоночника с углом Кобба > 40° к 20 годам.

Гиперлордоз поясничного отдела позвоночника или кифосколиоз грудного отдела позвоночника также часто встречаются при ЦП. Естественная история прогрессирования сколиоза у пациентов с ЦП показала, что начало гибкой деформации позвоночника происходит в возрасте от 3 до 10 лет с быстрым прогрессированием до жёсткого сколиоза.

Таблица

Распространённость деформаций позвоночника при нервно-мышечных заболеваниях

Диагноз	Процент
Церебральный паралич (ЦП)	25
Полиомиелит	17-80
Миелодисплазия	60
Спинальная мышечная атрофия	67
Атаксия Фридрейха	80
Мышечная атрофия Дюшенна	90
Травма спинного мозга (травма до 10 лет)	100

рационного обследования, интра- и послеоперационного ведения пациентов.

Клиническая картина

Клинические проявления деформации позвоночника при НМБ характеризуются формированием:

1. Сколиоза
2. Кифоза
3. Кифосколиоза
4. Поясничного гиперлордоза
5. Перекоса таза
6. Торсионной деформации грудной клетки
7. Грудного лордоза

Диагностика

Критерии установления диагноза/состояния на основании:

1. Анамнестических данных – установленное нервно-мышечное заболевание или подозрение на его наличие.
2. Данных физикального обследования – выявлены признаки деформации позвоночника во фронтальной или сагиттальной плоскостях.
3. Лабораторных исследований – подтверждённое нервно-мышечное заболевание на основании данных генетической экспертизы.
4. Инструментального обследования – подтверждённая инструментальными методами исследования деформация позвоночника.

Жалобы и анамнез

Рекомендуется оценивать:

- степень выраженности жалоб самого пациента и его родителей (для детей)
- время появления деформации позвоночника и динамику её нарастания
- темп появления и нарастания жалоб
- историю предшествовавшего лечения
- уровень двигательной активности, её условия и ограничения
- наличие сопутствующей патологии
- получаемую лекарственную терапию или аппаратную зависимость и их сроки
- наличие аллергии, лекарственной непереносимости.

Первый этап диагностики – сбор анамнеза. Необходимо выяснить, в каком возрасте и кем впервые была замечена деформация позвоночника, обращались ли родители больного к врачу, проводилось ли лечение, какое именно и в чём выражался эффект. Производится оценка активности ребёнка и соответствия развития возрасту. Оценивается имеющаяся медицинская документация, ранее проведённое лечение и заключения специалистов. Уже на этом этапе есть возможность заподозрить наличие наследственно-генетического синдрома или заболевания. При выявлении стигм дизэм-бриогенеза, различных внешних признаков отклонения от нормального развития, таких как нарушение формирование органов, нарушение роста, изменение роста волос, цвета и влажности кожных покровов, аномалии развития и грубые отклонения от нормы по результатам общеклинических и

Следует учитывать, что самооценка больным своего внешнего вида чрезвычайно вариабельна. Сравнительно небольшая сколиотическая деформация в 40-45° по Cobb может приносить юной пациентке немислимые моральные страдания, о которых она и её родители не могут говорить иначе как со слезами. В то же время больные со сколиозом в 90° нередко считают, что их внешний вид вполне приемлем и ни в какой коррекции не нуждается. Оцениваются также жалобы, не относящиеся, на первый взгляд, к деформации позвоночника, такие как сон, аппетит, питание, утомляемость, активность, одышка, мобильность и объём движения в суставах, частота простудных заболеваний, что может также натолкнуть на необходимость дообследования.

Нужно выяснить, беспокоит ли пациента одышка, когда она отмечена впервые, при каких нагрузках отмечается и усиливается ли с годами.

Физикальное обследование

Рекомендуется оценка:

- фронтального и сагиттального баланса позвоночника
- мобильности позвоночника с помощью тракционного теста
- перекоса таза
- постурального контроля самостоятельно или при помощи технических средств реабилитации (TCP)
- наличие и степени выраженности контрактур конечностей
- мышечной силы
- боли по ВАШ (при её наличии)
- ИМТ.

Функциональные шкалы HFMSE, RULM, MFM, GMFSC, CFCS and MACS (применяются опционно неврологами и врачами по медицинской реабилитации, в зависимости от вида основного заболевания).

Рекомендуется при наличии сопутствующей патологии провести консультацию врача соответствующего профиля. Пациента желательно направить на консультацию к генетику при подозрении на наследственно-генетическую патологию. При наличии подтверждённого диагноза генетиком – назначение специфических методов дообследования, консультации узких специалистов.

Осмотр пациента неврологом – неотъемлемая и важнейшая часть клинического обследования. Травматолог-ортопед и невролог должны работать коллегиально, особенно если состояние пациента вызывает неоднозначное толкование. Рекомендации невролога, касающиеся дополнительных методов обследования и консультаций специалистов другого профиля, должны выполняться, даже если травматолог-ортопеду это не всегда представляется целесообразным.

Лабораторные диагностические исследования

Рекомендуется: при проведении амбулаторного и стационарного консервативного лечения назначать клинические, биохимиче-

ские и иные исследования в соответствии с имеющимися клиническими проявлениями вертебральной и вневертебральной патологии с диагностической целью.

Восстановление вертикального положения (стоя или сидя), стабилизация дыхательного объёма, улучшение управления руками, повышение качества и при ряде нозологий продолжительности жизни являются целями оперативной коррекции нервно-мышечного сколиоза.

Рекомендуется при подготовке и проведении хирургического лечения с диагностической целью выполнять лабораторные тесты, включающие общие (клинические) анализы крови и мочи, биохимический анализ крови общетерапевтический, коагулограмму (ориентировочное исследование системы гемостаза), определение антител к бледной трепоне в нетрепонемных тестах (качественное и полуколичественное исследование) в сыворотке крови, определение антигена вируса гепатита В в крови, определение антител к вирусу гепатита С в крови, определение антител классов М, G к вирусу иммунодефицита человека ВИЧ-1 в крови, определение антител классов М, G к вирусу иммунодефицита человека ВИЧ-2 в крови, определение основных групп по системе АВО, определение антигена D системы Резус (резус-фактор).

Пациентам с НМБ рекомендуются консультации специалистов:

- педиатра, терапевта, анестезиолога-реаниматолога, невролога
- генетика (при отсутствии верификации диагноза)
- эндокринолога (для оценки особенностей обменных нарушений)
- других специалистов с расширением объёма лабораторной диагностики.

Консультация необходима всем пациентам для прогноза течения заболевания.

Инструментальные диагностические исследования

Рекомендовано выполнять:

- Рентгенографию шейного, грудного и пояснично-крестцового отделов позвоночника с захватом таза и тазобедренных суставов (рентгенография таза) в прямой и боковой проекциях стоя (у стоячих пациентов), сидя (у сидячих пациентов) или лёжа (у лежачих пациентов) для оценки фронтального и сагиттального профиля позвоночника.

Снимки в прямой проекции рекомендуются выполнять ежегодно при искривлении позвоночника менее 15-20° и каждые 6 месяцев – при искривлении более 20° до созревания скелета. Промежуток между проведением рентгенографии более 1 года увеличивает вероятность того, что прогрессирование сколиоза останется незамеченным. После созревания скелета решение о необходимости проведения рентгенографии принимается снова, на основании клинической оценки.

- КТ позвоночника (перед проведением оперативного вмешательства).

Компьютерная томография даёт сведения о повреждениях костной структуры позвонков, даёт возможность оценить форму, размер структур позвонков и позвоночного канала, что особенно важно при планировании оперативных вмешательств. Большое внимание уделяют изучению структурных особенностей и торсии позвонков на вершине деформации, остеопении каудальных отделов пояснично-крестцового отдела и таза, которые определяют объём и планирование хирургического вмешательства.

- МРТ позвоночника (при необходимости перед проведением оперативного вмешательства).

Магнитно-резонансная томография даёт точные сведения о состоянии спинного мозга. Достаточно чётко определяется морфология вертебрального синдрома, наличие миелопатии и вертебро-медуллярного конфликта.

- Исследование неспровоцированных дыхательных объёмов и потоков или КТ лёгких (в зависимости от респираторных параметров в плане подготовки к оперативному лечению с целью оценки респираторной функции лёгких).

Инструментальные диагностические исследования

Рекомендовано выполнять:

- Рентгенографию шейного, грудного и пояснично-крестцового отделов позвоночника.
- ЭКГ. ЭхоКГ, холтеровское мониторирование сердечного ритма и консультацию врача-специалиста (при необходимости) перед операцией для планирования рисков проведения анестезиологического пособия или седации для контроля сердечной дисфункции (гипертрофия миокарда, аритмии, различные блокады проводимости) с оптимизацией кардиотропной терапии.
- Рентгеновскую абсорбционную денсито-

метрию поясничного отдела позвоночника и проксимальных отделов бедренных костей (рентгенденситометрия) с частотой 1 раз в год для исключения остеопороза. Рекомендуется также проведение этого исследования при подготовке к ортопедическому хирургическому вмешательству.

Учитывая крайне ограниченную двигательную активность пациентов с другими НМБ, эту рекомендацию целесообразно использовать при планировании оперативной коррекции деформации позвоночника. Однако её доказательность крайне ограничена.

Для пациентов со СМА характерна высокая частота переломов и остеопении. Данные риски обусловлены не только мышечной слабостью и низкой подвижностью пациентов, но и тем, что ген SMN играет определённую роль в метаболизме костной ткани.

Пациентам со СМА 5q I типа, а также у пациентов со СМА II типа рекомендуется чрескожный мониторинг парциального давления кислорода во время ночного сна при минимальных подозрениях (пульсоксиметрия) для выявления ночной гиповентиляции и obstructивного апноэ сна.

Использование пульсоксиметрии в качестве единственного способа мониторинга ночной гиповентиляции считается допустимым, когда нет возможности выполнять капнографию. В норме показатели сатурации находятся в пределах 95-100%. При SpO2 ниже 90% необходимо принять неотложные меры. Сатурация между 94-90% считается пограничной. Пациентам с гиповентиляцией рекомендовано иметь дома пульсоксиметр.

Пациентам с проксимальной мышечной гипотонией и мышечной слабостью, не имеющим генетического подтверждения диагноза, рекомендуется магнитно-резонансная томография мышечной системы конечностей с целью дифференциальной диагностики СМА 5q и других нервно-мышечных заболеваний.

МРТ мышц выявляет жировое замещение мышечной ткани. Визуализируется характерный паттерн поражения – гипертрофия и относительная сохранность m. Adductor longus (длинной головки аддуктора), который является довольно специфичным для спинальной мышечной атрофии. Однако специфический паттерн поражения проявляется на поздней стадии заболевания, в самом начале заболевания и у маленьких детей выявить его довольно трудно.

Всем детям со СМА II старше 5 лет рекомендуется кардиореспираторный мониторинг для контроля над прогрессированием дыхательных нарушений.

Пациентам со СМА 5q рекомендуется проведение полисомнографии. Если есть подозрение на наличие гиповентиляции – для уточнения её характера и исключения сонных апноэ.

Пациенты со СМА подвержены нарушению дыхания во сне, наиболее часто – гиповентиляции из-за уменьшения дыхательного объёма, нарушения работы диафрагмы, снижения функции межрёберных и вспомогательных мышц. Отмечается также obstructивный синдром из-за слабости мышц гортани и глотки, обуславливающий предрасположенность к коллапсу дыхательных путей.

Оценка дыхательной функции должна включать подробный анамнез и физикальный осмотр, рентгенографию грудной клетки, оценку респираторной функции и эффективности кашля, а также на предмет расстройств дыхания, ассоциированных со сном. Оценка дыхательной функции включает измерение ЖЕЛ, дневную пульсоксиметрию (SpO2). SpO2 менее 95% на атмосферном воздухе определяется как клинически значимое патологическое значение, требующее дополнительно оценки парциального напряжения углекислого газа.

Всем пациентам с НМЗ рекомендована консультация врача-кардиолога, имеющего дополнительную подготовку по НМЗ, с целью диагностики и лечения сердечно-сосудистой патологии.

Иные диагностические исследования

Рекомендуется: пациентам с атипичным вариантом СМА, если диагноз СМА 5q не подтверждён генетически, с целью дифференциального диагноза СМА 5q и других нервно-мышечных заболеваний:

- биопсия мышц
 - патологоанатомическое (морфологическое) исследование биопсийного (операционного) материала мышечной ткани с применением иммуногистохимических методов с целью дифференциального диагноза.
- При морфологическом исследовании биоптата мышц у больных со спинальной мышечной атрофией выявляются неспецифические признаки пучковой атрофии и группировки мышечных волокон. Большинство увеличенных мышечных волокон относятся к I типу. Все иммуногистохимические маркеры будут

нормальными. Ультраструктурные изменения также будут неспецифическими.

Лечение

Консервативное лечение

Рекомендовано: корсетное лечение применяется для поддержки ослабленного мышечного тонуса позвоночника и лечения сколиоза >20°, особенно у ребёнка с быстрым ростом.

