

Nº 47 (8116)



ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ВРАЧЕБНОЕ ИЗДАНИЕ

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

www.mgzt.ru

Искусственный интеллект – помощник или соперник доктора?

Руководителям медучреждений предложили испытать себя в роли ревизоров.

Cmp. 6-7

Альтернатива антибиотикам возможна!

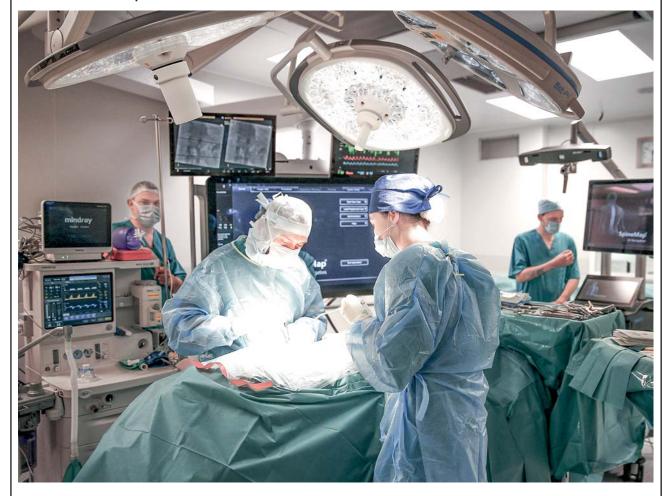
Cmp. 10

Pabomaюm мастера

Новые рубежи

Cmp. 5

Строительство второй очереди НИИ – ККБ № 1 позволило увеличить объёмы экстренных и плановых вмешательств



«МГ» уже рассказывала о том, что новый 8-этажный корпус Научно-исследовательского института – Краевой клинической больницы № 1 им. С.В.Очаповского ничем не уступает лучшим, построенным в последнее время центрам страны, а по некоторым параметрам даже их превосходит.

В нём разместился краевой ожоговый центр, отделения сосудистой хирургии, детской кардиохирургии, несколько отделений реанимации и интенсивной терапии. Здесь оборудованы гибридные операционные для всех видов хирургии. Передовое оборудование, квалификация медицинских работников, чёткая маршрутизация позволяют быстро принимать тяжёлых пациентов.

- Новые возможности действительно повышают доступность и качество медицинской помощи для жителей Кубани и гостей края, говорит главный врач НИИ - ККБ № 1 академик РАН Владимир Порханов. - Этап за этапом операций делается больше. С 15 августа по 24 октября выполнено 728 рентгенхирургических операций, в 2 операционных проведено 98 гибридных вмешательств. В отделении сосу-

дистой хирургии № 2 осуществлено 33 вмешательства, в ожоговом - 425. На счету эндоскопического центра 5776 исследований и операций, из них 1070 сделаны под наркозом. Аналогичные цифры можно назвать и по другим профилям. В новом корпусе в гибридной операционной сосудистые хирурги и нейрохирурги активно проводят вмешательства на сосудах, позвоночнике, головном мозге.

В такую операционную, конечно, поднимают наиболее тяжёлых. Это пациенты в критическом состоянии, с поражением сосудов сердца и головного мозга, больные пожилого возраста. Каждый второй имеет сахарный лиабет и трофические язвы на голенях, некрозы пальцев и другие поражения. При выраженном атеросклерозе сосудов сердца, головного мозга длительная операция пагубно может сказаться на здоровье, вызвать тяжёлые осложнения, не исключая инфаркт или инсульт. Как известно, этажные реконструкции на сосудах лучше делать мультидисциплинарной бригадой в гибридной операционной. Преимущества очевидны: время вмешательства сокращается, пациент, хирург получают меньшую дозу облучения, всё делается из мини-доступа. А как результат - быстрая реабилитация больного. Соответственно время пребывания в стационаре уменьшается. Безусловно, не всегда можно эндоваскулярно «запунктировать» сосуд при наличии выраженного кальциноза или других осложнениях болезни. В этом случае выбирается сочетанный подход - малоинвазивная и открытая В день, когда заведующий от-

делением сосудистой хирургии больницы Султан Бутаев показал автору этих строк работу нового корпуса, выписывался очередной пациент Т., 68 лет, поступивший с некрозом тканей пяток и критической ишемией. В НИИ - ККБ № 1 провели ангиографию и компьютерную томографию. Исследования показали, что дистальное русло проходимо, но больной страдает серьёзным поражением сосудов. В гибридной операционной была выполнена ангиопластика. И вот на 3-е сутки пациент возвращался домой. Он зашёл сказать тёплые слова оперировавшему его хирургу. Сотни таких и более сложных историй спасения лучше всего свидетельствуют об уровне кубанской медицины, где специалисты отдают все силы на поприще сражения с болезнями.

Алексей ПИМШИН.

«МГ» — 130 лет —

Уважаемые коллеги! Дорогие друзья!

От имени Министерства здравоохранения Российской Федерации сердечно поздравляю со 130-летием

За долгие годы плодотворной работы «Медицинская газета» стала старейшим профессиональным изданием, которое освещает деятельность системы здравоохранения, медицинских вузов и научно-исследовательских институтов, предприятий медицинской промышленности, государственных органов и общественных организаций. Рассказывая о достижениях отечественной и зарубежной медицины, жизни работников отрасли, вы оказываете важную информационную поддержку, в том числе повышая общую грамотность медицинского сообщества.

Сегодня, когда события в мире развиваются с большой скоростью, вы качественно прорабатываете темы и оперативно выпускаете материалы, глубоко исследуя и анализируя актуальные и серьёзные вопросы, тем самым поддерживая основные направления развития российского здравоохранения.

И, уверен, все работники отрасли чувствуют эту поддержку, продолжая трудиться на благо здоровья

Желаю всему коллективу эффективной работы, реализации намеченных планов, дальнейшего процветания, благополучия и, конечно, всем сотрудникам и читателям «Медицинской газеты» – крепкого здоровья!

> Михаил МУРАШКО, министр здравоохранения РФ.

Дорогие друзья!

От имени многотысячного коллектива Федерального медико-биологического агентства сердечно поздравляю сотрудников «Медицинской газеты» и ваших читателей с 130-летием со дня выхода в свет первого номера

Ведущая свою историю с 1893 г., газета является одним из старейших специализированных периодических изданий, которое освещает важные события в сфере здравоохранения, деятельность медицинских учреждений и предприятий медицинской промышленности, профильных учебных заведений, профсоюзов и общественных организаций.

Среди авторов публикаций «Медицинской газеты» – ведущие учёные и врачи нашей страны, что является свидетельством высокого доверия к изданию со стороны медицинской и научной общественности.

Примите слова глубокой признательности за ваш добросовестный труд, высокий профессионализм, бережное сохранение и преумножение лучших традиций отечественной журналистики. Выражаю особую благодарность за плодотворное сотрудничество с Федеральным медико-биологическим агентством, широкое освещение его деятельности.

От всего сердца желаю вашему изданию развития процветания, а всем представителям творческо коллектива – крепкого здоровья, благополучия и новых успехов в вашем благородном труде!

> Вероника СКВОРЦОВА, руководитель ФМБА России.

КАПИТАНЫ ОТРАСЛИ

Дмитрий АРСЮТОВ

Генеральный директор НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. С.Н.Фёдорова Минздрава России»:

Работа не превращается в рутину и тягостную обязанность, если руководство предоставляет сотрудникам возможности для профессионального развития, научной деятельности и карьерного роста.





Новости

Череп, напечатанный на принтере

В городскую клиническую больницу Пятигорска поступил на «скорой» молодой мужчина в крайне тяжёлом состоянии с черепно-мозговой травмой после ДТП. У пациента диагностировали внутримозговую гематому, которая сдавливала головной мозг и угрожала жизни.

Нейрохирурги провели экстренную декомпрессивную трепанацию черепа, удалили гематому и часть кости, чтобы создать дополнительное пространство, в котором нуждался мозг.

После лечения в реанимации и отделении нейрохирургии, спустя несколько месяцев восстановления, стало возможным исправить дефект черепа - сделать краниопластику.

Сначала пациенту провели компьютерное 3D-моделирование, чтобы получить безошибочный результат во время операции - точное прилегание пластины и полное восстановление черепного дефекта, затем изготовили из титана индивидуальный имплантат.

- В зависимости от того, какой у пациента дефект, такой и делается имплантат. В этот раз у нас деформация черепа была невероятных размеров – 12 на 16 см. Конфигурация была сложная – с переходом на лоб и висок», - рассказал завотделением Грант Кундупян.

Во время операции на коже сделали разрез по той же линии, что и на предыдущей операции. Изготовленный имплантат зафиксировали к черепу. Затем кожу вернули в исходное положение, а разрез ушили. Как только отрастут на этой части головы волосы, никто и не догадается о том, что произошло с мужчиной.

После операции прошёл месяц. Напечатанный из титанового порошка на 3D-принтере имплантат прижился и улучшил качество жизни пациента.

Рубен КАЗАРЯН.

Ставропольский край.

Приостановлено применение системы с ИИ

В ходе проводимого Росздравнадзором мониторинга безопасности медицинских изделий в отношении медицинской системы с искусственным интеллектом Botkin.Al были выявлены отклонения в характеристиках относительно заявленных при его регистрации. В результате анализа был сделан вывод о наличии угрозы причинения вреда жизни и здоровью граждан при её применении. В связи с этим принято решение о приостановке его применения, а также инициировано проведение внепланового выборочного контроля в отношении производителя Botkin.Al OOO «Интеллоджик», сообщили в пресс-службе Росздравнадзора.

На территории РФ зарегистрировано 24 медицинских изделия, являющихся программным обеспечением с технологией искусственного интеллекта, 19 из которых - отечественные разработки.

Программное обеспечение с технологией искусственного интеллекта подлежит пострегистрационному мониторингу безопасности и клинической эффективности, отчёты о которых анализируются Росздравнадзором. Однако, несмотря на его неоднократные требования, указанные отчёты от производителя Botkin. АІ в службу не поступали.

«Соответствующие заявление и документы направлены Росздравнадзором в прокуратуру Москвы. По итогам проверочных мероприятий будет сделан вывод о возможности дальнейшего обращения данного медицинского изделия», - говорится в сообщении ведомства.

Владимир ЧЕРНОВ.

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

Качество, проверенное временем

«Медицинская газета» отмечает 130-летний юбилей

В ноябре 1893 г. вышел первый номер нашей прародительницы – «Врачебной газеты», которая быстро стала одним из ведущих российских периодических изданий медицинского профиля.

Выпуск её был приостановлен после Октябрьской революции, с 1938 г. издание выходило под названием «Медицинский работник», а с 1962 г. получила современное имя. Названия менялись, но неизменным оставалось одно - газета более ста лет является верным другом и помощником для нескольких поколений врачей, поставщиком самой свежей и актуальной медицинской информации, внося посильный вклад в сохранение и укрепление здоровья граждан нашей

В советское время газета была популярнейшим изданием, тираж которой превышал 1 млн экземпляров. Её название было известным каждому врачу. После распала СССР, несмотоя на паление тиража, газете удалось выстоять, сохранить авторитет и профессионализм.

В последние годы на медиарынке произошли большие перемены, но социальные сети не заменят классической журналистики. Наши статьи пишут профессиональные журналисты и врачи, которым есть чем поделиться с коллегами. Они умеют делать это красиво, точно и мастерски.

К сожалению, бумажные издания стали стоить немалых денег, а государство в трудный период не может их поддержать. Несмотря на все эти проблемы, мы смотрим в будущее с оптимизмом. «МГ» вступает в новое десятилетие своей жизни с обновлённым сайтом. Развиваем электронную версию газеты, которая идентична бумажной, её можно прочитать на компьютере, планшете, смартфоне. «МГ» открывает новые рубрики,



создаёт новые направления сотрудничества, старается отвечать на потребности медицинского сообщества. Оставайтесь с нами, присоединяйтесь к друзьям "МГ" Их много, но должно стать ещё больше!

> Алексей ПАПЫРИН. главный редактор «Медицинской газеты».

Опухоль редкая, операция уникальная

Онкологи Сургутской окружной клинической больницы провели 59-летней пациентке циторедуктивную операцию с гипертермической интраперитонеальной химиотерапией при мезотелиоме брюшины. Операция длилась 6,5 часов.

В операционной работала бригада онкологов-хирургов в составе: Сергей Копейка, Алексей Аксарин, Павел Троян, операционная медсестра Альфия Канипова, анестезиолог Рафаэл Гайнуллин.

Перитонеальная мезотелиома редкая злокачественная опухоль. Во время циторедуктивной части операции удалена вся париетальная брюшина, а также резецированы метастазы с висцеральной брюшины.

Затем в брюшную полость были установлены дренажи и проведён сеанс гипертермической интраперитонеальной химиотерапии. Это инновационный метод лечения в онкологии, который предполагает введение в брюшную полость химиопрепарата, нагретого до 42-43°С. В послеоперационном периоде пациентка получила комплексное лечение и выписалась в удовлетворительном состоянии на

Благодаря своевременно установленному диагнозу, опытной бригаде онкологов-хирургов, выполняющих циторедуктивные операции при канцероматозе брюшины и НІРЕС, стало возможным радикальное лечение редкой злокачественной опухоли.

Алёна ЛЬВОВА.

ПОЧТА РОССИИ ПОДПИСНЫЕ **ИЗДАНИЯ** 1 полугодие

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 **ПНО14** – на месяц.

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

Юридические лица могут подписаться

периодических изданий газеты и журналы Избранные для бизнеса

через отделы подписки региональных почтамтов.

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

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

Криминал —

Сургут.

Задержали банду

Силовики в Москве задержали 4 человек, торгующих нелегальными препаратами. «Возбуждено уголовное дело по признакам преступления - сбыт незарегистрированных медицинских изделий, совершённый в крупном размере», - отметила старший помощник руководителя столичного главка СК майор юстиции Юлия Иванова.

По данным следствия, из-за границы ввозились и продавались в России некачественные лекарственные препараты, используемые преимущественно в косметологии. Свою деятельность злоумышленники вели онлайн.

«В ходе предварительного следствия установлено, что стоимость препарата в интернет-магазинах варьировалась от 2,5 до 25 тыс. руб. По предварительным данным, стоимость изъятых препаратов составляет свыше 100 млн руб.», добавила Ю.Иванова.

Кроме того, территориальный орган Росздравнадзора по Москве и области признал препараты недоброкачественными.

Юрий ДАНИЛОВ.

Рука об руку с медиками

«Медицинская газета» – старейшее медицинское издание. 130 лет! Отмечать такую дату и оставаться современным, востребованным, быть, как говорится, в тренде, может только истинный профессионал.

Закономерно, что «Медицинская газета» пользуется большим авторитетом в профессиональном сообществе. Поднимая актуальные темы, глубоко исследуя и анализируя серьёзные вопросы, она оказывает своё влияние на процессы, которые происходят в российском здравоохранении.

Можно сказать, что мы – медицинские журналисты и парламентарии – вместе делаем важнейшую работу, главная задача которой – развитие нашей медицины и здоровье наших соотечественников.

С юбилеем. коллеги!

Бадма БАШАНКАЕВ, глава Комитета Госдумы по охране здоровья. Поздравляю коллектив «Медицинской газеты» и всех её читателей со 130-летием этого профессионального издания, известного каждому российскому врачу.

Все эти годы газета служит нашим медикам, ее подписчики есть во всех регионах России. Она давно зарекомендовала себя как врачебное издание, которое на высоком уровне освещает актуальные вопросы практического здравоохранения и медицинской науки, содействуя профессиональному росту медработников.

Особо отмечу то большое внимание, которое газета уделяет освещению вопросов и перспектив обязательного медицинского страхования. За 30 лет функционирования в России системы ОМС «Медицинская газета» стала надежным партнером Федерального фонда ОМС, информируя медиков о развитии медицинского страхования, деятельности территориальных фондов, развития нашей отрасли. Мы дорожим нашими партнерскими отношениями с изданием, будем их укреплять и развивать.

Желаю коллективу реализации всех своих творческих замыслов, успехов в нелёгкой работе и крепкого здоровья, а самой газете – процветания и развития, дальнейшего служения профессиональным интересам медицинского сообщества России.

Илья БАЛАНИН, председатель Федерального фонда ОМС,

От имени Национальной медицинской палаты разрешите сердечно поздравить вас и ваших читателей со 130-летием издания.

История газеты берёт своё начало в те далёкие годы, наполненные предчувствием больших социальных потрясений, когда движение врачей, возглавляемое Н.В.Склифосовским, С.П.Боткиным, Ф.Ф.Эрисманом и другими великими российскими врачами, стало фактором не только профессиональной, но общественно-политической жизни страны. Именно тогда была заложена традиция по-журналистски остро и оперативно реагировать как на профессиональные, так и социальные события, которой непреложно следовали многие поколения ваших сотрудников. Она не была нарушена ни в годы революционной смуты, ни в страшное военное лихолетье.

В послевоенный период нашей истории «Медицинская газета» снискала огромные авторитет и популярность, став добрым другом и помощником миллионам советских медицинских работников. Семизначные тиражи и сохранившиеся у современников эпохи вырезки из номеров тех лет – подтверждение моим словам.

Продолжая и развивая традиции выдающихся предшественников, сегодняшний коллектив газеты чутко реагирует на всё происходящее в медицинском мире и области здравоохранения. Национальная медицинская палата справедливо считает «Медицинскую газету» своим соратником в деле служения жизни и здоровью россиян.

Желаю коллективу редакции дальнейших профессиональных успехов, душевной стойкости, целеустремлённости!

Леонид РОШАЛЬ, Герой Труда, президент Союза медицинского сообщества

«Национальная медицинская палата».

Сердечно поздравляю вас с замечательной датой – 130-летием со дня основания «МГ»!

«Медицинская газета» – старейшее профессиональное издание с богатой историей, по сути, летопись российской медицины. С первого номера газета отражает передовые темы практического здравоохранения, приоритетные направления деятельности высшей медицинской школы, идя рука об руку с современной медициной, наукой и профильным образованием.

Менялось время, название газеты, но незыблемым оставалось служение благородному делу медицины, сохранение традиций, высокий профессионализм авторов и стремление донести до читателей точную, проверенную и нужную информацию.

Пусть «Медицинская газета» хранит традиции и остаётся носителем компетентной информации, которая касается как вузовской науки, образования, так и практического здравоохранения.

Желаю новых профессиональных достижений, творческого вдохновения, оптимизма, сбывшихся надежд и, конечно, здоровья всем сотрудникам редакции. Успехов и постоянного развития на избранном пути! Будьте и дальше оперативными и отзывчивыми, сохраняйте классический стиль издания, который будет востребован и новыми поколениями специалистов!