Нет межэкспертного согласия по типу корсетов, который нужно использовать у таких больных. Рекомендованы как жёсткие, так и мягкие спинальные груднопоясничные ортезы с опорой на таз, нижнюю апертуру грудной клетки и с «абдоминальным окном».

Рекомендуются индивидуальные жёсткие ортопедические корсеты, позволяющие поддерживать положение тела сидя, при условии, если они не нарушают лёгочную функцию.

Рекомендуется ортезирование в качестве ведущего компонента в следующих ситуациях:

- при отсутствии показаний к хирургическому лечению
- при наличии ограничений к хирургической коррекции сколиоза у детей: ИМТ <12; остеопения (Z-критерий < -3 SD).

Ортезирование (корсетирование) является паллиативным методом, который в качестве самостоятельного метода не способен остановить прогрессирование деформации позвоночника.

Корсеты, которые обычно используются при лечении идиопатического сколиоза, часто неэффективны у пациентов с ЦП.

Кроме того, пациенты не всегда соблюдают правила использования корсетов. Синдром судорог при эпилептических формах, ограничение движений грудной стенки, связанных с ношением корсетов, может усугубить существующие проблемы с лёгкими и может привести к пролежням. Олафссон и соавт. показали некоторые ограничения на прогрессирование кривой у амбулаторных пациентов с небольшими поясничными кривыми. Накамура и соавт. продемонстрировали улучшения при сколиозе, стабильность сидения и удовлетворённость попечителя в группе пациентов, использовавших трёхточечный корсет. Петтерссон и Родби-Буске, изучив 251 пациента с 2800 ЦП, использовали спинальный ортез, и они пришли к выводу, что большинство детей делают это для улучшения функции (стабильность, контроль головы и функции руки / кисти), а не предотвращения деформации.

Рекомендуется у детей с ЦП использование сидячих опор и приспособлений для инвалидной коляски как средства для контроля деформации позвоночника.

Рекомендуется нехирургическое лечение спастичности верхней и нижней конечности ботулиническим токсином типа А у детей 2-17 лет с ЦП.

Данный метод лечения оценивался в ограниченном числе случаев пациентов с ЦП и паралитическими деформациями осевого скелета с кратким наблюдением, но с обнадеживающими результатами. Нуццо и соавт. сообщили, что инъекция ботулинического токсина типа А в вогнутую сторону у пациентов, которые нуждались в отсрочке операции, повысила эффективность лечения скобками и остановила прогрессирование кривой. Следует учитывать кратковременную эффективность ботулинического токсина типа А и тот факт, что его нельзя использовать на более поздних стадиях из-за механического коллапса деформации позвоночника.

Хирургическое лечение

Рекомендуется хирургическая коррекция у пациентов с нейромышечным сколиозом по следующим показаниям:

- сколиоз более 40° по Cobb (для СМА более 50°)
- гиперкифоз или гиперлордоз более 50° по Cobb
- глобальный дисбаланс туловища во фронтальной и (или) сагиттальной плоскости
- быстрое прогрессирование сколиотической деформации (более 5° в год, для СМА >10° ежегодно)
- потребность в вертикализации пациентов и улучшении качества жизни.

У пациентов с ММД, которые получают глюкокортикоиды, хирургическая стабилизация оправдана в случае, если искривление во фронтальной плоскости или >30° по Коббу отклонения в сагиттальной плоскости, и скорости прогрессирования (>10° ежегодно), а также при остеопоротических переломах позвонков и сохраняющейся боли при неэффективности медикаментозной терапии этих синдромов, вне зависимости от зрелости скелета.

Не рекомендуется хирургическая коррекция сколиоза у пациентов с нейромышечным сколиозом при наличии следующих противопоказаний:

- ИМТ <12
- остеопения (Z-критерий < -3 SD)
- нестабильные витальные параметры.

При принятии решения о хирургическом вмешательстве рекомендуется учитывать снижение функции дыхания, деформацию рёбер, гиперкифоз, влияние на мобильность и функционирование пациента, наклон таза и дисбаланс туловища. Рекомендуется отложить выполнение хирургического вмешательства у детей до 4-летнего возраста.

У детей в возрасте от 8 до 12 лет хирургический подход зависит от клинических данных, особенно с точки зрения скелетной зрелости и роста позвоночника.

В случаях, если перекос таза более 15°, у детей рекомендовано выполнять коррекцию и заднюю инструментальную фиксацию грудного и поясничного отделов позвоночника с захватом таза.

Не рекомендуется выполнение фиксации таза пациентам с возможностью ходить и при отсутствии перекоса таза у неамбулаторных пациентов. Важно поддерживать пояснично-крестцовую связь при вращательных движениях туловища во время походки.

При МДД задняя стабилизация позвоночника оправдана только у больных, неспособных к самостоятельному передвижению, у которых искривление позвоночника более 20°, и тех, кто не получает глюкокортикоиды и должен достигнуть состояния зрелости позвоночника.

Рекомендуется рассмотреть возможность использования динамического (не препятствующего росту) инструментария у пациентов с незавершённым ростом скелета для стабилизации позвоночника с или без фиксации таза в зависимости от вовлечения таза в сколиотическую дугу.

В настоящее время в качестве альтернативы традиционным системам динамической фиксации (чтобы уменьшить потребность в повторном хирургическом вмешательстве), при которых требуются последовательные хирургические удлинения, активно используются магнитно-контролируемые удлиняющие стержни. Однако количество осложнений при их использовании сопоставимо с количеством в традиционных системах.

Не рекомендуется применение систем динамической фиксации с воздействием на позвоночник или ребра у детей со СМА с целью коррекции деформации рёбер по типу «сложенного зонта» ввиду низкой эффективности этих методов использования.

Рекомендуется оставить свободными один или два уровня в среднепоясничном отделе по средней линии у пациентов со СМА при планировании операции на позвоночнике для выполнения люмбальных пункций, в том числе для проведения таргетной терапии.

Рекомендуется проводить интраоперационный нейромониторинг состояния проводящих структур спинного мозга с контролем нервно-мышечной проводимости пациентам с НМЗ вне зависимости от двигательного статуса для снижения риска тракционной радикулопатии и сенсомоторных нарушений.

Медицинская реабилитация и санаторно-курортное лечение рекомендуются пациентам с деформациями позвоночника.

Профилактика и диспансерное наблюдение, медицинские показания и противопоказания к применению методов профилактики. Методами профилактики развития нервно-мышечного сколиоза являются использование ортезной/корсетной терапии и технических средств реабилитации, информирование контингентов групп риска (больные с НМЗ) о мерах профилактики вторичных ортопедических осложнений.

Рекомендуется диспансерное наблюдение пациентов с деформациями позвоночника на фоне НМБ с целью динамического наблюдения.

Период диспансерного наблюдения пациентов с ортопедическими осложнениями НМЗ является бессрочным. Основными методами контроля – клинический осмотр, лабораторные и лучевые исследования. Критерием эффективного лечения нервно-мышечного сколиоза является улучшение клинических и лучевых проявлений заболевания. Лучевые проявления контроля деформации при консервативном лечении – отсутствие прогрессирования деформации в пределах 20° по Cobb, отсутствие нарастания перекоса таза, улучшение костной плотности по данным рентгеновской денситометрии, чаще – проявляются через 6-8 месяцев от начала лечения. Для больных, перенёвших хирургическое лечение, лучевыми признаками эффективности являются сохранение коррекции деформации, отсутствие признаков прогрессирования деформации позвоночника и нестабильности металлоконструкции, отсутствие перимплантной резорбции и наличие признаков формирования блока костных структур – позвонков, в зоне фиксации.

(Окончание следует.)

Руководитель Федерального медико-биологического агентства Вероника Скворцова рассказала про инновационные подходы к сохранению здоровья работающего населения и представила эталонную модель оказания медицинской помощи сотрудникам промышленных предприятий – центры промышленной медицины на стратегической пленарной сессии «Цифровые решения: переход на новый уровень безопасности на производстве». Пленарная сессия проходила в Парке науки и искусства «Сириус» в Сочи в рамках деловой программы Всероссийской недели охраны труда. В своём выступлении она сделала акцент на сохранении здоровья трудоспособного населения, что является ключевым направлением государственной политики России.

«Здоровье работающих людей является важным фактором развития и безопасности производственной сферы, но, кроме того, оно является залогом здоровья и благополучия всех остальных групп населения – детей и старших поколений, то есть, по сути, основополагающим фактором развития общества. Поэтому особую значимость имеет интеграция здоровьесберегающих технологий во все сферы жизнедеятельности работающих, включая производственные и трудовые активности», – отметила глава агентства.

В современном мире очень важно активное участие каждого в сохранении своего здоровья и высокая степень информированности о нём. Формирование интерактивного «цифрового» общества «здоровья» и доступ к электронной персональной карте здоровья позволяет видеть динамику важнейших показателей на текущий момент, а также получать индивидуальные рекомендации по образу жизни, питанию и физической активности, коррекции факторов риска и оптимального лечения.

Ориентиры

Эталонная модель

Инновационные подходы оказания медицинской помощи сотрудникам промышленных предприятий



Постоянный мониторинг здоровья позволяет прогнозировать проблему и своевременно принимать необходимые меры.

Сегодня цифровая сеть здоровья на основе искусственного интеллекта, выстроенная в ФМБА России, позволяет эффективно управлять ресурсами здравоохранения и качеством медпомощи. «По сути, изменяется архитектура первичного звена здравоохранения. Создаётся «цифровая сеть здоровья», центром которой становится сам человек, что позволяет ему самостоятельно управлять своим здоровьем и своевременно инициировать медицинскую, психологическую и социальную помощь», – добавила В.Скворцова.

Более 75 лет ФМБА России является флагманом развития системы оказания медицинской помощи сотрудникам промышленных предприятий. В зону ответственности агентства входит поддержание и укрепление здоровья населения в городах и населённых пунктах вокруг стратегических объектов с особо опасными факторами радиационной, химической и биологической природы. 88 медицинских организаций, расположенных в 58 регионах нашей страны, обслуживают более 3 млн человек и свыше 700 промышленных предприятий атомной, химической, космической и судостроительной промышленности, морского и речного флота, биотехнологические производства и предприятия военно-промышленного комплекса.

Для людей, работающих в опасных условиях, особенно «критического персонала», наряду с общими современными подходами, должна стать обязательным автоматизированный мониторинг состояния организма (вегетативной, сердечно-сосудистой, психической сферы, биохимических показателей, положения тела в пространстве) через электронные медицинские гаджеты, информация от которых поступает на тревожную кнопку и от неё – к экстренной медицинской службе и работодателю.

«При этом инфраструктура первичного звена промышленного здравоохранения также должна

иметь особенности – не только максимальное приближение к производственному процессу (здравпункт на производстве), но и возможности квалифицированной консультации в режиме реального времени с помощью цифровых технологий со специалистами-медиками, разбирающимися в деталях производственных технологий и потенциальных вредностей», – отметила В.Скворцова.

Для реализации новых подходов агентством была разработана Стратегия развития промышленной медицины с созданием современных комплексных центров, включающих сеть цифровых здравпунктов, расположенных на производствах для проведения предсменных и послесменных медицинских осмотров и экстренных консультаций, а также централизованные подразделения цеховой службы, отделения профессиональной патологии, медицинской реабилитации и восстановительного лечения, объединённые единой цифровой сетью. Это позволяет круглосуточно проводить телемедицинские консультации в режиме реального времени и обеспечивать преемственность, быстроту и качество медпомощи на всех этапах её оказания.

Первый модельный центр промышленной медицины был создан в 2021 г. в Дубне с Международным центром ядерных исследований.

«Уже первые два года работы наших пилотных центров промыш-

ленной медицины доказали свою эффективность. Среди позитивных результатов – уменьшение числа случаев временной нетрудоспособности и сокращение их длительности на 11 и 17% соответственно, повышение удовлетворённости качеством оказания медицинской помощи на 30%, снижение экономических издержек предприятий на 20%. Реализация Стратегии развития промышленной медицины позволит уже к 2030 г. добиться значимых результатов в снижении заболеваемости, инвалидизации и смертности трудоспособного населения на территориях, обслуживаемых ФМБА России, повысив на 5 лет продолжительность активной трудовой жизни», – подчеркнула руководитель ФМБА России.

В завершение выступления В.Скворцова подчеркнула, что активное применение цифровых технологий в промышленной медицине обеспечивает преемственность, доступность и высокое качество медпомощи. Уже сегодня внедрены автоматизированные станции для предсменных и послесменных осмотров, дистанционный мониторинг в центре промышленной медицины в режиме реального времени, «умная палата» дневного стационара, что, безусловно, повысит качество и доступность оказания медпомощи работникам промышленных предприятий.

Александр ИВАНОВ,
обозреватель «МГ».