Пётр ГЛЫБОЧКО, председатель Ассоциации «Совет ректоров медицинских и фармацевтических высших учебных заведений», ректор Первого МГМУ им. И.М.Сеченова, академик РАН.

Для меня «Медицинская газета» – это главный рупор всей медицины страны. Во все времена нашуниверситет активно сотрудничал с этим уважаемым изданием, и все те ректоры, при которых я работал, активно взаимодействовали с коллективом газеты для того, чтобы в рамках «МГ» рассказать о достижениях и проблемах медицины.

Для нас это родная редакция, с которой мы всегда плодотворно сотрудничали и сотрудничаем сегодня, способствуя развитию медицинской науки, образования, просвещения. Я считаю, что «Медицинская газета» – одно из лучших периодических изданий в стране.

От всего коллектива Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И.Евдокимова Минздрава России поздравляем газету со 130-летием и желаем её профессиональному коллективу долгих лет эффективной и плодотворной работы на благо нашей страны, во имя здоровья и благополучия наших граждан!

Олег ЯНУШЕВИЧ, ректор МГМСУ им. А.И. Евдокимова, президент Общества врачей России, академик РАН. «Медицинской газете» исполняется 130 лет! В это трудно поверить, но первое в России профессиональное врачебное издание начало выходить в свет ещё в XIX веке и продолжает издаваться до наших дней. Солидность такого возраста становится особенно ясна, когда понимаешь, что читателями «МГ» были уже как минимум десять поколений российских врачей.

Среди многих рубрик, сменявших друг друга на протяжении столь долгой истории газеты, есть неизменные – «Наука и практика», «В научных лабораториях», «Пульс науки». Корреспонденты «Медицинской газеты» избегают поверхностного изложения научной информации, напротив, они с нескрываемым интересом погружаются в самую суть проводимых учёными исследований, бывают в лабораториях, встречаются с авторами разработок для медицины, посещают конференции.

Особая миссия врачебного издания как раз и заключается в том, чтобы знакомить профессиональное сообщество с научными работами российских и зарубежных исследовательских коллективов, результатами которых станут новые медицинские технологии, лекарственные препараты, диагностикумы. Будущее мировой и отечественной медицины создаётся в научных лабораториях, а запрос на это будущее формируют клиницисты – читатели «Медицинской газеты».

Редакция «МГ» всегда с подчёркнутым уважением относилась и относится к Российской академии наук, в том числе к Отделению медицинских наук. В свою очередь руководство РАН и научно-медицинское сообщество также заинтересовано в сотрудничестве с «Медицинской газетой», как важным информационным мостиком между наукой и практикой. Желаем уважаемому изданию дальнейших успехов!

Михаил ПИРАДОВ, вице-президент РАН, академик.

Уже 130 лет «Медицинская газета» выступает как профессиональное издание, представляя интересы работников здравоохранения России. Поэтому в переменах, что происходят в отрасли, всегда была и будет доля журналистского труда. Такие выводы можно сделать на рубеже, к которому подошла сегодня газета. И не менее важный – Профсоюз работников здравоохранения РФ всегда находил поддержку журналистов «МГ», поднимая на страницах актуальные вопросы медицинского сообщества. А если посмотреть в завтрашний день нашего сотрудничества, то цели остаются прежние – защита интересов и прав медиков. В этом мы солидарны с газетой и готовы действовать в том же направлении. От имени работников здравоохранения позвольте поздравить журналистский коллектив со знаменательной датой, которая (не сомневаюсь) станет отправной к следующему этапу актуальных публикаций. Мы готовы вместе с вами выступать и дальше единым фронтом, когда речь идёт о защите трудовых, профессиональных и социально-экономических прав работников здравоохранения страны, быть во всех жизненных ситуациях рядом с «МГ», выражать на её страницах свою позицию.

С юбилеем, уважаемые, можно сказать, коллеги! Успехов вам на журналистском поприще, признания в медицинском сообществе. Держите журналистское перо на пульсе времени! Давайте и завтра, и всегда действовать вместе, а не врозь, решать жизненно важные проблемы работников здравоохранения, стоящих на страже здоровья россиян.

Анатолий ДОМНИКОВ,

председатель Профсоюза работников здравоохранения РФ.

Подписка на «МГ» через редакцию всегда дешевле

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 адресам электронной почты:

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

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

Оплатить подписку можно и он-лайн. Платежи по QR-кодам безопаснее.





Как выглядит стратегия дальнейшего развития ведущего Национального медицинского исследовательского центра страны глазами нового руководителя: можно ли улучшить то, что уже признано лучшим? Или же понятия «лучший, эффективный» относительные и даже у совершенства есть резервы развития? И вообще, есть ли способы улучшить систему оказания медицинской помощи в отдельно взятом учреждении, работая в рамках правил, которые едины для всех государственных лечебных учреждений?

С такими вопросами «Медицинская газета» обратилась к Дмитрию АРСЮТОВУ – генеральному директору НМИЦ «Межотраслевой научно-технический комплекс «Микрохирургия глаза» им. С.Н.Фёдорова Минздрава России».

Эта беседа – продолжение серии наших публикаций о самых ярких и успешных организаторах здравоохранения современной России. Капитаны отрасли: кто они, откуда берутся, какова их историческая миссия?

ганизации в отдельности. Главное – суметь сопоставить новшества с идеологией, заложенной в основу МНТК академиком Фёдоровым.

Например, исходной целью создания комплекса «Микрохирургия глаза» было максимально приблизить офтальмологическую помощь к жителям разных уголков страны. Причём, помощь не рутинную, а самую сложную и передовую. В настоящее время его пациентами уже являются более трети населения страны, здесь выполняется 300 тыс. операций в год. Подобное стало возможным за счёт геогра-

приборов и расходных материалов, чем отечественных. Поэтому одна из стоящих перед нами задач на ближайшую перспективу — создавать своё, по возможности уходить от технологической зависимости, в которой мы пребывали долгое время.

 Есть ли индустриальные партнёры, готовые взяться за выпуск медтехники для офтальмологии?

– Есть, и мы провели уже несколько деловых встреч с разными компаниями-производителями. Одна из них в недавнем прошлом

для исполнения религиозных обрядов. В лечебно-диагностическом центре головного учреждения в Москве для иностранцев выделен один из этажей, так что потоки российских и зарубежных пациентов не пересекаются.

Дальнейшее развитие в этом направлении мы видим следующим образом: не обязательно ехать из-за границы на лечение именно в Москву. Высокотехнологичную офтальмологическую помощь в том же объёме и с тем же качеством можно получить в любом из филиалов МНТК.

Легко ли быть своим?

Напомним, в феврале 2023 г. победитель конкурса управленцев «Лидеры России» Д.Арсютов возглавил МНТК «Микрохирургия глаза» им. С.Н.Фёдорова. Представляя нового руководителя коллективу центра, министр здравоохранения России Михаил Мурашко отметил: «Это учреждение является лидером в своей отрасли. Принципиально важно. чтобы дух лидерства и инноваций продолжал жить в коллективе. Необходимо удерживать передовые позиции в науке, производстве и медицинской помощи, тем более эти возможности уже заложены «в генах» МНТК «Микрохирургия глаза» её основателем - академиком Святославом Фёдоровым».

Таким образом, перед вновь назначенным генеральным директором поставлена задача не снижать планку достижений мощнейшего научно-клинического центра. Ситуация необычна тем, что в одной системе координат оказались сразу два лидера – организатор и организация. На пользу ли это или, напротив, создаёт дополнительные сложности для взаимного принятия?

– Дмитрий Геннадьевич, предположу, что значительно проще стать руководителем новой больницы и с нуля выстраивать все процессы по своему усмотрению, чем возглавить учреждение, созданное гением офтальмологии и организации – академиком Фёдоровым, где до сих пор витает его дух? Вам не было страшно принимать такое предложение?

- Мне не нравится в данном контексте слово «страх», а ближе слово «ответственность».

Начну с того, что для меня система МНТК «Микрохирургия глаза» родная и я здесь не чужой. И как врач, и как организатор здравоохранения я вырос в этом центре. У меня 24 года хирургического стажа, я оперирую и буду заниматься этим впредь. Кроме того, за плечами четырнадцатилетний опыт управленца, в течение этих лет я руководил офтальмологической больницей в Республике Чувашия, кроме того, занимался стратегическим планированием и реализацией планов развития системы офтальмологической помощи в регионе в целом. Это был уровень задач уже не менеджера среднего звена, а выше.

Понимая, что одного только врачебного образования мало, я окончил магистратуру по экономике, а сейчас завершаю учёбу в магистратуре по юриспруденции. Без такого объёма знаний, мне кажется, стать эффективным организатором здравоохранения практически невозможно.

Конечно же, участие в конкурсе «Лидеры России» также было для меня очень полезным опытом. Наверное, это и есть ответ на ваш вопрос о том, испытываю ли я страх перед сложностями: на участие в конкурсе подали заявки более 15 тыс. управленцев, в том числе руководители очень высокого уровня. Победив, я получил не только внешнюю оценку своих компетенций, но и сам себе доказал, что мои знания и опыт вполне конкурентоспособны на «управленческом рынке» страны. Это очень воодушевляет и мотивирует на ещё более высокий полёт.

Таким образом, предложение возглавить МНТК «Микрохирургия

Капитаны отрасли –

Лидер лидеров

Хорошо, когда руководитель и коллектив говорят «на одном языке»



глаза» – с одной стороны, очень большая честь для меня, а с другой – возможность применить мои управленческие знания и опыт по максимуму.