Тенденции

Недавно в Центральном научно-исследовательском институте туберкулёза (ЦНИИТ) состоялась Всероссийская научно-практическая конференция «Прикладные и фундаментальные научные исследования в противотуберкулёзной работе среди детей и подростков», посвящённая 100-летию со дня рождения заслуженного деятеля науки РФ, доктора медицинских наук, профессора В.Фирсовой.

Организаторами выступили ЦНИИТ, Министерство науки и высшего образования РФ, Российская академия наук. Очно и в онлайн-режиме в конференции участвовали около 400 человек из разных регионов страны.

Открывая форум, директор ЦНИИТ член-корреспондент РАН Атаджан Эргешов отметил: «Вера Аркадьевна – выдающийся учёный, фтизиопедиатр, организатор здравоохранения, наш любимый учитель. Практически вся её профессиональная деятельность была связана с нашим институтом. Борьбе с туберкулёзом среди детей и подростков она посвятила 62 года жизни. Когда в 1978 г. в ЦНИИТ было организовано подростковое отделение и детскую клинику переименовали в детско-подростковый отдел, В.Фирсова возглавила отделение и руководила им вплоть до 1989 г. Это было единственное в стране и мире самостоятельное подразделение для пациентов такого возраста. Здесь занимались проведением научных исследований по основным разделам работы с подростками. Изучали особенности течения заболевания в зависимости от физического развития и гормонального профиля, состояние иммунологической реактивности больного. Под руководством учё-

Эстафету приняли, традиции хранят...

В Центральном НИИ туберкулёза прошла конференция, посвящённая 100-летию со дня рождения профессора В.Фирсовой



ного защищено 20 диссертаций, она автор свыше 300 публикаций. К своему 95-летию Вера Аркадьевна написала книгу воспоминаний «Неоконченная повесть». Надо отметить, что её повесть продолжается и сегодня. Продолжается в трудах, замыслах, многочисленных учениках».

Участников конференции приветствовали директор Департамента координации деятельности научных организаций Министерства науки и высшего образования РФ Кира Швед, академик-секретарь Отделения медицинских наук РАН

Владимир Стародубов и его заместитель, руководитель секции клинической медицины, академик РАН Игорь Решетов, главный детский фтизиатр Минздрава России Валентина Аксёнова.

Представитель ВОЗ в России доктор Мелита Вуйнович в своём видеозаписи заметила: «Борьба с туберкулёзом, в том числе у детей и подростков, не окончена и должна продолжаться с учётом широкого арсенала наших возможностей».

Директор Московского научно-практического центра борьбы с

туберкулёзом, профессор, доктор медицинских наук Елена Богородская подчеркнула: «С туберкулёзом мы боремся все вместе, единой командой. И успех этой борьбы зависит не только от фтизиопедиатров, но и от врачей, занимающихся лечением взрослых пациентов».

Профессор, доктор медицинских наук из Уральского НИИ фтизиопульмонологии Юрий Чугаев отметил: «Важно чтить память своих учителей, особенно таких как В.Фирсова, которая всей своей судьбой показала, что означает настоящий доктор».

На конференции состоялся обмен накопленным опытом. Было заслушано 24 доклада ведущих специалистов профильных учреждений и кафедр фтизиатрии из разных регионов – Москвы и области, Санкт-Петербурга, Екатеринбурга, Самары, Луганска и т.д. Обсуждались достижения прикладной и фундаментальной науки, новые медицинские технологии, базирующиеся на этих достижениях, которые при внедрении в работу практических учреждений позволяют оптимизировать и повысить эффективность профилактики, диагностики, дифференциальной

диагностики и лечения туберкулёза у детей и подростков, в том числе на уровне междисциплинарного взаимодействия профильных учреждений и учреждений первичной медико-социальной помощи. Также обсудили вопросы, требующие разработки для внедрения в практическое здравоохранение.

Созданное Верой Аркадьевной 45 лет назад подростковое отделение и сегодня продолжает продуктивно работать. Об этом рассказали её ученики и последователи: профессор Елена Овсянкина, познакомившая коллег с научными проектами для практической фтизиатрии, Марина Губкина, остановившаяся на нерешённых вопросах химиотерапии туберкулёза у детей, доктор медицинских наук Людмила Панова, представившая новые технологии персонализированного лечения туберкулёза органов дыхания у детей. С докладами выступили и ученики учеников В.Фирсовой, сотрудники детского отделения доктор медицинских наук Наталья Юхименко и кандидат медицинских наук Ирина Петракова. Кроме того, по актуальным темам фтизиатрии детского и подросткового возраста высказались молодые учёные детско-подростковой клиники ЦНИИТ.

В завершение конференции А.Эргешов отметил высокий уровень представленных докладов и презентаций, искреннюю заинтересованность слушателей. В своё время Н.Перих советовал: «Из древних чудесных камней сложите ступени грядущего». Руководствуясь этим напутствием и следуя предложению профессора Е.Овсянкиной, с целью сбережения традиций фтизиатрии приняли решение проводить конференции, посвящённые памяти В.Фирсовой, регулярно.

Георгий АЛЕКСАНДРОВ.

Смоленский государственный медицинский университет играет важную роль в системе подготовки медицинских кадров для страны. За более чем вековую историю из его стен вышли тысячи специалистов. Уровень их подготовки не вызывал ранее и не вызывает сомнения сегодня как на территории нашего государства, так и за его пределами.

Новый учебный год, большие перемены и амбициозные планы на будущее – отличный повод поговорить с главным специалистом по клинической микробиологии и антимикробной резистентности Минздрава России, ректором Смоленского ГМУ, членом-корреспондентом РАН Романом КОЗЛОВЫМ.

– Роман Сергеевич, начнём сразу с итогов последних лет.

– Сразу стоит сказать, что все успехи, о которых мы будем говорить, – это заслуга всего коллектива. Самым главным достижением стал допуск Смоленского ГМУ в программу «Приоритет-2030». Вуз прошёл серьёзный конкурсный отбор. Из более чем 1300 вузов страны различной ведомственной подчинённости программа включает всего 106.

Это программа стратегического академического лидерства. Комиссия, в составе которой министр образования и науки Валерий Фальков, представители Российской академии наук, других ведомств, оценивает уровень развития вузов на перспективу до 2030 г. Вхождение в эту программу для нас большая честь и показатель того, что та стратегия, которая выбрана руководством вуза, является правильной.

В рамках «Приоритета-2030» нами создана цифровая кафедра. Это не формальная вещь. Мы написали программу двух дипломов. Наряду с обычным документом о высшем образовании многие наши обучающиеся, которые успешно проходят тестирование, получают второй – специалистов в области больших данных. Нами готовятся принципиально новые кадры. Сегодня медицинское образование динамично развивается, появляется большой объём информации. Всё быстро меняется, и мы стараемся адаптировать наши программы для того, чтобы выпускники быстрее привыкали к новым условиям, к условиям уже второй четверти XXI века.

Моё твёрдое убеждение, что обладание компетенцией в области больших данных поможет студенту в дальнейшей образовательной траектории, прежде всего врачебной. Мало собрать необходимый объём информации, надо её систематизировать, правильно проанализировать, интерпретировать – это важнейшее умение для врача будущего.

Для нас, несмотря на все сложности, было принципиально важным получение международной аккредитации. В настоящее время СГМУ получил свидетельство на максимальное количество лет – пять и входит во Всемирную федерацию медицинского образования. Это не какая-то формальность – вуз к этому готовился, к нам приезжали эксперты. И это важно для основного направления работы университета в образовательной среде – привлечение иностранных студентов, в этом году их у нас будет свыше 1400 человек, преимущественно представителей Индии.

Что касается научной деятельности, развивая её, мы чувствуем постоянную поддержку Минздрава России и лично Михаила Альбертовича Мурашко. На базе нашего НИИ антимикробной химиотерапии создан Методический верификационный центр по вопросам антимикробной резистентности – референс-центр по клинической фармакологии. Такова наша основная научная тематика и, конечно, получение этого статуса является отражением наших успехов.

– Как организована работа по привлечению иностранных студентов, поскольку в этом году набор оказался впечатляющим?

– Университет – один из лидеров в стране по количеству иностранных студентов, обучающихся на английском языке. Хорошие, деловые отношения сложились с организацией Cosmos Educational Consultants, которая занимается помощью в рекрутировании индийских студентов. Работа с ними

Авторитетное мнение

Обязанность медицинского вуза — отвечать за здоровье нации

В Смоленске готовятся принципиально новые кадры



ведётся на протяжении десятилетий. Именно благодаря этому партнёрству, взаимному уважению и помощи удаётся набирать такое количество студентов. Сегодня вуз входит в число лидеров по количеству индийских выпускников, которые по возвращении домой с первого раза подтверждают свои дипломы. Стоит отметить, что показатель считает не университет, а медицинский совет Индии.

Это очень серьёзная и кропотливая работа. С одной стороны, ты должен показывать качество образования, с другой – безопасность пребывания студентов, обеспечивать им достаточно комфортные условия. В университете учатся ребята из многих стран. Большинство из них обучаются на русском языке. Это очень важный момент, который можно назвать мягкой дипломатией. Через культуру мы помогаем людям узнавать Россию, чтобы по возвращении домой они рассказывали о нашей стране своим соотечественникам. Что касается обучения на английском языке, то все индийские студенты идут в основном на лечебной факультет. Это особенность их образования.

Отмечу также, что нам важна организация образовательного процесса в соответствии с действующим российским законодательством. Да, сегодня у нас уже есть около 400 кандидатов в первокурсники, однако студенческий иностранный корпус полностью сложится только после 31 октября. Два месяца им даётся на оформление документов и проезд в Россию.

– Университет всегда связывали дружеские отношения с соседним государством Смоленской области – Белоруссией...

– Республика Беларусь остаётся ближайшим партнёром. У нас связи со всеми четырьмя медицинскими вузами государства. Общаемся с их лечебно-профилактическими учреждениями. Особо отмечу наши контакты с главным врачом Республиканского клинического центра управления делами президента Белоруссии Ириной Абельской. Совместно развиваем не только последипломное образование, но и научные проекты. Здесь есть гигантская перспектива взаимного сотрудничества.

– Насколько тесны связи с медицинскими образовательными учреждениями внутри страны?

– У нас удивительное ректорское сообщество – это 48 вузов, подведомственных Минздраву России,

руководители которых состоят в Совете ректоров медицинских и фармацевтических вузов. В дополнение к ним туда же входят представители медицинских факультетов классических университетов и несколько частных медвузов. Возглавляет совет ректор Сеченовского университета Пётр Глыбочко, приехавший в Смоленск. Надёжные связи между ректорами является заслугой рек-

руководители учреждения, которое является заказчиком, – Департамент здравоохранения области.

Особо хотел отметить уже установившиеся добрые отношения с губернатором региона Василием Анохиным, который неоднократно на встречах, в том числе с поступившими на первый курс, говорил о том, что здравоохранение является приоритетным направлением его

– «Медгородок» – это название знакомо всем смолянам. Можно ли территорию вуза считать городком сейчас? Продолжается ли развитие этого пространства и стало ли оно комплексной территорией медицинского вуза?

– Медгородок был и остаётся. Даже остановка общественного транспорта называется так. Мы хотим, чтобы это была среда не

только получения качественного образования, реализации своих спортивных, творческих и научных планов. Это должна быть комфортная территория. Студенты вправе жить в хороших условиях, получать максимально возможные удобства и безопасность. Должны также быть современные спортивные площадки, общежития – это головная боль любого университета. Мы стараемся обеспечить комфорт для всех учащихся. Да, нас иногда подводят строители, но то, что делает для нас Минздрав России, нельзя не оценить. Без его помощи многое было бы невозможно. Полностью завершаем ремонт первого общежития, третье – будет готово к концу года, второе – отремонтировано за счёт спонсоров из Индии. В этом году начинаем ремонт четвёртого общежития.

Стоит отметить федеральную адресную инвестиционную программу по строительству газовой котельной, центрального студенческого клуба (ЦСК) и новое строительство 704-местного 16-этажного общежития на территории медгородка. Стоимость проекта более 1,6 млрд руб. Не открою секрет, что министр здравоохранения РФ и глава региона лично контролируют реализацию этого проекта. Действует «Академия здоровья», которая занимается профилактическими осмотрами студентов.

В этом году произошло важное событие – мы заложили камень в основание храма-часовни в честь святого праведного врача, страстотерца Евгения (Боткина).

– Каковы планы коллектива вуза на ближайшее будущее?

– Самый главный аспект – реализация программы «Приоритет-2030». Нам нужно завершить все стройки и ремонт существующих корпусов. Вузу очень нужны места для проживания студентов. Будем активно продолжать развитие научных направлений.

В учебной деятельности мы будем открывать «Медицинскую микробиологию». Эту специальность я как главный специалист Минздрава России по клинической микробиологии и антимикробной химиотерапии активно поддерживаю и поддерживаю. Возглавляемая мною Межрегиональная ассоциация по клинической микробиологии, антимикробной химиотерапии и Северо-западный государственный медицинский университет в лице директора НИИ медицинской микологии Натальи Васильевой подготовили профессиональный стандарт, который 8 июля 2021 г. был утверждён. Это совершенно новая востребованная специальность.