– Итак, вы знаете систему изнутри, это облегчило вам процесс адаптации в новом статусе. Конструкция МНТК устойчива и эффективна. Тем не менее в каких именно направлениях вы видите резервы комплекса?

– MHTK – очень серьёзная структура, которая даже по прошествии 37 лет своего существования остается столь же высокосовершенной, какой она была задумана и построена её основателем. Здесь всё давно придумано и протестировано, целесообразность каждого звена и каждого решения доказана многолетней практикой. Я имею в виду и филиальную сеть, и принципы организации работы персонала и движения пациента внутри учреждения, и систему подготовки кадров, и научную работу, и производство медицинских изделий. Все составляющие этой системы в равной степени важны, убери одну, и рухнет вся конструкция.

Тем не менее ваш вопрос о том, можно ли двигаться вперёд и вверх, если, казалось бы, достигнут максимум, вполне справедлив. Отвечаю: можно. Более того – нужно, учитывая объективные условия и вызовы, которые в настоящее время влияют на систему здравоохранения и требуют новшеств в организации работы отрасли в целом и каждой медицинской ор-

фического преимущества комплекса «Микрохирургия глаза»: есть головная организация в Москве и десять филиалов во всех федеральных округах. Казалось бы, чего больше? Между тем, географическое преимущество необходимо использовать ещё активнее. а именно, приблизить возможности наших филиалов в регионах к пациентам за счёт открытия лечебнодиагностических отделений. Сеть ЛДО в зонах курации филиалов должна быть обширной. В этих отделениях организован не только консультативный приём, но также полный объём диагностики, лечение и реабилитация по единому высокому стандарту МНТК.

Держать планку

- Что касается не количественных, а качественных изменений, какими вы их видите? Ведь удерживать лидерские позиции только за счёт увеличения объёмов оказываемой помощи вояд ли возможно.

- Совершенно верно. Точно так же, как нельзя быть уверенными в том, что, достигнув высокой планки, клиника будет такой же успешной впредь.

В плане технологического обновления хотелось бы, чтобы не мы кого-то догоняли, а догоняли нас, а это требует перенастройки процессов разработки и производства. Так сложилось, что сегодня в арсенале отечественной офтальмологической службы больше импортных

выпускала оборудование для лазерной катарактальной хирургии, но затем «сдалась», не выдержав конкуренции с зарубежными производителями. Учитывая, что лазерные технологии уже два десятилетия остаются прогрессивными, а главное – они безопасны, есть намерение совместно разработать и начать выпуск российских приборов для лазерной офтальмохирургии с улучшенными техническими характеристиками и меньших габаритов, чем прежние образцы.

В то же время на собственных научно-производственных площадях МНТК сейчас выпускается более 150 наименований продукции для офтальмологии: расходные материалы, микрохирургический инструментарий, лекарственные препараты. В наших планах удвоить этот перечень.

 Знаю, что вы считаете необходимым развивать международное сотрудничество.
 В нынешних геополитических обстоятельствах это не слишком смелая надежда?

Она абсолютно оправданная. И здесь речь не только о лечении пациентов. Важно создать эффективную платформу сотрудничества, выгодную всем сторонам отношений. У нас огромный опыт и возможности в вопросах подготовки высокопрофессиональных офтальмохирургов различных направлений за короткий отрезок времени, проведение индивидуальных программ развития в системе ветлаб и на рабочих местах. Это очень востребовано сегодня коллегами из стран СНГ и дальнего зарубежья. В этом месяце у нас обучаются одиннадцать врачей из других стран, и количество запросов, которые поступают из-за рубежа на дополнительную профессиональную подготовку офтальмологов, ежегодно растёт.

Не менее важным считаем увеличение объёмов оказания офтальмологической помощи гражданам других стран.

 Мощности клиники позволят справиться с дополнительным потоком пациентов? И не окажется ли, что иностранные граждане будут иметь приоритет перед российскими?

- Мощностей достаточно, МНТК уже сейчас является лидером по экспорту медицинской помощи и готов принять ещё больше пациентов из-за рубежа. Что касается интересов россиян, они не ущемляются ни в объёме оказываемой помощи, ни в её качестве, ни в сроках ожидания лечения.

Для МНТК «Микрохирургия глаза» экспорт медицинских услуг – далеко не новое направление, много лет назад здесь организована служба работы с иностранными пациентами. Их комфортно размещают в пансионате, для них есть отдельное кафе, оборудованы даже комнаты

Вообще, медицинский туризм не случайно обозначен Минздравом России как одно из важнейших направлений работы отрасли: необходимо привлечь как можно больше иностранцев, чтобы показать возможности и преимущества отечественной медицины. Спрос, надо отметить, высокий. Наша маркетинговая политика сегодня сосредоточена на доведении максимума информации о возможностях МНТК до наших зарубежных партнёров. Результатом работы в этом направлении являются более 15000 пролеченных и продиагностированных иностранных пациентов из более чем 50 стран мира ежегодно.

Командный формат

 Вы руководите самым большим в стране коллективом медработников – 5 тыс. человек.
 Что легче и что важнее для вас, как управленца: заручиться доверием и поддержкой 5 тыс. сотрудников или 10 директоров филиалов?

- Без помощи поддержки директоров филиалов управлять работой пяти тысяч сотрудников просто невозможно. Большинство директоров возглавляют филиалы МНТК по многу лет, они – организаторы с большим опытом, а многие остаются ещё и практикующими хирургами. Поэтому сложностей в общении у нас нет, ведь мы говорим на одном языке, о чём бы ни шла речь - управлении учреждением или тонкостях офтальмологии. По моей оценке, именно сочетание этих двух компетенций у всей команды руководителей МНТК обеспечивает прогрессивное движение центра по всем направлениям.

Будущее МНТК мы видим абсолютно одинаково, здесь это всегда было, есть и, я надеюсь, останется впредь - командный формат выработки и реализации стратегии. Точно так же ни одно локальное решение в каком-либо филиале не принимается без согласования с головной организацией. Целью этого является не тотальный контроль и ограничение самостоятельности, а разумная необходимость: у каждого филиала есть свои приоритеты в науке и клинике, в то же время все они являются частью единой системы. Мы постоянно на связи с директорами, коллегиально обсуждаем все направления работы и возможные риски, это помогает не допустить ошибок и неприятных сюрпризов. Благодаря этому я избавлен от необходимости раз в неделю летать в какой-то из филиалов, чтобы решать проблемы и наводить порядок, так как в этом просто нет необходимости.

 У комплекса «Микрохирургии глаза», насколько известно, никогда не было серьёзных проблем с кадрами: поскольку он сам является образовательным центром, есть возможность отбирать для себя лучших выпускников ординатуры и аспирантуры. Ещё недавно вы оценивали такое преимущество с позиции главврача другой больницы, который с трудом решал кадровый вопрос, и, наверное, обижались. Изменилась ли ваша оценка теперь?

– Я бы посмотрел на эту ситуацию с другой стороны. Успешность в профессии в значительной степени предопределятся тем, где и у кого ты учился, разве нет? Так вот, мне очень приятно заметить, что во многих лечебных учреждениях страны не только ведущие специалисты, но и руководители подразделений являются выпускниками образовательного центра МНТК «Микрохирургия глаза».

Действительно, наш комплекс ежегодно выпускает около пятидесяти специалистов, прошедших обучение по программам ординатуры и аспирантуры. Во время учёбы можно заметить, у кого из ребят талант хирурга, у кого задатки организатора, а кто имеет склонность к научным исследованиям. Некоторые из них, конечно, получат приглашение стать нашими сотрудниками. Но! Мы вовсе не стремимся оставить у себя всех одарённых молодых специалистов, такой задачи нет, да и возможности тоже.

В частности, в головном учреждении МНТК остаются в основном те, кто имеет желание и способности совмещать клиническую и исследовательскую работу. Подобным образом мы формируем хороший научный потенциал центра на перспективу. В офтальмологии, как и в других разделах медицины. уже невозможно разработать ни одну инновационную технологию или лекарственный препарат без фундаментальных исследований в области иммуногистохимии, иммунологии, генетики, то есть без понимания ответа клеточных систем организма на предполагаемое лечебное воздействие. Чтобы этим заниматься ответственно и результативно, нужны серьёзные научные кадры.

Сказанное вовсе не означает, что МНТК не заинтересован в хороших хирургах. Офтальмохирурги высшего уровня – основной потенциал системы МНТК, их подготовка у нас в приоритете. Вообще огромная заслуга академика Фёдорова заключается в том, что им изначально была создана система мотивации, при которой специалист успешно и за короткий промежуток времени двигается вперёд в выбранном им самим направлении. У нас нет запретов, мы лишь помогаем, а специалист сам выбирает свою траекторию развития, и возможность стать успешным есть у каждого!

По наблюдениям психологов, долгое время работы в одном месте и на одной должности неизбежно вызывает у человека усталость и утрату интереса к своему делу. В МНТК этого негативного явления, к счастью, нет. Почему? Я думал над этим. и вот к какому выводу пришёл, работа не превращаето в рутину и тягостную обязанность, если руководство предоставляет сотрудникам возможности для профессионального развития, научной деятельности и карьерного роста. Кто-то хочет стать клиницистом, кто-то - учёным, третий видит себя в сфере разработки и производства медицинских изделий, а четвёртый, мечтая стать организатором здравоохранения, успешно сочетает в себе все перечисленные компетенции.

Одним словом, моя задача – помочь каждому из работников двигаться в выбранном им направлении, какие бы амбициозные цели ни ставил человек, тем более, когда это движение по орбите «планеты МНТК», и оно ей на пользу. Годы работы системы показали, что абсолютное большинство наших сотрудников являются патриотами МНТК и трудятся с полной самоотдачей, потому что система всегда отвечает им взаимностью.

Без денег плохо, с ними сложно

- В недавнем интервью «МГ» заместитель председателя Комитета Госдумы по охране здоровья Алексей Куринный отметил, что заметно растёт доля платных услуг в медицине, причём, не только в коммерческом секторе, но и в государственном. Депутат считает это негативной динамикой. По-вашему, дальнейшая коммерциализация медицины неизбежна и необходима или же следует сохранить максимальную доступность бесплатной медицинской помощи?

- Отвечу прямо: в этом вопросе я - глубокий государственник. Не буду детально касаться этической стороны дела, а также причин, которые вынуждают медицинские организации оказывать платные услуги, скажу только, что МНТК будет вести такую политику, при которой все пациенты, которые нуждаются в специализированной и высокотехнологичной помощи, могли бы получить её в рамках Программы госгарантий.

Отрадно отметить, что сегодня мы эти правила игры не нарушаем. Хочу поблагодарить Минздрав и Правительство России, все наши просьбы об увеличении объёмов госзадания и финансирования удовлетворяются.

Товоря о платных услугах, отмечу, что многие пациенты сами выбирают именно такой вариант получения медицинской помощи и идут в лучшие государственные учреждения здравоохранения, желая проходить лечение в клинике в условиях повышенного сервиса. Мы не можем им в этом отказывать, так как все требования и запросы рынка должны нами удовлетворяться. Для клиники же это возможность иметь дополнительный доход что, согласитесь. важно.

В то же время моя позиция непреклонна: платные услуги следует оказывать в том объёме и только в тех разделах номенклатуры видов медицинской помощи, где мы выходим за рамки программы Госгарантий или есть особые условия её оказания. В офтальмологии к таким разделам относятся, например, лазерные операции по коррекции зрения, а также эстетическая офтальмохирургия.

 Не могу не спросить, какими новациями, рождёнными в МНТК, пополнится российская офтальмология в ближайшем будущем?

- Сегодня мы активно работаем над разработкой искусственных хрусталиков премиального класса с мультифокальной оптикой. Это позволит максимально повысить качество зрения пациентов после хирургии катаракты, обеспечит им возможность видеть на разных расстояниях и многих даже избавит от очков

от очков.

Ещё одной глобальной задачей я вижу развитие полноценной офтальмореабилитации и в головном институте в Москве, и во всех филиалах. Помимо высоких технологий в хирургии важно поставить на системный уровень поддержание зрительных функций у пациентов с хронической патологией, а также с осложнениями общесоматической патологии на глаза. Не менее важна реабилитация и после тяжёлог хирургии в офтальмотранспланталогии, пластике, при посттравматических состояниях.

Признаться, на сегодня у МНТК много стратегических планов во всех направлениях нашей деятельности – высокотехнологичной офтальмохирургии, науке, образовании, наставничестве, цифровой трансформации, подготовке кадров, воспитании молодёжи, волонтёрстве и многом другом. Экосистема МНТК в настоящее время пополняется новыми ресурсами, уверенно идёт в будущее и ставит перед собой смелые задачи.

ставит перед собой смелые задачи. Уверен, у нас всё обязательно получится.

Беседу вела Елена БУШ, обозреватель «МГ»

Острая тема -

«Цифра» на пороге

Искусственный интеллект – помощник или соперник врача?

Российское общество клинической онкологии (RUSSCO) провело среди врачей опрос о перспективах искусственного интеллекта (ИИ) в медицине. О результатах журналистам рассказали во время Российского онкологического конгресса.

Искусственный интеллект будет использоваться в клинической практике всё шире, но врач всё равно будет его контролировать, то есть ИИ не превзойдёт уровень эксперта, считают 72% респондентов. В то же время 27% допускают, что в перспективе ИИ может превзойти эксперта, то есть будет диагностировать и позволит свести к минимуму врачебные ошибки. Остальные вообще сомневаются в том, что получится применить ИИ в медицине сколько-нибудь успешно.

В то же время ответ на вопрос, внедряются ли какие-то технологии на основе искусственного интеллекта в клиническую практику в вашем регионе, показывает значительные различия между субъектами РФ. Только 21% онкологов сказали, что уже применяют цифровые продукты с ИИ, тогда как 60% отметили, что нынешний уровень информатизации здравоохранения территории не позволяет такие технологии внедрить в практику онкослужбы.

- Возможно, медики просто не знают о планах региональных минздравов. Эту ситуацию нужно исправлять, - подчеркнул заместитель директора НМИЦ онкологии им Н.Н.Блохина по реализации федеральных проектов Тигран Геворкян.

Информировать врачебное сообщество о планах цифровизации отрасли действительно необходимо, тем более что, как сообщил заместитель министра здравоохранения России Павел Пугачёв, курирующий тему цифровой трансформации отрасли, в 2023 г. предусмотрено внедрение в каждом субъекте РФ не менее одного медицинского изделия с искусственным интеллектом. Каждый регион получил финансирование на внедрение таких продуктов. В 2024 г. в системе здравоохранения каждого региона будет внедрено уже не менее трёх изделий на основе ИИ, федеральное финансирование на эти цели также выделено. Таким образом, цифровые продукты готовы, инструменты государственной поддержки их инсталляции в клиническую практику предусмотрены. и врачей необходимо знакомить с такими новшествами, как с неизбежной данностью.

- Речь идёт о двух категориях программных продуктов с ИИ. Первые позволяют анализировать изображения, полученные во время лучевой диагностики, - КТ, МРТ, рентгенографии, маммографии. Их использование в онкологии является для нас приоритетом. Вторые - так называемые умные помощники. Они помогают пациенту записаться к врачу, а врачу - вносить информацию в электронную историю болезни без клавиатуры, через голосового ассистента. Есть цифровые продукты, которые работают с историей болезни пациента и решают ещё более важную задачу: они формируют профиль риска пациента, а именно контролируют полноту заполнение медицинской карты, отслеживают пропущенные диагнозы и указывают на это врачу. Использование таких помощников повышает качество диагностики и сокращает вероятность того, что у какого-то пациента что-то пропустят. – пояснил П.Пугачёв.

К категории «помощников врача» относятся также видеоаналитические программы, которые позволяют мониторировать состояние пациента в отделении реанимации, а также системы поддержки принятия врачебных решений (СППВР).

По словам Т.Геворкяна, сегодня можно говорить о настоящем буме цифровых продуктов для здравоохранения. В России зарегистрировано уже 24 таких продукта, ещё большее их количество находится в процессе разработки. Таким образом, цифровизация отрасли будет продолжаться, и всем, кто ещё сомневается в необходимости этого, следовало бы начать учиться взаимодействовать с искусственным интеллектом. При этом эксперт считает чрезвычайно важным, чтобы разработчики технологий с ИИ не заходили в медицинскую отрасль с готовыми продуктами, которые на этапе разработки не были согласованы с будущими потребителями - клиницистами, а заранее привлекали врачей к разработке цифровых продуктов.

Важный вопрос, планируется ли включить использование цифровых продуктов в онкологии в тарифы ОМС? По словам П.Пугачёва, опыт Москвы показывает, что такое решение возможно. В столице отработан механизм использования ИИ в качестве второго мнения при трактовке маммограмм в рамках диспансеризации, это условие включено в Территориальную программу госгарантий.

– Мы подготовили аналогичные предложения для включения их в программу госгарантий. Рас-

считываем, что с 2024 г. станет возможно финансировать данную опцию из средств ОМС, – пояснил замминистра.

Отвечая на вопрос корреспондента «МГ», какова конечная цель цифровизации медицины, заместитель министра здравоохранения России сказал: «Мы уже видим неоспоримые эффекты использования такого рода программ и изделий в клинической практике. Во-первых, сокращается время, которое врач тратит на описание снимка. На 30% повышается эффективность работы докторов, которые пишут заключения при анализе медицинских изображений, что позволяет большее количество снимков посмотреть за смену и при этом не пропустить патологию. Это серьёзный результат».

Второй значимый эффект и он же цель цифровизации - использование цифровых помощников позволяет минимизировать риск пропустить патологию. Они выявляют те заболевания, которые либо находятся на ранней стадии и могут быть незаметны неопытному врачу, либо были пропущены из-за усталости врача, ведь он просматривает большое количество снимков в смену. Искусственный интеллект в отличие от человека не устаёт. Мы рассчитываем, что использование ИИ повысит выявляемость онкологических заболеваний на ранних стадиях и, соответственно, эффективность их лечения.

П.Пугачёв отдельно остановился на таком деликатном моменте, как недоверие, опасение и сопротивление части врачебного сообщества внедрению технологий с ИИ.

- Действительно у врачей могут быть опасения, что ИИ способен их заменить, что эти технологии будут следить за ними, что внедрение технологий с ИИ обернётся дополнительной ответственностью, возложенной на врачей. Чтобы снизить степень тревожности медработников перед искусственным интеллектом, надо заранее понимать, как правильно встраивать цифровые технологии в систему оказания медицинской помощи и правильно информировать врачей о таких технологических новациях, их месте и пользе. Только в этом случае продукты на основе ИИ будут восприниматься как помошники, а не конкуренты врача, ведь их предназначение - освободить врача от рутинных действий для более содержательной интеллектуальной работы - общения с пациентом, выбора тактики лечения, - пояснил П.Пугачёв.

Елена СИБИРШЕВА.