Разработана также программа повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов в области больших данных цифровой кафедры. Будем развивать и это направление. Образование будет всегда адаптироваться под запросы системы здравоохранения.

– Владимир КОРОЛЁВ, Сергей БУДАЧЕНКОВ, специальные корреспонденты «МГ».

работы. Правительство региона будет делать всё, чтобы целевики области максимально комфортно себя чувствовали и не только получали качественное образование, но и были обеспечены жильём. Так, из губернаторского фонда было выделено 46 млн руб. на закупку квартир для таких специалистов. Многие ребята, в том числе со средним медицинским образованием, получили квартиры. Когда у высшего должностного лица исполнительной власти слова не расходятся с делом – это дорогого стоит.

– Какие вопросы уже обсуждали с главой региона?

– Наш вуз федерального значения. Университет является и драйвером экономического развития – молодёжь приезжает, учится, активно участвует в проектах. Слова благодарности стоит сказать и бывшему губернатору Алексею Островскому, и руководителям его администрации, курирующим наше направление, с которыми у нас не было недопонимания. Мы всегда обсуждали все острые вопросы и находили соответствующие реальной обстановке решения. Это продолжается и сейчас. Уже встречались с В.Анохиным. Радует, что губернатор привносит свои идеи, в том числе о создании межвузовского кластера, хорошо понимает необходимость комфортных условий для прохождения практики и обучения врачей. Между вузом и руководством области есть понимание того, что мы делаем общее дело.

– Мы говорили о помощи университета региону. Конечно, это в первую очередь подготовка медицинских кадров, но и волонтерство занимает важное место.

– Волонтерство – это миссия, постоянная деятельность. Например, донорство крови, помощь бывшим сотрудникам, поиск захоронений времён Великой Отечественной войны... Это титаническая работа, и вуз всегда будет помогать студентам. Мы понимаем, что это форма социального служения, люди делают это индивидуально. Без участия волонтеров многие вещи сегодня невозможны. Если человек приходит с идеями оказания помощи – задача вуза поддержать. Не у всех получается, не все справляются. Наш выпускник Антон Коротченко, который сейчас работает в Брянске, был отмечен наградой Президента РФ за проект «Добро в село».

Пандемия – особая веха. Буду вечно благодарен нашим ординаторам и обучающимся за помощь, которую они оказали системе здравоохранения региона. То, что они сделали, – это без преувеличения фантастика.

Вуз со своей стороны благодаря спонсором помог им полностью с обеспечением системами индивидуальной защиты. Это моя ответственность, как ректора, чтобы не один человек, включая добровольцев и людей, которые занимались оказанием социальной медицинской помощи пациентам с COVID-19, не шёл в отделение без СИЗ.

Всероссийский союз пациентов (ВСП) провёл «круглый стол», посвящённый проблемам терапии сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) и оценке её доступности для пациентов. Отправной точкой для обсуждения стало одноимённое исследование, проведённое ВСП при поддержке центра «Социальная механика». Результаты опроса, отражающие ситуацию с лечением ССЗ как в региональных центрах, так и в отдалённых сёлах и малых городах глазами пациентов и кардиологов, свидетельствуют о позитивных тенденциях, но одновременно – и о проблемах с доступностью терапии ССЗ в масштабах страны.

Ведущий мероприятие сопредседатель Всероссийского союза пациентов Юрий Жулёв напомнил: ССЗ являются одной из основных причин смертности в мире. По данным Всемирной организации здравоохранения, каждый год от этого умирают около 17 млн человек, что составляет примерно 31% всех смертей в мире. По данным Минздрава России, в нашей стране ССЗ являются причиной 44% смертей.

В последние годы внимание к этой проблеме со стороны государства, медицинского и пациентского сообществ существенно выросло: прикладываются значительные усилия, направленные на изменение структуры медицинской помощи, появляются инновационные лекарственные препараты и технологии, позволяющие спасать пациентов даже в самых сложных случаях. Об этом подробно рассказала руководитель Координирующего центра по реализации федерального проекта «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями» Елена Мазыгула. Так, в 2019-2022 гг. на терапию ССЗ в России истрчено 119,7 млрд руб.; переоснащены и дооснащены современным диагностическим, лечебным и реабилитационным оборудованием региональные сосудистые центры и первичные сосудистые отделения в субъектах РФ, растёт обеспеченность профилактики развития ССЗ и их осложнений у пациентов высокого риска, находящихся на диспансерном наблюдении. По словам начальника отдела реализации региональных программ Департамента организации медицинской помощи и санаторно-курортного дела Минздрава России Андрея Москалёва, именно благодаря таким комплексным мероприятиям по совершенствованию вторичной профилактики, в 2022 г. по сравнению с 2019 г. почти на треть снизилось количество повторных инфарктов миокарда, количество умерших от повторного инфаркта уменьшилось на 65%.

Результатом реализации федерального проекта «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями» председатель комиссии генерального совета партии «Единая Россия» по здравоохранению, директор Московского многопрофильного клинического центра «Коммунарка» Департамента здравоохранения Москвы, доктор медицинских наук Денис Проценко считает также и значительное снижение летальности пациентов с острыми сердечно-сосудистыми катастрофами.

«В структуре смертности от ССЗ острый инфаркт миокарда не превышает 7%, на первое место выходит группа пациентов, которые умирают от хронической сердечной недостаточности, она составляет наибольшую долю смертности от ССЗ в стране, – сказал он. – Понимая эту проблему, партия «Единая Россия» включила в свою программу пункт о бесплатном лекарственном обеспечении пациентов с ишемической болезнью сердца в сочетании с хронической сердечной недостаточностью. В начале 2023 г. руководитель фракции Владимир

Васильев в ходе личной встречи с Владимиром Путиным озвучил необходимость выделения дополнительного финансирования в размере 10 млрд руб. на закупку препаратов для пациентов из этой высокой группы риска, и эти предложения были позитивно восприняты главой государства. Сегодня почти на всех уровнях есть понимание, что профилактика ССЗ – это и дешевле, и эффективнее, поэтому мы надеемся, что необходимое финансирование будет выделено».

Обсуждения

Современная терапия должна быть доступной

Это важно и для медиков, и для пациентов



Тем не менее, несмотря на очевидные успехи, проблем остаётся немало.

Эксперты Всероссийского союза пациентов оценили доступность терапии ССЗ в России в 2023 г., опросив 1014 респондентов из 78 регионов, в том числе 226 человек, которые в последние два года перенесли инфаркт миокарда, а также провели 20 экспертных интервью с кардиологами с опытом работы в поликлинике более 2 лет из 8 регионов РФ. Итоги опроса проанализировала эксперт Всероссийского союза пациентов Наталья Бабкова.

«Несмотря на положительные результаты федерального проекта «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями», пациенты с сердечно-сосудистыми заболеваниями по-прежнему испытывают трудности при получении медицинской помощи, – отметила она. – При этом самой частой ситуацией остаётся ожидание приёма кардиолога более 14 дней: как и год назад, об этом говорят 60% опрошенных (против 39% в 2021 г.).»

По её словам, с отсутствием кардиолога в поликлинике пациенты сталкивались реже, чем в 2022 г. (43,5 против 52,4%), но чаще, чем 2 года назад (33,3%). На длительность очереди на диагностику (ЭКГ, ЭХО, анализы) с каждым годом жалуются всё больше россиян: в 2021 г. с такой проблемой столкнулись более четверти опрошенных, в 2022 г. – 36,4%, в 2023 г. – 40,8%.

С невозможностью пройти плановое стационарное лечение ежегодно сталкиваются около четверти опрошенных. В этих условиях пациенты часто вынуждены обращаться к платной медицине (45,4%). С 2021 г. доля воспользовавшихся услугами частных врачей выросла на 10%. При этом, подчеркнула Н.Бабкова, в 2023 г. половина льготных пациентов получала

лекарства, которые им положены, что вдвое больше, чем в 2022 г. Тем не менее 35,8% льготников не получали вовремя положенные им лекарства по независящим от них причинам (в 2022 г. таких респондентов было чуть больше – 39%, но в 2021 г. – 19%). Согласно опросу, 42,5% «льготников» сталкивались с временным отсутствием в аптеках положенного им препарата – это также меньше, чем в 2022 г. (56,2%), но гораздо больше, чем в 2021 (26,5%). Из-за трудностей с получением рецепта

дрей Фёдоров. Согласно опросу, число таких пациентов ежегодно составляет примерно треть респондентов.

Тем не менее в целом в 2023 г. пациенты более позитивны в оценке последних тенденций в системе медицинской помощи при ССЗ по сравнению с прошлым годом. О том, что ситуация за последний год улучшилась, сказали 36,6% респондентов. В большей степени положительные сдвиги подчеркнули пациенты после острых ССЗ, что связано с их нахождением в

необходимыми препаратами, мы сможем спасти около 32-35 тыс. жизней. Эта инициатива уже была озвучена на комиссиях партии «Единая Россия» и встретила положительный отклик. Мы ожидаем, что в ближайшее время будут выделены средства на обеспечение данной группы пациентов необходимыми препаратами, и мы сможем воплотить эту инициативу в жизнь», – подчеркнул депутат.

Считает целесообразным пролонгировать действие Федерального проекта «Борьба с сердеч-

но-сосудистыми заболеваниями» на 3-5 лет и заместитель председателя Комитета Совета Федерации по социальной политике Оксана Хлякина, при этом уделив внимание необходимости перераспределения средств между субъектами РФ.

«Реализация Федерального проекта «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями» идёт достаточно успешно: доступность медицинской и лекарственной помощи пациентам после перенесённых острых событий растёт. Об этом свидетельствует не только статистика по снижению смертности, но и реально спасённые жизни людей. Полученный положительный опыт нужно интегрировать в существующую систему здравоохранения и не ограничивать достижения временными рамками, установленными Федеральным проектом, – отметил Ю.Жулёв. – При этом остаются области для развития помощи пациентам, прежде всего, пациентам с хроническими ССЗ. Наш опрос показал, что основные претензии пациенты предъявляют не к качеству оказания медпомощи, а к её организации».

Поэтому, по его словам, необходимо усовершенствовать организационные моменты, снизить период ожидания прохождения диагностических процедур, наполнить врачебными кадрами первичное звено, отработать логистические схемы доставки бесплатных лекарств в аптеки. Немаловажным фактом является то, что не все люди с хронической сердечно-сосудистой патологией относятся к льготной категории, а значит, вынуждены покупать лекарства за свои деньги. Безусловно, это негативно сказывается на приверженности лечению. Необходимые расчёты по обеспечению бесплатными лекарствами наиболее уязвимой группы пациентов проведены Минздравом России и главными кардиологами, теперь решение – за Правительством РФ».

Ю.Жулёв также обратил внимание на задержки с внедрением в широкую практику современных лекарственных препаратов, имеющих как клиническую, так и бюджетную эффективность, в том числе в области ССЗ. Эти препараты, несмотря на рекомендации комиссии при Минздраве России, так и не были включены в Перечень жизненно важных лекарственных препаратов, и это, безусловно, является одной из приоритетных тем совместной проработки с Государственной Думой.

«Это пациенты с хронической сердечной недостаточностью, сегодня в России их насчитывается около 300 тыс. По подсчётам экспертов, обеспечив этих пациентов

зоне более пристального внимания врачей и плотного взаимодействия с кардиологами. Опрошенные в ходе исследования кардиологи отмечают существенные улучшения в оперативности и результативности лечения в связи с увеличением количества центров экстренной помощи, в частности, центров чрескожного коронарного вмешательства (ЧКВ), а также с доступностью диагностических исследований, которые имеют значение для отбора пациентов, в том числе с хроническими заболеваниями, на высокотехнологичную помощь и стратификацию рисков.

При этом огромную роль в улучшении вторичной профилактики сердечно-сосудистых осложнений внесла программа льготного лекарственного обеспечения. Об этом говорили на мероприятии первый заместитель генерального директора, заместитель генерального директора по научной работе НМИЦ им. Е.И.Чазова член-корреспондент РАН Филипп Палеев, заместитель генерального директора по работе с регионами НМИЦ им. В.А.Алмазова, начальник управления по реализации федеральных проектов, доцент кафедры внутренних болезней Института медицинского образования, кандидат медицинских наук Надежда Звартау, профессор кафедры кардиологии, функциональной и ультразвуковой диагностики Института клинической медицины им. Н.В.Склифосовского Первого МГМУ им. И.М.Сеченова, заведующая кафедрой кардиологии МОНИКИ им. М.Ф.Владимирского, главный специалист кардиолог Министерства здравоохранения Московской области Мария Глезер. Все они уверены в необходимости продления программы и включения в неё новых препаратов.