Cumyayus -

По данным Минздрава, за первые 10 месяцев 2023 г. в России было проведено на 11% меньше клинических исследований, чем за аналогичный период 2021 г. Всего с января по октябрь было запущено 618 исследований против 696 годом ранее.

Сокращение произошло в основном за счёт уменьшения числа международных исследований. Кроме того, значительно упала доля исследований, проводимых с участием контрактных исследовательских организаций (КИО). Если в 2021 г. на КИО приходилось 25% всех исследований, то в этом году – только 20%.

В ближайшее время Минздрав России планирует запустить инспекции по лекарственным препаратам. «Готовится проект приказа о проведении дорегистрационных инспекций. Суть состоит в том, что система фармаконадзора должна функционировать до момента по-

КЛИНИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ Регистрационного удостоверения препарата и может быть фармацевтические компании и

Как сохранить рынок

лучения регистрационного удостоверения препарата и может быть проверена регулятором. Следом пойдут пострегистрационные инспекции. Большое внимание будет уделяться в том числе проверке систем менеджмента качества», – рассказывает Кирилл Горелов, заместитель начальника Управления организации государственного контроля качества медицинской продукции Росздравнадзора.

Наличие качественных валидированных информационных систем будет являться базовым условием эффективного функционирования систем фармаконадзора держателей регистрационных удостоверений.

Сколько времени понадобится на восстановление рынка, пока

фармацевтические компании и КИО практически покинули российский рынок. Их место занимают менее крупные игроки, которые в погоне за экономией бюджетов, не всегда могут обеспечить должное качество исследований.

Одна из интересных тенденций рынка КИ в РФ – это освобождение большого количества хорошо подготовленных, опытных профессионалов в области проведения КИ. Грамотное использование их навыков, обеспечение их интересными, амбициозными задачами может служить гарантом качественно проведённых КИ и предотвратит потерю этого ресурса.

Павел БАЛАГИН.

Полезное дело начали в Бутурлиновке две старейшие кафедры организации здравоохранения России – Сеченовского университета и Воронежского государственного медицинского университета им. Н.Н.Бурденко. В течение дня они подготовили руководителей больниц к исполнению обязанностей проверяющих, а затем вместе с ними «инспектировали» различные службы Бутурлиновской районной больницы.

Накануне

Из Москвы в Воронеж прибыли заведующий кафедрой общественного здоровья и здравоохранения им. Н.А.Семашко Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М.Сеченова профессор Владимир Решетников, сотрудники кафедры профессор Валерий Трегубов и доцент Никита Соколов. Официальная цель поездки - участие в мероприятиях, посвящённых 105-летней годовщине основания ВГМУ им. Н.Н.Бурденко и 100-летию кафедры управления в здравоохранении.

Первое из них - «круглый стол» «Тренды и вызовы в области здоровья и здравоохранения» в медуниверситете, где собрались главные врачи районных больниц Воронежской области. Участники обсудили основные тенденции организации медицинской помощи населению на федеральном уровне, вопросы цифровой трансформации здравоохранения в разрезе федеральных программ и региональный опыт организации профилактических мероприятий. Модераторами «круглого стола» выступили профессор Владимир Решетников, заместитель министра здравоохранения Воронежской области, заведующая кафедрой управления в здравоохранении ВГМУ им. Н.Н.Бурденко, профессор Наталия Нехаенко, проректор по цифровой трансформации, профессор кафедры управления в здравоохранении ВГМУ Олег Чопоров и начальник отдела оказания медицинской помощи взрослому населению Министерства здравоохранения области, доцент кафедры управления в здравоохранении ВГМУ Надежда Остроушко. Среди участников - проректор по развитию регионального здравоохранения и клинической работе ВГМУ им. Н.Н.Бурденко профессор Татьяна Петрова, начальник центра общественного здоровья и медицинской профилактики ВГМУ Юлия Татаркова, сотрудники университета и областных учреждений здравоох-

Во второй половине дня В.Трегубов провёл семинарское занятие, на котором до сведения участников был доведён замысел и план проведения предстоящей деловой игры. Были распределены роли: каждый из руководителей районных больниц совместно с кафедральным работником должен был провести внутренний контроль качества и безопасности медицинской деятельности конкретного раздела работы сотрудников медицинской организации.

Удачный выбор

Освоив на теоретическом занятии методику предстоящей проверки, утром следующего дня руководители районных больниц и сотрудники московской и воронежской профильных кафедр направились в Бутурлиновку – город и районный центр в 200 км от Воронежа.

Ответ на вопрос, почему именно эта больница выбрана местом проведения новаторского проекта, мы получили незадолго до проведения деловой игры. Глава Бутурлиновского муниципального района кандидат экономических наук Юрий Матузов ждал нас в своём кабинете вместе с депутатом Воронежской областной Думы заслуженным врачом РФ Александром Вериковским, в прошлом – главным врачом Новохопёрской ЦРБ. Во время беседы

к нам присоединилась и Наталия Нехаенко.

– Когда мы определяли проблемные для нашего района вопросы, то поняли, что самые острые из них – медицинские, – сказал нам Ю.Матузов. – Руководством района решение задач здравоохранения было поставлено на первое место. В то время наша старая поликлиника выдерживала 162 посещения в смену, потребность же была в три раза больше. Ещё до пандемии ковида мы успели построить

ничего удивительного: я его ученик, работал у него заместителем. У нас в Бутурлиновке действует среднее специальное учреждение – медицинский колледж, с «благословения» руководства ВГМУ мы создали два медицинских класса, ориентируем ребят после окончания университета на возвращение домой. Здесь хочу подчеркнуть, что нам повезло, так как ректор ВГМУ им. Н.Н.Бурденко профессор Игорь Есауленко – депутат Воронежской областной Думы от Бутурлинов-

Надо сказать, что действия Ю.Матузова опираются на прямую поддержку населения. В Бутурлиновке эффективно работает совет общественности района. В районном Доме культуры собираются более 400 наиболее активных граждан и вместе со своим главой обсуждают наиболее важные проблемы. Например, на совете общественности решено восстановить памятник у братской могилы, где покоятся 14 600 бутурлиновцев, погибших в Великой Отечественной

мониторинга организации медицинской помощи Национального медицинского исследовательского центра по профилю «анестезиология и реаниматология (для взрослых)» Никите Соколову. Дело в том, что Никита Александрович на протяжении нескольких лет дважды в месяц выезжает в российские регионы – вплоть до дальневосточных – с настоящей инспекцией анестезиолого-реаниматологических служб. Как участник деловой игры, он должен был провести внутрен-

Инициатива

Игра для самых серьёзных людей

Как главные врачи районных больниц Воронежской области испытали себя в роли ревизоров



В.Решетников и Н.Нехаенко

современную поликлинику на 500 посещений в смену. Она стала первым крупным объектом в районе, введённым в строй при поддержке губернатора Алексея Гордеева. Но и это не решило всех задач, так как стационар районной больницы находился в здании дореволюционной постройки, медперсонал работал в неблагоприятных условиях и даже при желании не мог выполнять высокотехнологичные операции. Мы начали разработку проекта, а в этом году приступили к строительству межрайонного стационара на 185 коек. При этом постоянно возводим новые фельдшерско-акушерские пункты.

Мы не скрываем, что имеет место проблема с медицинскими кадрами, - продолжал Юрий Иванович. – Выпускники ВГМУ остаются работать в областном центре или уезжают в Москву и Подмосковье. Чем заманить их в сельскую местность? Хорошей зарплатой, современным местом работы, жильём. В настоящее время мы предоставляем врачам квартиры с возможностью приватизации, недавно выделили три земельных участка под строительство домов. В этом году в Бутурлиновку приехала семейная пара специалистов из Перми. Он – анестезиолог-реаниматолог, она - педиатр. Мне понравились эти молодые, умные врачи, и я с удовольствием вручил им ключи от квартиры, которая предоставлена им на 10 лет с возможностью приватизации. Надеюсь, они здесь «укоренятся», у них появятся дети. По предоставленным за счёт своих муниципальных источников квартир врачам - их 17 - мы на 2-м месте среди районов области. На 1-м - Бобровский район, во главе с Анатолием Балбековым. Здесь нет ского района. Отмечу также нашу взаимосвязь и добрые отношения с главными врачами Бобровской, Павловской районных больниц. Работаем сообща на благо наших жителей.

- Особенно хорошо это межрайонное взаимодействие заметно в оказании скорой помощи, - поддержала главу района профессор Наталия Нехаенко. - Например, если населённый пункт расположен ближе к соседнему районному центру, например, к Боброву, то на вызов выезжает бригада скорой помощи Бобровской районной больницы с последующей госпитализацией, если это необходимо в соответствии с маршрутизацией, утверждённой Минздравом области. войне. Вопросы здравоохранения – также в зоне внимания этого рабочего органа.

«Эталонная» проверка

Итак, 12 руководителей медицинских организаций Воронежа и Воронежской области, сотрудники кафедр собрались на улице Ленина в Бутурлиновском филиале Воронежского центра непрерывного профессионального мастерства педагогических работников. С приветственным словом к участникам деловой игры обратился Ю.Матузов.

- Нас ждут хорошие перемены, - подчеркнул Юрий Иванович. - Это связано с принятыми и рассматриваемыми проектами в Государственной Думе и в Воронежской областной Думе.

К участникам предстоящего действия обратились Н.Нехаенко и В.Решетников, А.Вериковский. В.Трегубов рассказал, как правильно оформлять слайды для предстоящих отчётов. Забегая вперёд, скажем, что главные врачи районных больниц блестяще справились с поставленной задачей. Доклады были чёткими, лаконичными — не более 7-10 минут, а слайды прекрасно оформлены.

Далее всё переместилось в современную, просторную поликлинику Бутурлиновской РБ на улице 3-го Интернационала. Представитель «МГ» присоединился к «эталонному» проверяющему – доценту кафедры общественного здоровья и здравоохранения им. Н.А.Семашко Первого МГМУ им. И.М.Сеченова, начальнику отдела анализа кадровой политики и

ний контроль качества и безопасности медицинской деятельности службы экстренной помощи.

Старшая сестра поликлиники Ирина Сычёва представила нас находящимся в кабинете неотложной медицинской помощи фельдшерам Натальи Бирюковой и Юрию Глотову. Было очевидно, что их не предупредили о посещении московских гостей. Несколько минут ушло на пояснение целей визита.

 Итак, я тренируюсь как проверяющий, вы - как проверяемые, никаких санкций по итогу не будет. а вы увидите, чего не хватает для правильной работы, - закончил вступительное слово Н.Соколов и начал сверять по таблице (чеклисту) наличие в кабинете регламентирующих документов: приказов главного врача по оказанию экстренной помощи, списка ответственных, порядка госпитализации и отказов от госпитализации, формы отказов от вмешательств, отчётов проведения регулярного аудита и т.д.

Затем Никита Александрович приступил к изучению содержания пластиковых контейнеров с медикаментами. В каждой из них находилась соответствующая документация по оказанию экстренной помощи. К чести сотрудников, не было обнаружено ни одного препарата с истёкшим сроком годности.

Постепенно настроение московского «ревизора» повышалось: бумаги были в полном порядке, и единственным отсутствующим на момент проверки стал документ о порядке создания рабочей группы по разработке и регулярному обновлению алгоритмов по нозологиям. Доцент кафедры подробно



Во время «круглого стола»

расспросил фельдшеров о системе оповещения в поликлинике, удобстве используемой в работе компьютерной программы, когда они последний раз проходили учёбу. Он посоветовал повесить алгоритмы оказания помощи на стену - чтобы находились перед глазами.

После всеобъемлющей проверки кабинета и слов благодарности сотрудникам проверенного лечебнодиагностического подразделения поликлиники («Одно удовольствие было с вами работать») мы поднялись на 5-й этаж в дневной стационар. Никиту Александровича интересовали кнопки экстренного вызова пациентов. Они были по одной в каждой палате, работали все. Гость посоветовал установить ещё по одной кнопке в санузлы («вдруг больной поскользнётся»).

На этом проверка закончилась, московский участник деловой игры прошёл в конференц-зал, где собирались главные врачи. Им надо было подытожить результаты проведённой работы и оформить свои презентации. В это время обозреватель «МГ» беседовал с



Ю.Матузов, слева – А.Вериковский



Выступает А.Греков

главным врачом Бутурлиновской РБ Евгением Сычёвым, из кабинета которого открывалась панорама строительства будущего стацио-

Мне удалось обойти просторные светлые этажи поликлиники, где местами остались красные полосы «ковидного» зонирования.

А вы заметили, какие спокойные лица у посетителей? обратился ко мне профессор В.Трегубов. - Нет в них никакого напряжения, тревоги. Это лучше всего говорит о добром отношении к ним медицинского персонала.

Не покидало ощущение, что находишься не в воронежской глубинке, а в медучреждении богатого города-миллионника. Даже закралась крамольная мысль: «А не начать ли тиражировать стандарт Бутурлиновской поликлиники в других регионах?»

Взгляд со стороны

После обеда участники деловой игры вернулись на улицу Ленина и начали делиться результатами. Воронежские главврачи констатировали: для всех проверяемых их визит стал неожиданностью, и каждый нашёл хоть какой-то недостаток.

Так, главный врач Павловской РБ Александр Королюк и его заместитель Ольга Оськина проверяли работу регистратуры по чек-листу с 32 вопросами. В своём докладе Александр Сергеевич отметил положительные стороны: соблюдение порядка формирования расписания и записи на приём в МО, учёта, хранения и оформления медицинских карт, регулирования потоков пациентов, эффективной коммуникации сотрудников регистратуры с пациентами, мониторинга и анализа доступности записи на приём к врачу. Он отметил положительную динамику в части «Организация регистратуры» с 59% в 2022 г. до 80% в 2023 г. (эту информацию проверяющие попросили предоставить им сверх пунктов чек-листа). Среди недостатков - совмещение регистратуры поликлиники и картохранилища, регистратура закрытого типа не обеспечивает полный контакт пациентов, в том числе маломобильных, с администраторамирегистраторами, информирование и маршрутизация пациентов и обработка звонков осуществляется одним сотрудником, не ведётся учёт и анализ случаев неэффективной коммуникации. Эксперты предложили провести работы по реконструкции регистратуры, организовать помещение под картохранилище, разделить функции по маршрутизации, информированию и обработке звонков между сотрудниками - регистратором и администратором, обеспечить учёт с последующим анализом случаев неэффективной коммуникации. Именно по последнему пункту возникли правомерные вопросы в ходе обсуждения доклада: как оформлять и предотвращать конфликты между посетителями и работниками регистратуры?

Кстати, проверяющие (не только из Павловска) отметили замечательную особенность карт пациентов: их корешки имеют разные цвета - и сразу видно, у какого участкового врача человек

Руководитель Верхнемамонской РБ Семён Шишлянников и ассистент кафедры управления в здравоохранении Надежда Щетинина, изучавшие обращение медицинских изделий, отметили, что их количество имеется в полном объёме - с регистрационными удостоверениями, паспортами, базовые условия для обеспечения их безопасности в поликлинике созданы, в наличии вся необходимая документация по номенклатуре, проверки и техническое обслуживание проводятся, а медработники информированы об этом оборудовании и правилах его эксплуатации. В то же время не было перечня медицинских изделий, приказа по их приёмке, три сотрудника называли персонала по результатам аудита. инженера по медицинскому обообязанностям.

Все доклады продемонстрировали полезность деловой игры, которую можно назвать и учениями, слаженную работу руководителей

разные сроки об информировании Предлагалось организовать работу рудованию согласно должностным

носиться совершенно по-другому, ведь вы «прощупали» проблему районных больниц и сопровождавизнутри. Когда мы смотрим на



Н.Соколов проверяет укладки в кабинете неотложной помощи, справа – Н.Бирюкова и Ю.Глотов

ших их в большинстве «экспертных бригад» сотрудников кафедры управления в здравоохранении ВГМУ им. Н.Н.Бурденко. Главный врач Борисоглебской РБ Владимир Коробов и доцент Евгений Токмачёв проверили хирургическую безопасность и профилактику рисков, связанных с оперативными вмешательствами, главный врач Острогожской РБ Олег Зязин и доцент Ираида Сарычева – эпидемиологическую безопасность, главный врач Богучарской РБ Алексей Греков и доцент Надежда Остроушко – преемственность оказания медпомощи и передачу ответственности за пациента, главный врач Воронежской городской поликлиники № 22 Александр Попов и ассистент

своё учреждение, свою работу, то любой недостаток сразу стараемся объяснить, вместо того чтобы его зафиксировать. Возвратившись в свои больницы, обязательно сверьте увиденные недостатки со своими и не откладывайте их устранение в долгий ящик. Надеюсь, что вы соберёте свои коллективы и расскажете им о сегодняшнем мероприятии, передадите своё ощущение важности этого вопроса.

Сессию завершил Е.Сычёв, который поблагодарил коллег и выразил удовлетворение, что вверенная ему больница стала площадкой для столь полезного и интересного

Послесловие

Заруи Маркосян - стационароза-

мещающие технологии, главный

врач Новохопёрской РБ Владимир

Спесивцев и профессор Леонид

Меремьянин - лекарственную

безопасность и фармаконадзор,

главный врач Таловской РБ Алексей

Рябов и ассистент Елена Кравчук -

диспансеризацию прикреплённого

населения, заместитель главного

врача по КЭР Бобровской РБ

Виктория Скачкова и ассистент

кафедры Юлия Анохина – вопросы

управления персоналом, медицинские кадры, компетентность и

Продемонстрировали качествен-

ную совместную работу главный

врач Ольховатской РБ Владимир

Латышев и доцент Юлия Шарапова,

главный врач Терновской РБ Евге-

ний Чесноков и доцент Александр

Гончаров, главный врач Калачеев-

ской РБ Алексей Усков и доцент

Каждый из докладчиков озву-

чивал число положительно оце-

нённых пунктов по чек-листу. Они

оказались не ниже 71% и не выше

провести проверку медучреждения, которую сегодня мы сообща

выполнили за два часа, - подыто-

жил выступление В.Трегубов. - Вы

получили важную информацию,

теперь надо приложить рычаг

управления, чтобы исправить не-

достатки. Нельзя допустить, чтобы

заполненные вами чек-листы легли

в ваши папки без реализации обо-

снованных сегодня предложений

по совершенствованию деятель-

ности медицинской организации, а

для этого нужно провести с сотруд-

никами поликлиники совещание.

По его итогам - принять решение

и назначить ответственных ис-

полнителей и сроки устранения

Владимир Решетников поблаго-

дарил участников деловой игры,

а Наталия Нехаенко сказала, что

получила огромное удовольствие

от проведённой работы. Она об-

- Несмотря на постоянный

напряжённый труд, вы нашли

два дня, чтобы поработать в ко-

манде, - отметила Наталия Ев-

геньевна. - Думаю, что теперь к

вопросам внутреннего контроля

качества и безопасности медицин-

ской деятельности вы будете от-

ратилась к главным врачам:

выявленных недостатков.