Председатель Комитета по охране здоровья Государственной Думы РФ Бадма Башанкаев положительно оценил промежуточные итоги Федерального проекта «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями» и выразил надежду на то, что он будет продлён. Говоря о программе льготного лекарственного обеспечения, Б.Башанкаев отметил, что в настоящий момент обсуждается возможность расширения программы – включение в неё пациентов из группы высокого риска, у которых ещё не случилась сердечно-сосудистая катастрофа.

«Это пациенты с хронической сердечной недостаточностью, сегодня в России их насчитывается около 300 тыс. По подсчётам экспертов, обеспечив этих пациентов

необходимыми препаратами, мы сможем спасти около 32-35 тыс. жизней. Эта инициатива уже была озвучена на комиссиях партии «Единая Россия» и встретила положительный отклик. Мы ожидаем, что в ближайшее время будут выделены средства на обеспечение данной группы пациентов необходимыми препаратами, и мы сможем воплотить эту инициативу в жизнь», – подчеркнул депутат.

Считает целесообразным пролонгировать действие Федерального проекта «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями» на 3-5 лет и заместитель председателя Комитета Совета Федерации по социальной политике Оксана Хлякина, при этом уделив внимание необходимости перераспределения средств между субъектами РФ.

«Реализация Федерального проекта «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями» идёт достаточно успешно: доступность медицинской и лекарственной помощи пациентам после перенесённых острых событий растёт. Об этом свидетельствует не только статистика по снижению смертности, но и реально спасённые жизни людей. Полученный положительный опыт нужно интегрировать в существующую систему здравоохранения и не ограничивать достижения временными рамками, установленными Федеральным проектом, – отметил Ю.Жулёв. – При этом остаются области для развития помощи пациентам, прежде всего, пациентам с хроническими ССЗ. Наш опрос показал, что основные претензии пациенты предъявляют не к качеству оказания медпомощи, а к её организации».

Поэтому, по его словам, необходимо усовершенствовать организационные моменты, снизить период ожидания прохождения диагностических процедур, наполнить врачебными кадрами первичное звено, отработать логистические схемы доставки бесплатных лекарств в аптеки. Немаловажным фактом является то, что не все люди с хронической сердечно-сосудистой патологией относятся к льготной категории, а значит, вынуждены покупать лекарства за свои деньги. Безусловно, это негативно сказывается на приверженности лечению. Необходимые расчёты по обеспечению бесплатными лекарствами наиболее уязвимой группы пациентов проведены Минздравом России и главными кардиологами, теперь решение – за Правительством РФ».

Ю.Жулёв также обратил внимание на задержки с внедрением в широкую практику современных лекарственных препаратов, имеющих как клиническую, так и бюджетную эффективность, в том числе в области ССЗ. Эти препараты, несмотря на рекомендации комиссии при Минздраве России, так и не были включены в Перечень жизненно важных лекарственных препаратов, и это, безусловно, является одной из приоритетных тем совместной проработки с Государственной Думой.

Алёна ЖУКОВА,
корр. «МГ».

Москва.

Взгляд

Магия мозга

После Колумба подданные кастильской королевы Изабеллы устремились за океан в поисках не только высоко ценившихся специй, главным было благородное золото заморских «индейцев». Мечта о быстром обогащении за морем дала название Эльдorado (Золотая страна). Местные по-разному воспринимали пришельцев, веря, что они улетевшие некогда бледнолицые боги, поэтому не всегда съедали идалго и грандов.

Так аборигены Флориды поведали испанцу Леону де Понсе о неких волшебных цветах, распускающихся в глубине джунглей, которые даруют людям нетленную красоту и неувядающую молодость, а то и бессмертие наподобие амброзии и нектару олимпийцев. Вполне возможно, что все подобные сказки рождались в головах индейцев и их шаманов под действием магических грибов (Magic Mushroom), действительно растущих в джунглях Мексики. Уже в наши дни учёные выделили из них что-то вроде «порождающего нечто иное» галлюциногена. Его действие рождает ощущение «улёта» как от приёма психоделического ЛСД. От названия грибов вещество получило имя псилоцибин (psilocybin), и его стали активно применять для выведения людей из стойкой депрессии, не поддающейся медикаментозному лечению.

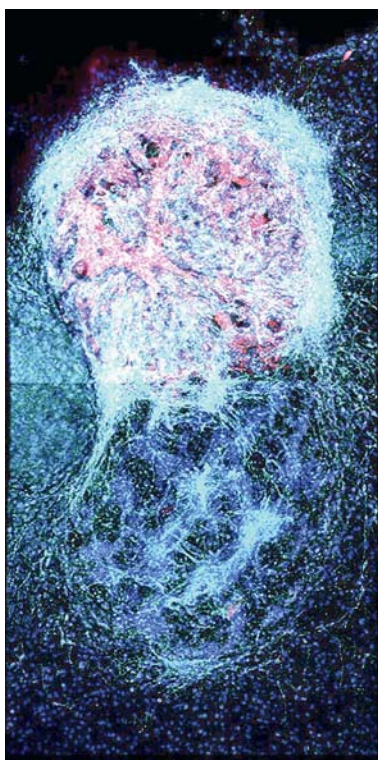
Специалисты Университета Южной Дании в городе Оденсе обращают внимание на тот факт, что псилоцибин оказывает своё психоделическое действие благодаря тому, что является молекулярным аналогом хорошо известного серотонина. Надо сказать, что состояние и работа гигантского мозга поддерживается скромным набором ничтожно малых по своим размерам аминокислот – наипростейшей глицина и возбуждающего глутамина, триптофана, «дающего» серотонин, и успокаивающей гамма-аминомасляной кислоты (ГАМК), а также тирозина, из которого в особых клетках Чёрной субстанции и Красного ядра путём добавления группы –ОН синтезируется дофамин.

По мнению датчан, «отчёты» людей, которым давали псилоцибин, зачастую субъективно искажены и могут объясняться эффектом плацебо. Иное дело предлагаемый ими подход с использованием повторного введения микродоз психоделического вещества, что они опробовали на крысах с моделью стресса, повышенного беспокой-

ства и снижения локомоторной активности на фоне ангедонии. Микродозы псилоцибина, вводимого подкожно, не обладали токсичностью и не снижали чувствительность белковых рецепторов серотонина. До нового подхода к лечению стресса животные теряли интерес к собственному грумингу (т.е. не ухаживали за шкуркой) и «имитировали» человека в плане навязчивого поведения. Псилоцибин «устранил» эти проявления и способствовал увеличению числа рецепторов серотонина на мембранах нейронов паравентрикулярного ядра, а также синаптической плотности (подъёма числа соединений нейронов).

Ядро, судя по его названию, представляет собой плотную группу нервных клеток, располагающуюся у боковой стенки 3-го (щелевидной формы) желудочка мозга. Оно принадлежит к нейронным образованиям расположенного под зрительным бугром гипоталамуса, который считается средоточием основных инстинктов. З.Фрейд – признаем, что в его время о мозге было очень мало известно, – говорил и писал о подсознании и подкорке, значение которой лишней раз подтвердили датчане. Но сознание всё же связывают с «работой» коры, выключение которой регистрируется изолинией на дисплее энцефалографа, что является основанием признания смерти мозга. Она может наступить после самых разных воздействий на нежные нейроны, образующие несколько слоёв в коре, которая страдает не только функционально, но и физически. В настоящее время нет способов восстанавливать морфологические мозговые дефекты, так как нейроны и другие клетки мозга не «восстанавливаются».

Ограниченным потенциалом образования новых нейронов из нервных стволовых клеток (НСК) и их предшественников (НКП) обладает гиппокамп. Благодаря ему мы до конца сохраняем способность генерировать память, но нейродегенеративные болезни с их нейротоксичными амилоидами и белком тау кладут этому конец. Решение проблемы предложили в Оксфорде, где «приспособили» НКП для 3D-биопечати слоёв мозговой коры. В норме НКП есть продукт НСК, начавших своё развитие и созревание, и в ходе его мигрирующие в будущую кору. Но всё это происходит при развитии плода в утробе матери, а повреждения мозга случаются после рождения и во взрослой жизни. Некогда Дж.Гёрдон клонировал в Оксфорде лягушку, а



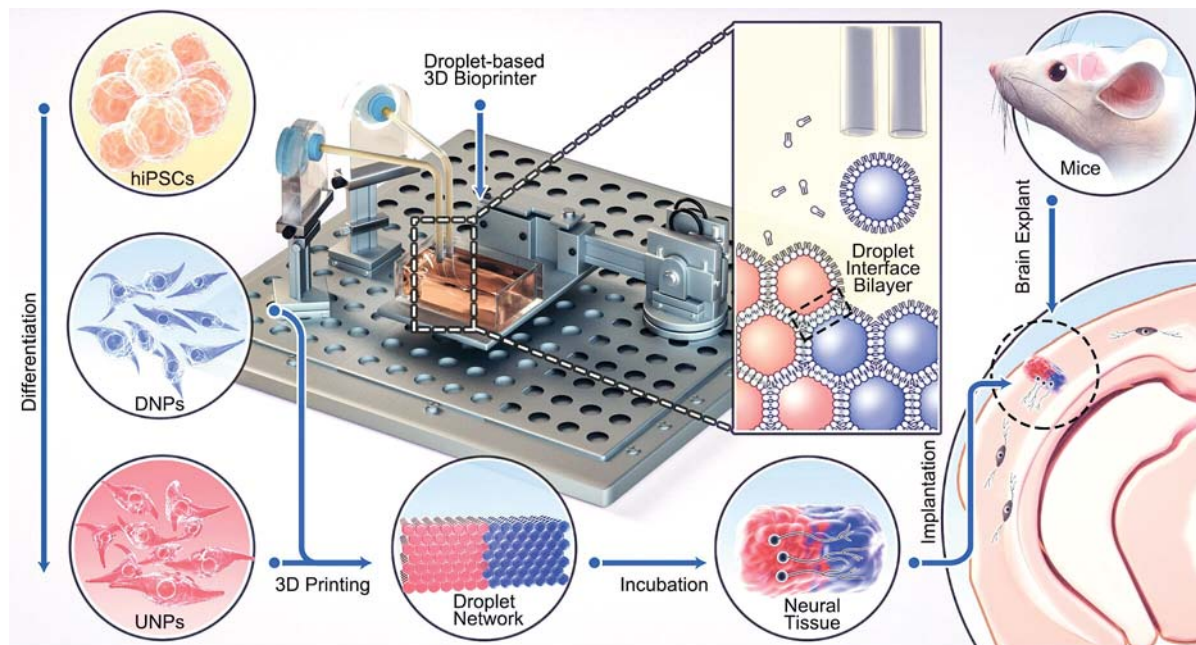
Врастание-интеграция новой коры в срезе повреждённого мозга мыши (красные и синие маркеры нейронов)

через полвека после его успеха японец С.Яманак получил первые индуцированные плюрипотентные стволовые клетки (ИПСК) из клеток взрослого организма, которые в силу своей природы способны давать клетки разных органов и тканей. Гёрдону и Яманак 11 лет назад вручили Нобелевскую премию.

В Оксфорде вновь «двинули» клеточную науку и биоинжиниринг, получив «исходные» нейроны для биопечати из НКП, и два вида их использовали в составе биочернил. Благодаря этому авторы вырастили необходимую нейронную массу. Выше говорилось, что НКП способны к активной миграции, проходя из глубин мозга 8-10 см до коры (при собственном размере не более 50 мкм.). Полученную, вернее, напечатанную «кору» с флуоресцентными метками учёные имплантировали в срез живого мозга мыши, увидев после этого активный процесс интеграции в ткань повреждённого мозга, проявившийся в усиленной миграции созревающих нейронов и выпуске ими многочисленных отростков.

Игорь ЛАЛАЯНЦ, кандидат биологических наук.

По материалам Physorg, Molecular Psychiatry, Nature Communications.



Платформа для биопечати коры из НКП

Выводы

Противовирусные препараты и сахарный диабет

Сахарный диабет 1-го типа по-прежнему остаётся неизлечимым заболеванием, но, похоже, учёные стали на шаг ближе к его предотвращению. Результаты недавнего исследования учёных из Университета Осло показывают, что у детей с ранним диагностированным диабетом 1-го типа лечение противовирусными препаратами может помочь сохранить производство инсулина в организме и потенциально предотвратить развитие диабета. Свои выводы учёные также представили на ежегодной встрече Европейской ассоциации по изучению диабета (EASD) в Гамбурге.

В 2021 г. в мире было зарегистрировано порядка 8,4 миллионов пациентов с сахарным диабетом 1-го типа, из которых 18% были младше 20 лет, 64% – от 20 до 59 лет и 19% – 60 лет и старше, было выявлено 0,5 миллионов новых диагностических случаев с дебютом болезни в среднем в 39 лет.

«Мы знаем из наших предыдущих исследований, что в поджелудочной железе у пациентов с диабетом 1-го типа, которых мы наблюдали, присутствует хроническая инфекция энтеровирусов», – говорит Кнут Дал-Йоргенсен, доктор медицинских наук и старший профессор Университета Осло.

Учёные решили проверить, является ли вирус триггером для развития диабета 1-го типа и можно ли замедлить прогрессирование болезни, воздействуя на вирус. В последнем исследовании они попытались справиться с ним, используя комбинированную терапию противовирусными препаратами плеконарил и рибавирин. Исследователи провели два клинических испытания с участием в общей сложности 96 детей в Университетской

больнице Осло и диабетическом центре Steno (Университетская больница Херлев, Копенгаген).

Всем участникам было от 6 до 15 лет, и у них недавно был диагностирован сахарный диабет 1-го типа. Пациентам случайным образом назначалось противовирусное лечение препаратами плеконарил и рибавирин или приём плацебо в течение 6 месяцев, начиная менее чем через 3 недели после диагностики диабета 1-го типа. В конце исследования через 12 месяцев была измерена выработка эндогенного инсулина.

Уровень производства инсулина в организме был значительно выше в группе, получавшей противовирусное лечение, по сравнению с группой, получавшей плацебо. Эти результаты обосновывают поиск оптимальных противовирусных препаратов для использования в монотерапии или в составе комбинированных схем лечения для спасения клеток, производящих инсулин, при диабете 1-го типа, считают исследователи.

Однако исследование имеет определённые ограничения, поскольку испытания проводились с небольшим числом участников. Исследователи также сообщили, что информация о непрерывном мониторинге уровня глюкозы была доступна не всем участникам. Дальнейшие исследования должны быть проведены на более ранней стадии процесса заболевания, чтобы оценить, может ли противовирусное лечение задержать прогрессирование повреждения бета-клеток, приводящее к развитию клинического диабета 1-го типа.

«Данное исследование подтверждает, что персистирующая вирусная инфекция низкой степени тяжести является основным механизмом заболевания и что диабет 1-го типа можно предотвратить с помощью разработки новых вакцин», – считает профессор Даль-Йоргенсен.

Гипотезы

Помощь «забытого» органа

Тимус считается нефункциональным у взрослых, и его часто удаляют в ходе кардиохирургических вмешательств для облегчения доступа к сердцу и сосудам. Однако недавнее исследование неожиданно продемонстрировало важную защитную роль тимуса в предотвращении онкологических и аутоиммунных заболеваний.

Вилочковая железа вырабатывает Т-лимфоциты, имеющие решающее значение для иммунной системы организма. Большинство Т-клеток вырабатывается до рождения, а остальные – в детском возрасте. По мере роста детей железа уменьшается в размерах, и её функция угасает.

Учёные из Массачусетской больницы сравнили данные 1146 взрослых, которым удалили вилочковую железу во время операций на сердце, с таким же количеством пациентов, которые не подвергались тимэктомию. Результаты исследования показали, что тимус имеет решающее значение для здоровья взрослых в целом и для профилактики рака и, возможно, аутоиммунных заболеваний.

«Риск смерти и развития рака практически удваивается при от-

сутствии вилочковой железы», – говорит старший автор исследования доктор Дэвид Т.Скадден.

В ходе пятилетних наблюдений у 7,4% из перенёсших тимэктомию развились онкологические заболевания в сравнении с 3,7% случаев в контрольной группе. Через 5 лет после тимэктомию уровень смертности составил 8,1%, в то время как среди тех, кому не удаляли эту железу, умерли 2,8%.

Результаты, опубликованные в The New England Journal of Medicine, демонстрируют, что люди, перенёсшие тимэктомию, в течение последующих 5 лет примерно в три раза чаще умирают и в два раза чаще заболевают раком.

Удаление тимуса также повышало риск развития аутоиммунных заболеваний у взрослых, у которых ранее не было инфекционных, онкологических или аутоиммунных заболеваний. В этом исследовании смертность от разных причин и риск развития рака были выше среди пациентов, перенёсших тимэктомию, чем среди контрольной группы.

Теперь команда учёных планирует оценить, влияет ли на устойчивость к онкологическим и аутоиммунным заболеваниям уровень активности железы, а не просто её наличие.

Подготовила Марина КЫН.
По материалам Nature Medicine, Medical Daily.

Исследования

Мелиоидоз и количество осадков

Известный как «великий подражатель», мелиоидоз иногда путают с туберкулёзом или другими бактериальными заболеваниями, а цена ошибочного диагноза высока: по данным Центров по контролю и профилактике заболеваний (CDC) США, до половины случаев заканчиваются смертью пациента.

Инфекция передаётся бактерией *Burkholderia pseudomallei*, обитающей в тропических и субтропических регионах, но по мере изменения условий окружающей среды эта грамотрицательная бактерия, загрязняющая почву и воду, теперь обнаружена и в других местах. Исследователи обнаружили микроб в воде в Техасе и Пуэрто-Рико и в почве в Миссисипи — ранее не эндемичных зонах.

«За последние три года мы наблюдали три случая в Миссисипи в одном и том же округе с одним и тем же новым штаммом», — сообщила Medscape Кэтрин Деборд из Национального центра по новым и зоонозным инфекционным заболеваниям CDC.

Это первый случай, когда бактерия была обнаружена на континентальной части США, в районе побережья Мексиканского залива, который, согласно результатам исследований по моделированию окружающей среды, считается подходящим для роста *B. pseudomallei*. В настоящее время учёные полагают, что мелиоидоз распространён более широко, чем

можно предположить по количеству зарегистрированных случаев.

Это заболевание, также известное как болезнь Уитмора, недавно было признано весьма распространённым: ежегодно во всём мире регистрируется около 165 тыс. случаев заболевания и 89 тыс. смертей. Мелиоидоз может проявляться остро или оставаться латентным в течение многих лет после бессимптомного первичного инфицирования. Наиболее частым проявлением является острая лёгочная инфекция (иногда тяжёлая), также часты гнойные поражения кожи и других органов, что приводит к развитию сепсиса.

Большинство случаев диагностируется в Юго-Восточной Азии и Северной Австралии. А в Таиланде на сегодняшний день зарегистрировано самое большое число случаев, подтверждённых высеванием культур в лаборатории, — ежегодно диагноз ставят примерно 2500 пациентам.

В крупнейшем на сегодняшний день 30-летнем клиническом исследовании мелиоидоза в Дарвине (Австралия) было изучено более 1000 случаев заболевания. Исследователи обнаружили, что заражение коррелирует с количеством осадков, причём 80% случаев приходится на сезон дождей (с ноября по апрель в эндемичных районах).

В штормовых погодных условиях загрязнённая вода и частицы почвы оказываются в воде и воздухе и могут попасть в организм через кожу и органы дыхания. Кожа с небольшим порезом или ожогом

может служить местом попадания инфекции в организм.

Всемирная организация здравоохранения относит *B. pseudomallei* к патогену 3-й группы риска (высокий индивидуальный риск, низкий общественный риск), поскольку бактерия обычно не передаётся при случайном контакте от одного человека к другому, но всё же может привести к серьёзному заболеванию с повышенным риском распространения воздушным путём.

Инкубационный период после заражения обычно составляет 21 день. В небольшом числе случаев инфекция может активизироваться спустя месяцы или годы.

«Хотя передача инфекции от человека к человеку по-прежнему бывает довольно редко, диагностика может быть сложной, а лечение — комплексным», — говорит Кэролайн Шротт, доктор медицинских наук, сотрудница Национального центра по новым и зоонозным инфекционным заболеваниям (США).

Лечение включает в себя внутривенное введение антибиотиков в течение двух недель во время острой фазы заболевания с последующим приёмом пероральных антибиотиков не менее трёх месяцев. Осложнённые инфекции требуют более длительного лечения на обоих этапах. Даже при незначительных нарушениях протокола лечения существует большой риск рецидива заболевания.

Особый случай

Щупальца кальмаров помогли фармакологам

Небольшая присоска, разработанная по аналогии со щупальцами кальмаров, и прикрепляемая на слизистую рта пациента, позволит обеспечить безболезненное применение пептидных препаратов, которые в настоящее время приходится вводить инъекционно из-за низкой эффективности высасывания при пероральном применении.

Команда учёных под руководством Жана-Кристофа Леру из Швейцарской высшей технической школы Цюриха совместно с китайскими исследователями разработала форму доставки лекарств в организм, которая может позволить заменить пероральное применение пептидных препаратов.

Разработка способов доставки пептидных лекарств в организм остаётся одной из острых проблем фармакологических исследований. Пероральное введение подобных препаратов отличается низкой эффективностью (менее 1%), а более эффективные системы (например, на основе микроигл) сложны в изготовлении и применении на практике.

Всё большее количество лекарств имитирует действие гормонов или других сигнальных веществ в организме, которые обычно представляют собой пептиды. Пептиды разрушаются уже в желудке после перорального приёма и расщепляются ферментами в кишечнике.

Хотя пептиды можно защитить от преждевременного разрушения в желудке с помощью специальной технологии, но, попадая в кишеч-



ник целыми и невредимыми, белки лишь в небольшом количестве проникают через его слизистую оболочку. Совсем немногие пептидные препараты эффективны в форме таблеток, в том числе распространённые блокаторы роста, противодиабетические и противоопухолевые лекарственные средства.

Моделью для учёных послужили присоски, которыми кальмары ловят свою добычу. Они отличаются не только высокой силой всасывания, благодаря специальной форме с кольцевидным сужением над основанием они прилипают даже к мягким, легко деформируемым поверхностям — таким как слизистая.

Прототип, представленный в журнале *Science Translational Medicine*, продемонстрировал высокую эффективность новинки у собак. После применения комбинации гормонального препарата и присоски максимальная концентрация вещества в плазме крови достигалась спустя час после снятия присоски и была более чем в 150 раз выше, чем при использовании таблеток, — это свидетель-

ствует о том, что эпителий ротовой полости может служить резервуаром, обеспечивающим постепенное поступление препарата в кровь.

Первые добровольцы — пациенты заявили, что предпочли бы такие лекарственные присоски инъекциям. В ходе эксперимен-

та изготовленную из пищевого силикона присоску наполняли водой, не несущей активных веществ. Участники исследования самостоятельно закрепляли присоску в ротовой полости и носили её 30 минут, в течение которых они могли говорить, передвигаться и полоскать рот. Только пять присосок (12,5%) отсоединились преждевременно. Визуальный осмотр места прикрепления показал, что уже спустя час после отсоединения присоски её следы были едва заметны.

Присоски, разработанные исследователями, изготовлены из силиконового эластомера, диаметром около сантиметра и высотой 6 мм и легко наносятся на слизистую оболочку полости рта.

Исследователи уверяют, что площадь всасывания поверхностью слизистой оболочки увеличивается более чем в два раза, но при этом ткани не повреждаются. Присоска растягивает слизистую оболочку щёки и в сочетании с агентом, способствующим проникновению препаратов, делает ткани более проницаемыми для лекарств.

Профилактика

Таблетка вместо спорта

Новый препарат для снижения веса заставляет организм реагировать так, как будто человек готовится к марафону, что приводит к увеличению энергозатрат и ускорению метаболизма жиров в организме. Учёные рассчитывают, что новинка может помочь людям с избыточным весом похудеть.

По данным Всемирной организации здравоохранения, в большинстве стран мира избыточный вес и ожирение уже достигли масштабов эпидемии. Наука и медицина заняты поиском лекарств, которые помогут похудеть. Исследователи из компании Genentech разработали антитело, которое ускоряет обмен веществ и снижает аппетит.

Команда Томаса Берриса из Университета Флориды провела испытания нового лекарства для снижения веса. Согласно публикации в *Journal of Pharmacology and Experimental Therapeutics*, препарат «стимулирует» мышцы, заставляя их двигаться активнее, чем на самом деле. Это ускоряет обмен веществ и помогает избавиться от лишнего веса.

В экспериментах с мышами с нормальным весом под воздействием препарата грызуны бегали в среднем на 70% продолжительнее по времени и на 45% дольше по расстоянию. В опубликованном исследовании препарат был также опробован на мышах с избыточным весом. В результате двукратного ежедневного приёма препарата в течение месяца грызуны, страдающие ожирением, набрали в 10 раз меньше жира, чем их собратья, не

получавшие препарат, и потеряли 12% массы тела. При этом мыши продолжали есть то же количество пищи и не имели физической нагрузки.

Новый препарат воздействует на группу белков в организме, известных как ERRs, которые отвечают за активацию некоторых важнейших метаболических путей в тканях, требующих большого количества энергии, таких как мышцы, сердце и мозг. ERR более активны, когда люди занимаются спортом, но их трудно активировать с помощью лекарств.

«Это соединение заставляет скелетные мышцы подвергаться тем же изменениям, которые наблюдаются во время тренировок на выносливость. Когда мыши получают препарат, можно увидеть, что весь их метаболизм направлен на использование жирных кислот, что очень похоже на то, что происходит в человеческом организме, когда люди голодают или занимаются спортом. И животные начинают терять вес», — говорит Томас Беррис, профессор фармакологии Университета Флориды, возглавивший недавние исследования нового препарата.

На сегодняшний день препарат не показал серьёзных побочных эффектов. Следующим шагом будет доработка его структуры, чтобы предлагать его в форме таблеток, а не инъекций. После этого он будет протестирован на других видах животных, прежде чем можно будет начать клинические испытания на людях.

Ракурс

Резервуар для остатков вируса

Недавнее исследование кафедры кардиологии Нью-Йоркского университета продемонстрировало, что вирус SARS-CoV-2 непосредственно поражает коронарные сосуды и вызывает воспаление атеросклеротических бляшек — вот почему у людей, переболевших COVID-19, повышенный риск ишемических сердечно-сосудистых осложнений в течение года после болезни.

Исследователи взяли 27 образцов коронарных артерий у 8 пациентов, умерших от COVID-19, средний возраст которых составлял 70 лет, из них 75% мужчин. Все они при жизни страдали ишемической болезнью сердца, у большинства присутствовали сердечно-сосудистые факторы риска, такие как гипертония, избыточный вес или ожирение, а также гиперлипидемия и сахарный диабет 2-го типа.

Все пациенты, за исключением одного, скончавшегося до поступления в больницу, находились в стационаре в среднем 17,6 дня. Чтобы идентифицировать вирусную РНК SARS-CoV-2 в аутопсических образцах коронарных сосудов, исследователи провели анализ РНК методом флуоресцентной гибридизации *in situ* для vRNA, кодирующей сплайкный белок коронавируса. Учёные также исследовали антисмысловую цепь гена сплайкового белка, которая вырабатывается только во время репликации вируса.

Исследование выявило признаки репликации SARS-CoV-2 во всех аутопсийных тканях сосудистых стенок коронарных артерий, наиболее выраженной репликация вируса была в очагах, характерных для ранней стадии развития атеросклероза.

Выяснилось, что вирус инфицировал все клетки, но в макрофагах и пенистых клетках он вызывал мощный проатерогенный воспалительный ответ. При этом более 90% пенистых клеток, которые являются отличительным признаком всех стадий атеросклероза, оказались более уязвимы к коронавирусу, чем другие макрофаги. Учёные предположили, что пенистые клетки могут служить резервуаром для вируса в атеросклеротических бляшках.

SARS-CoV-2 вызвал сильную воспалительную реакцию, о чём свидетельствует высвобождение цитокинов (включая интерлейкин-1 бета и интерлейкин-6, которые связаны с инфарктом миокарда) как в макрофагах, так и в пенистых клетках, что может способствовать ишемическим сердечно-сосудистым осложнениям у пациентов с COVID-19.

«Данные нашего исследования убедительно демонстрируют, что SARS-CoV-2 способен инфицировать и реплицироваться в макрофагах коронарной сосудистой сети пациентов с COVID-19», — пишут учёные, добавляя, что SARS-CoV-2 преимущественно реплицируется в пенистых клетках, которые «могут действовать как резервуар остатков вируса SARS-CoV-2 в атеросклеротической бляшке».

Материалы подготовила Марина КЫН.

По материалам *Nature Cardiovascular Research*, *rzteblatt*, *Journal of Pharmacology and Experimental Therapeutics*.

Венгрия, 1849 год... Над равниной, плавно снижающейся к Дунаю, начинался утренний рассвет. Лагерь венгерских войск, развёрнутый для ночного отдыха, зорко охранялся постами часовых. Навстречу появившемуся над горизонтом солнцу запели птицы... Внезапно, справа и слева от венгерских позиций, возникли массы русских войск. Всадники стремительно приближались. Раздался крик часовых, выстрелы тревоги. Венгры попытались организовать оборону. И в этот момент на центральном направлении атаки возник отряд всадников, двигавшийся прямо в сердце венгерской позиции. Сверкали обнажённые клинки, раздалось грозное «Ура!». Впереди на белой лошади мчался, выделяясь эполетами, орденами и мундиром, статный генерал. Отряд врезался в гуцу венгров, стойко и мужественно сопротивлявшихся атаке. Внезапно генеральский конь, раненный в грудь пулей, встал на дыбы, а затем рухнул вместе со всадником, придавив его. Последнее, что услышал, теряя сознание, генерал, было мощное «Ура!», раздававшееся далеко впереди...

Усыпальница

На территории Ленинградской области, в посёлке Тайцы, существует древний храм Во имя святого благоверного князя Александра Невского. До нашего времени от бывшего величия (а сооружён он знаменитым зодчим И. Старовым, руководителем строительства Свято-Троицкого собора Александрово-Невской Лавры) дошла часть здания, лишённая куполов, полностью утратившая интерьер, пострадавшая в годы последней войны. Когда-то храм являлся домовою церковью огромного имения знаменитого рода Демидовых – во времена Петра I бывших горными мастерами, а к началу XX века ставших светлейшими князьями. Небольшой, но активный приход мечтает возродить церковь во всей былой красе. Работы по восстановлению храма начались с очистки территории и вывоза мусора, скопившегося внутри здания. Когда битый кирпич сводов и камни были удалены, взором прихожан открылось пространство пола, на котором были видны могильные плиты, большей частью разбитые, с утраченными надписями. И здесь вспомнилась легенда, что храм – усыпальница рода Демидовых, той их ветви, что издавна владела Тайцкой мызой – большим массивом земель среди «коронных» уделов (с севера – Петергоф и Стрельна, с востока – Павловск и Царское Село, с юга – Гатчина).

С настоятелем церкви отцом Михаилом (Владимировым) мы были знакомы давно и трудились вместе при обретении мощей преподобного Макария Римлянина. Вскоре план действий был готов. Первыми, по существующим правилам, должны были сказать своё слово археологи. Слово – официальным документам.

«В ответ на письмо главы Администрации Тайцкого городского поселения от 11.11.2011 № 1280 сотрудниками Института истории материальной культуры РАН С.Г. Поповым и С.А. Семёновым 19 ноября 2011 г. осмотрены останки извлечённых ранее при реставрации церкви св. Александра Невского в д. Александровка (п. Тайцы Гатчинского района) четырёх погребений рода Демидовых. Погребения совершены в середине – второй половине XIX века. Археологической ценности они не представляют. Останки могут быть переданы на судебно-медицинскую экспертизу».

Директор ИИМК РАН, член-корреспондент РАН Е.Н. Носов. Из отчёта об археологическом осмотре погребений представитель рода Демидовых, выявленных ранее при реставрации церкви (сотрудники ИИМК РАН С. Попов, С. Семёнов, З. Румянцева): «... Церковь является частью усадьбы «Большие Тайцы», выдающегося памятника садово-паркового искусства последней четверти XVIII века, включённого в Список культурного всемирного наследия ЮНЕСКО. Здание церкви расположено на восточной стороне дороги, связывающей усадьбу и деревню Александровку...»

Главную часть имения с деревней Тайцы (будущее село Александровское) в 1761 г. приобрёл один из богатейших уральских горнозаводчиков А.Г. Демидов (1737-1803), правнук знаменитого

принимал участие в Польской войне 1831 г., за что получил орден св. Анны 3-й степени с бантом. В 1833 г. был назначен флигель-адъютантом и определён состоять при особе Государя (1835). Произведённый в полковники (1842) и в генерал-майоры с назначением в Свиту Его Величества (1849), Демидов был командиром для наблюдения за рекрутскими наборами. Знаменитым периодом деятельности П. Демидова было участие в Венгерской кампании в 1849 г. Прибыв в главную квартиру корпуса в конце июня, он был командирован к местечку Репшу

О супруге Петра Григорьевича известно немного. Елизавета Николаевна родилась в 1813 г. в древней семье Безобразовых. Род связан семейными узами с такими фамилиями как Белосельские-Белозерские, Сухозанеты, Лопухины, Столыпины... В Российском государственном историческом архиве мне удалось найти немногие документы, относящиеся к этой женщине. Среди них – Указ Николая I Кабинету: «...Фрейлине Елизавете Безобразовой, выходящей в замужество, выдать из Кабинета на приданое 12 тысяч рублей ассигнациями. В Петергофе, 9 июня

55-57,5 лет, № 2 – 7-15 лет, по № 3 – 50-59 лет, по № 4 – 51-55,8 (до 65) лет.

Из всех скелетов получена геномная ДНК и установлен генетический профиль. Мальчик (погребение № 2) является сыном мужчины из захоронения № 1 и женщины из захоронения № 3. Вероятность родства составляет не менее 99,999999998% (т.е. является установленной в категорической форме). Таким образом, результаты молекулярно-генетического исследования полностью подтвердили версию о принадлежности захоронений № 1 – Петру

Тайное и явное

Возвращение генерал-адъютанта Петра Демидова



Никиты Демидова (Антуфеева), основателя заводов на Урале. Здание церкви Во имя св. вел. князя Александра Невского, входящей в ансамбль усадьбы, проектировалось И.Е. Старовым. Церковь была построена к 1794 г. После Великой Отечественной войны в церкви была устроена зерносушилка... затем здание церкви было частично разрушено. Осенью 2007 г. силами православного прихода была восстановлена кровля, в 2009 г. произведены работы по усилению фундаментов...

По предварительным данным, захоронения, обнаруженные в храме, принадлежат П. Демидову, захороненному в 1862 г. его жене Е. Демидовой и его сыну Григорию (?). Ещё одно женское погребение принадлежит, вероятно, одной из родственниц Демидовых (далее в справке приводятся детальные археологические описания погребений. – Ю.М.).

Обследование извлечённых из мест захоронения останков представителей семейства Демидовых позволяет констатировать значительную переотложенность мужского погребения, соотносимого с П.Г. Демидовым. Погребение № 3 – его сына (?) Григория Петровича – также было осквернено грабительским вмешательством в советские времена. Недостаточная фиксация процесса раскопок, произведённых силами поисковиков, привела к утрате части археологической информации. Выбранные останки погребённых необходимо представить для дальнейшего анализа судебно-медицинским экспертам.

Блистательный офицер

Что же мы знаем о П. Демидове? Из Большой биографической энциклопедии (2009) известно следующее. Пётр Григорьевич родился в 1807 г. В 1825 г. вступил унтер-офицером в Кавалергардский полк, 14 июля следующего года произведён в корнеты. В чине поручика

1835 года. Николай». На листе 30 – собственноручная расписка в получении денег, благодарность Елизаветы Николаевны императору, исполненная чётким бисерным почерком. Скончалась Е. Демидова в 1876 г. от болезни сердца (причина смерти – водянка). Брак гвардейца и фрейлины оказался долгим и счастливым – только смерть мужа разлучила супругов. В семье родились сын Николай (1836-1910), дочь Екатерина (в замужестве – княгиня Кудашева) (1838-после 1917), сын Григорий (1840-1852).

Вот это находка!

И вот мы, бригада экспертов Ленинградской областной Бюро судебно-медицинской экспертизы, «на месте происшествия» – подъезжаем к храму, принимаемся за работу. Декабрь, лютый мороз... Выполняется масштабное фотографирование, первичное описание и измерения костных останков, отбор наиболее информативных костей для детального исследования в условиях лаборатории. Работает группа, сплочённая предыдущими сложными экспертизами: доцент А. Горшков, заведующий судебно-баллистической лабораторией А. Аверкин, эксперт-рентгенолог С. Романов. Мы бегаем из храма по очереди отогревать руки в дорожный вагончик-подсобку. Последний труп, самый загадочный, неизвестной женщины детально осматривает А. Горшков. Я направляюсь к выходу, когда слышу возглас: «Вот это находка! Съёмный протез верхней челюсти. Да какой! Золото, фирма «Фаберже»...»

Два месяца кропотливых трудов анатомов, рентгенологов, судебных медиков, генетиков и готово заключение комиссии. Объём его с фототаблицами составил более 20 листов. Привожу выводы, завершающие заключение комиссии экспертов.

В представленных для исследования 4 скелетах установлены: принадлежность европеоидной расе, что подтверждается характерными признаками черепов; принадлежность скелетов № 1, № 2 – мужчинам, скелетов № 3, № 4 – женщинам; однотипные по смертным изменениям костей: полное скелетирование, серо-коричневый цвет, очаги отслоения компактного слоя и выветривания ткани, лёгкость и повышенная ломкость костей, отсутствие какого-либо биологического запаха от них, что свидетельствует о давности наступления смерти, исчисляемой многими десятками лет. Результаты не противоречат архивной версии о давности смерти умерших от середины XIX до начала XX века. Характеристики роста составляют: по останкам № 1 – около 170-176 см, по останкам № 2 – около 127 см, по останкам № 3 – около 158-163 см, по останкам № 4 – около 164-166 см. Характеристики возраста составляют: № 1 – в интервале

Григорьевичу Демидову (отец), № 2 – Григорию Петровичу Демидову (сын), № 3 – Елизавете Николаевне Безобразовой (мать). В то же время, биологическое отцовство мужчины из погребения № 1, как и биологическое материнство женщины из погребения № 3 в отношении женщины из погребения № 4 – исключаются.

Из индивидуальных особенностей погребённых комиссия отмечает: наличие давних сращённых переломов тел III, IV, V грудных позвонков у П.Г. Демидова. Компрессионный их характер, анатомическая локализация, формирование единого «очага» травмы свидетельствуют о возможности их возникновения при падении с высоты. С учётом военной специальности П.Г. Демидова (кавалерист, участник многих войн), следует считать указанную травму боевой, полученной, например, при падении с высоты вставшей на дыбы лошади.

Уникальный характер съёмного протеза верхней челюсти женщины из погребения № 4 (является произведением ювелирного искусства, исполненным из драгоценных металлов на высочайшем для конца XIX века техническом уровне, что указывает на очень высокий социальный статус погребённой).

Безымянная плита

Чем же закончить эти «детективные» заметки? После завершения экспертизы о её результатах о. Михаил Владимиров официально информировал правнука Петра Григорьевича – Пекка Демидова, проживающего в Финляндии с семьёй, в том числе с сыновьями и внуками по мужской линии, а также Демидовский фонд, объединяющий потомков многочисленных родовых ветвей, берущих начало от Акинфия Демидова (1678-1745), основателя уральских горных заводов, сподвижника Петра Великого. Летом 2012 г. в храме св. великого князя Александра Невского прошла торжественная церемония.

Останки тел Демидовых были переложены в новые гробы и опущены в забетонированные склепы в подклете храма. На могильных плитах появились их имена, отнятые у потомков и истории кощунниками в послереволюционные годы. Лишь одна плита – пока безымянная. Архивисты, историки, краеведы продолжают поиск таинственной родственницы Демидовых, упокоившейся рядом с ними. Торжественная панихида над гробами усопших подвела черту под очередным этапом истории знаменитого русского рода.

Юрий МОЛИН,
профессор,
заслуженный врач России.

Санкт-Петербург.

Поэтической строкой

Дождь

Приходит дождь, подкравшись
тихой сапой,
С упрямством осени, с прохладой октября,
Готовый лить, и моросить, и капать,
И возникать ни свет и ни заря,
Расцветивать зонтиками тротуары,
Свергаться водопадами из труб...
И осторожной каплею нектара
Касаться и волос твоих, и губ.
И на холсте осеннего ненастья
Под переплески маленьких ладош
Творить узор негаданного счастья
И уверять, что это просто дождь.

Возвращение

А лето вернулось в конце октября
Шестого по счёту земному.
Шесть прямоугольников календаря –
Служителей тихого дома.
Шесть осеней, шесть затяжных декабрей
И сотни снегов и ненастий...
И стены из старых календарей
Обрушены летом и счастьем!

Камин

Во времена осенних именин,
Скупых на солнце, ждущих отогреленья,
Когда бледнеют лица и растения –
Привет тебе, мой маленький камин!
Привет тебе, уютный домовый,
Шуршащий в углях, шарящий в поленьях,
Являющий бесхитростное рвение
Разжечь огонь весёлый и живой!
Как без твоих заботливых трудов
Сырой октябрь простужен и несносен!
Как хмуро ждёт докучливая осень
Нашествия декабрьских холодов!
Поторопись же оживить огнём
Пустыню стен и тесноту предметов!
Быть может, если души обогреты –
Перезимуюем всё. Переживём!..

* * *

Ожерелий своих,
Золотых и багряных,
Не снимает октябрь
Красоты несказанной.
И зиме уступить
Не торопится осень.
И красу сохранить,
Будто женщина, просит.
И теплеет земля,
Её слову внимаю,
Все свои тополя,
Как костры, зажигая.
И пылают октябрь
Красотой небывалой,

Людмила САНИЦКАЯ

Октябрь



Словно чью-то судьбу
Начинает сначала.

Октябрь

И вязну я, как муха в янтаре,
В печальных мыслях, октябрю подобный.
Каким ещё быть мыслям в октябре?
А между тем октябрь был бесподобным!
Он золотист был, зелен и багров.
В прожилках чёрных веток облетевших,
Он был хорош! Как музыка без слов.
Как упоенье звуком птицы певчей.
И мне бы так, как нынешней поре,
Допеть и допылать, докрасоваться...
Но смертному с бессмертным не тягаться.
И вязну я, как муха в янтаре.

* * *

Всё принимается как данность –
Всхлип непогоды, муть и хлябь
И тускло-серая туманность

Там, где сияла синь и гладь.
Бормочущие водостоки,
Потоков хлёткая струя,
И посреди прозрачной топи
Насквозь промокшая скамья...
И долго – каждое ненастье
Потом, в сиротстве городском,
Так ясно обозначит счастьем
Всхлип непогоды за окном.

ОБ АВТОРЕ. Л.Саницкая – кандидат медицинских наук. Автор десяти поэтических сборников и пяти книг мемуарной прозы. Следуя традициям классической русской лирики, создаёт свой гармоничный мир единения природы и человеческой души. Член Союза писателей России, Союза писателей Москвы, Союза писателей XXI века, лауреат литературной премии им. М.А.Булгакова «Медицинской газеты» и ряда других литературных премий. Живёт и работает в Москве.


Фразы

Виктор КОНЯХИН

Мысли в ассортименте

- ✓ Чтобы ликвидировать одну причину, приходится создавать семь новых.
- ✓ Законы с доставкой в тюрьму.
- ✓ Нитраты с доставкой в салат.
- ✓ Митинг с доставкой на площадь.
- ✓ У стилета тонкий стиль. На посмешище дубине.
- ✓ Жена - в бутик, муж в бутылку.
- ✓ Ничего государственного, кроме налогов.
- ✓ Ум сам себя учит. Глупость сама себя развлекает.
- ✓ После каждой пьянки отдыхал на горноближнем курорте - в канаве за бугром.
- ✓ Флюгер агитировал в свою партию «Правящая вертушка».
- ✓ Святой инквизиции хочется быть от греха повыше.
- ✓ Интернет - это море с информканализацией.
- ✓ Чаще слушай жену - всегда поймёшь любовницу.
- ✓ Ракеты говорят на языке страны производства.
- ✓ Опять в Европе гитлеринит и муссолинит.
- ✓ Где политический кризис, там и политические валютчики.
- ✓ Спать спокойно можно на любом из многочисленных кладбищ.
- ✓ Бизнес-ланч купил ланч. Ланч проглотил бизнес.
- ✓ Бензозолодцы для автоводителей, желающих утопиться от цены на бензин.
- ✓ Из всех моделей на подиуме самая красивая та, которую не обезобразили модные шмотки.
- ✓ Ссылные мира.
- ✓ Картина из евромузея: «Опошление Европы».
- ✓ Жизнь - сплошные акции демократизации.
- ✓ Свора следит, чтобы в толпе был порядок.
- ✓ Новый слоган Газпрома: «Брюссель должен замёрзнуть».
- ✓ Петух родом из «крутого яйца».
- ✓ Бюджетприватизировавшая партия.

СКАНВОРД																																																																																																																																																																																						
Ибандроновая кислота	Гангский крокодил												Поселение у туни-цев	Парусник				Древнее ударное оружие	Ядовитая змея																																																																																																																																																																			
Воспал. место на коже	Столбец в таблице	Делает пчела	Земле-ройка	Опера Люлли	Устар. единица освещенн.	Прерия							Тупик (стар.)	Город, Ленинг. обл.			Фигура высшего пилотажа	Ненужные вещи	Раз																																																																																																																																																																			
		Реестр				Крученая нить	Ксило-мета-золин	Железо-бетон	Мексик. худож-ница								Галоген																																																																																																																																																																					
Ярка	Средоточие			Жизн. актив-ность				Остров, Курилы									Город, Бело-руссия																																																																																																																																																																					
			Только ... про-стыл	Все же	Щит Зевса	Верхняя часть рукава	Кошмар	Поста-новле-ние	До сви-дания!	Пятна на теле			Рим. поэт																																																																																																																																																																									
Статус ...	Рим. богиня плодородия	10 в квад-рате			Без ... неделя		Анчар						Садо-вая замазка				Вост. пель-мень																																																																																																																																																																					
		"А ... просто откры-вался"					Серый попугай			Осадок																																																																																																																																																																												
Лекар-ства				Госпо-жа			Дете-ныйш тюленя (стар.)																																																																																																																																																																															
Автор Валерий Шаршуков	Навязываемое условие					Агава, волокно																																																																																																																																																																																
<table border="1"> <tr> <td>Н</td><td>О</td><td>С</td><td>К</td><td>А</td><td>Е</td><td>С</td><td>Ш</td><td>С</td><td>А</td><td>С</td><td>О</td><td>В</td><td>О</td><td>К</td><td>О</td><td>Л</td><td>П</td><td>И</td><td>Ц</td><td>А</td> </tr> <tr> <td>И</td><td>У</td><td>С</td><td>И</td><td>Р</td><td>Д</td><td>А</td><td>Л</td><td>У</td><td>Д</td><td>К</td><td>Т</td><td>С</td><td>П</td><td>Е</td><td>Т</td><td>А</td><td>Е</td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>А</td><td>Н</td><td>Д</td><td>Ы</td><td>Н</td><td>Ф</td><td>М</td><td>Е</td><td>Р</td><td>О</td><td>П</td><td>А</td><td>О</td><td>Т</td><td>Ч</td><td>И</td><td>М</td><td>Н</td><td>И</td><td>Л</td> </tr> <tr> <td>С</td><td>А</td><td>М</td><td>А</td><td>С</td><td>Л</td><td>О</td><td>В</td><td>С</td><td>И</td><td>Н</td><td>А</td><td>Е</td><td>К</td><td>И</td><td>М</td><td>О</td><td>Н</td><td>О</td><td></td> </tr> <tr> <td>П</td><td>Е</td><td>Р</td><td>Л</td><td>И</td><td>Т</td><td>А</td><td>С</td><td>Т</td><td>О</td><td>Г</td><td>Л</td><td>Г</td><td>А</td><td>Р</td><td>П</td><td>И</td><td>Я</td><td>З</td><td>У</td><td>Б</td> </tr> <tr> <td>А</td><td>Ы</td><td>Ш</td><td>У</td><td>Р</td><td>У</td><td>П</td><td>И</td><td>Н</td><td>О</td><td>Ю</td><td>Т</td><td>А</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>М</td><td>Е</td><td>Н</td><td>Е</td><td>Е</td><td>А</td><td>Р</td><td>И</td><td>О</td><td>Н</td><td>Н</td><td>А</td><td>Л</td><td>И</td><td>М</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>Я</td><td>Р</td><td>Е</td><td>З</td><td>А</td><td>К</td><td>Г</td><td>И</td><td>Т</td><td>Я</td><td>М</td><td>А</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>															Н	О	С	К	А	Е	С	Ш	С	А	С	О	В	О	К	О	Л	П	И	Ц	А	И	У	С	И	Р	Д	А	Л	У	Д	К	Т	С	П	Е	Т	А	Е				А	Н	Д	Ы	Н	Ф	М	Е	Р	О	П	А	О	Т	Ч	И	М	Н	И	Л	С	А	М	А	С	Л	О	В	С	И	Н	А	Е	К	И	М	О	Н	О		П	Е	Р	Л	И	Т	А	С	Т	О	Г	Л	Г	А	Р	П	И	Я	З	У	Б	А	Ы	Ш	У	Р	У	П	И	Н	О	Ю	Т	А								М	Е	Н	Е	Е	А	Р	И	О	Н	Н	А	Л	И	М						Я	Р	Е	З	А	К	Г	И	Т	Я	М	А									<p>Ответы на сканворд, опубликованный в № 39 от 04.10.2023.</p>				
Н	О	С	К	А	Е	С	Ш	С	А	С	О	В	О	К	О	Л	П	И	Ц	А																																																																																																																																																																		
И	У	С	И	Р	Д	А	Л	У	Д	К	Т	С	П	Е	Т	А	Е																																																																																																																																																																					
А	Н	Д	Ы	Н	Ф	М	Е	Р	О	П	А	О	Т	Ч	И	М	Н	И	Л																																																																																																																																																																			
С	А	М	А	С	Л	О	В	С	И	Н	А	Е	К	И	М	О	Н	О																																																																																																																																																																				
П	Е	Р	Л	И	Т	А	С	Т	О	Г	Л	Г	А	Р	П	И	Я	З	У	Б																																																																																																																																																																		
А	Ы	Ш	У	Р	У	П	И	Н	О	Ю	Т	А																																																																																																																																																																										
М	Е	Н	Е	Е	А	Р	И	О	Н	Н	А	Л	И	М																																																																																																																																																																								
Я	Р	Е	З	А	К	Г	И	Т	Я	М	А																																																																																																																																																																											

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 и получение соответствующего гонорара. Материалы, помеченные значком , публикуются на правах рекламы. За достоверность рекламы ответственность несёт рекламодатель.

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

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 № 2725
 Тираж 14 009 экз.
 Распространяется по подписке в Российской Федерации и зарубежных странах.