- Официальным проверяющим даётся до 10 рабочих дней, чтобы

компетенции.

Наталья Анучина.

- Для меня это значимое мероприятие, - сказал нам А.Королюк. -Внутренний контроль качества и обеспечение безопасности медицинской деятельности - жизненно важны. От них напрямую зависит здоровье пациента. Хотя в приказе № 785н Минздрава России и практических рекомендациях Росздравнадзора детально прописаны все направления этой темы, совершенствованию нет предела. С каждым последующим обращением к этим вопросам растут положительные результаты в нашей работе. Мы на правильном пути.

- Огромная заслуга в проведённом мероприятии принадлежит кафедре управления в здравоохранении ВГМУ им. Н.Н. Бурденко, отметил В.Трегубов. - Уверен, что полученный в Бутурлиновке опыт непосредственного общения с главными врачами кафедральные сотрудники будут внедрять в образовательный процесс. В свою очередь работа в качестве экспертов полезна и для руководителей районных больниц, которые смогут быстро выявить недостатки в своих учреждениях и избавиться от них. А какая польза для главного врача Бутурлиновской РБ! Он услышал в доброжелательной форме о некоторых упущениях в работе из уст своих коллег. Это произошло в период несения им огромной нагрузки в связи со строительством стационара. Евгений Владимирович посмотрит на лечебно-диагностический процесс в своей поликлинике более объективно, другими глазами. Реализованные предложения станут большим плюсом для пациентов.

 Первую подобную деловую игру совместно с кафедрой общественного здоровья и здравоохранения им. Н.А.Семашко Сеченовского университета мы провели в Бутурлиновской РБ весной этого года, сказала Наталия Нехаенко. - Тогда сложность заключалась в том, что игра проводилась с незнакомой аудиторией. За прошедшие полгода мы испытали её на студентах, ординаторах. Сейчас сложности позади. и хотя мы работали в условиях неопределённости, как и в реальной жизни, получили весьма обнадёживающий результат. Ряд сотрудников Министерства здравоохранения области, которые присутствовали здесь, одновременно являются совместителями на нашей кафедре. Совместная работа в таком формате даёт нам возможность видеть. как раскрываются главные врачи, мы можем оценить их, понять их слабые и сильные стороны.

Казалось, мы знали ответ на вопрос, почему для новаторской деловой игры выбрана Бутурлиновская районная больница, но ещё раз задали его В.Решетникову:

- Идея таких игр у нас родилась давно, в течение ряда лет мы проводили их с разными категориями обучающихся, а сейчас апробировали в практическом здравоохранении, - ответил нам Владимир Анатольевич. - Это стало возможным в тесном сотрудничестве двух старейших и крупнейших кафедр организации здравоохранения России. Особенно хочу подчеркнуть роль ректора ВГМУ им. Н.Н.Бурденко И.Есауленко, с которым знаком с 2001 г., когда я возглавлял Саратовский военно-медицинский институт. Тогда мы набирали и студентов из Воронежа. Патриарх ректорского корпуса страны, Игорь Эдуардович много делает для здравоохранения области и Бутурлиновского района. Здесь и кроется ответ на вопрос, почему мы провели эту важнейшую деловую игру именно здесь.

..Вполне вероятно, что Бутурлиновская акция станет звонком, который поможет привести медицинскую документацию ежедневной практики в полный порядок. Да. её теперь много, но именно это способно свести на нет, а может, и предотвратить судебные иски.



Альберт ХИСАМОВ, обозреватель «МГ». Фото Никиты РОГОВА

КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 44 (2404)

(Окончание. Начало в № 44 от 10.11.2022.)

Рекомендуется врачам МО, где произошла аварийная ситуация, оказание первой помощи в виде самопомощи пострадавшего, привлечение к оказанию первой помощи среднего медицинского персонала, а также других лиц, находящихся в месте аварии:

- в случае порезов и уколов немедленно снять перчатки, вымыть руки с мылом под проточной водой, обработать руки 70% раствором этанола, смазать рану 5% спиртовым раствором йода
- при попадании крови или других биологических жидкостей на кожу это место обработать 70% раствором этанола, обмыть водой с мылом и повторно обработать 70% раствором этанола
- при попадании крови и других биологических жидкостей на слизистую оболочку глаз, полости носа и рта ротовую полость промыть большим количеством воды и прополоскать 70% раствором этанола, слизистую оболочку носа и глаза обильно промыть водой (не тереть)
- при попадании крови и других биологических жидкостей на халат, одежду: снять рабочую одежду и погрузить в дезинфицирующий раствор.

Рекомендуется врачам, ответственным за наблюдение ВИЧ-инфицированных, и/ или врачам МО, ответственным за наблюдение контактных, и/или врачам МО, где произошла аварийная ситуация, проведение консультирования и поддержки лиц, подвергшихся контакту с ВИЧ:

- обсуждение риска инфицирования ВИЧ
 обсуждение рисков и преимуществ
- обсуждение рисков и преимуществ проведения ПКП ВИЧ
- обсуждение нежелательных явлений и побочных эффектов ПКП ВИЧ.

Рекомендуется врачам, ответственным за наблюдение ВИЧ-инфицированных, и/ или врачам МО, ответственным за наблюдение контактных, и/или врачам МО, где произошла аварийная ситуация, как можно более раннее начало ПКП после состоявшегося контакта при наличии показаний ПКП.

Приём АРВП должен быть начат в течение первых двух часов, но не позднее 72 часов. При назначении ПКП ВИЧ пациент информируется о назначаемых препаратах, производится оценка сопутствующей патологии и возможных межлекарственных взаимодействий. При появлении дополнительной информации схема корректируется. Проводится работа по повышению приверженности при назначении ПКП ВИЧ.

Рекомендуется врачам, ответственным за наблюдение ВИЧ-инфицированных, и/ или врачам МО, ответственным за наблюдение контактных, и/или врачам МО, где произошла аварийная ситуация, проводить 28-дневный курс приёма АРВП, подобранных с учётом возраста пациента. Режим ПКП ВИЧ из двух АРВ-препаратов эффективен, но предпочтительнее назначение трёх препаратов. Рекомендуется врачам, ответственным за наблюдение ВИЧ-инфицированных, и/или врачам МО, ответственным за наблюдение контактных, и/или врачам МО, где произошла аварийная ситуация, назначение следующих схем ляя ПКП:

- в качестве предпочтительной основы режима для ПКП ВИЧ-инфекции рекомендуется TDF+3TC или TDF+FTC
- в качестве предпочтительного третьего препарата для ПКП ВИЧ рекомендуется: при условии доступности ATV/r, DRV/r, LPV/r, RAL могут рассматриваться как альтернативные варианты третьего препарата для ПКП ВИЧ.

Рекомендуется врачам, ответственным за наблюдение ВИЧ-инфицированных, и/ или врачам МО, ответственным за наблюдение контактных, и/или врачам МО, где произошла аварийная ситуация, диспансерное наблюдение за пострадавшими и лицами, получившими ПКП ВИЧ, обеспечение профилактических мероприятий при необходимости.

Рекомендуется врачам, ответственным за наблюдение ВИЧ-инфицированных, и/ или врачам МО, ответственным за наблюдение контактных, и/или врачам МО, где произошла аварийная ситуация, тестиро-

вание на ВИЧ в день аварийной ситуации и через 1, 3, 6, 12 месяцев после контакта. Рекомендуется врачам, ответственным за наблюдение ВИЧ-инфицированных, при заражении ВИЧ контактного лица обеспечение его АРВП.

Администрация МО в случае, если авария связана с оказанием медицинской помощи ВИЧ-инфицированным, обязана незамедлительно предпринимать действия по регистрации аварийной ситуации и проводить комплекс мероприятий по оказанию

в сфере здравоохранения медицинских учреждений (федерального, регионального и муниципального подчинения), прошедшими подготовку для работы с пациентами с ВИЧ-инфекцией, при взаимодействии со специалистами центра СПИД.

Задачи обследования при постановке на диспансерный учёт по поводу ВИЧ – инфекции включают:

- подтверждение диагноза ВИЧ-инфекции
- определение клинической стадии и фазы ВИЧ-инфекции
- выявление показаний к АРТ
- выявление показаний к химиопрофилактике вторичных заболеваний
- проведение диагностики, лечения и профилактики вторичных заболеваний
- выявление сопутствующих заболеваний (в том числе связанных с ВИЧ-инфекцией), определение их тяжести и необходимости дообследования и лечения

дения диагноза и выбора режима терапии специалистами Центра СПИД, под контролем инфекциониста учреждения. В случае вирусологической, иммунологической или клинической неудачи лечения все решения о смене режима терапии, дальнейшей тактике диспансерного наблюдения принимаются совместно с врачом – инфекционистом Центра СПИД.

Специалист, осуществляющий «Д»наблюдение: диспансерное наблюдение пациентов с ВИЧ-инфекцией осуществляется специально подготовленным инфекционистом центра по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями и/или врачами-инфекционистами других уполномоченных медицинских организаций (федерального, регионального и муниципального подчинения), прошедшими подготовку для работы с пациентами с ВИЧ-инфекцией, которые являются ответственными в своей МО.

ВИЧ-инфекция у взрослых

Клинические рекомендации

первичной помощи пострадавшему, а также организовать предоставление контактному лицу консультации инфекциониста (при его отсутствии, а также в выходные и праздничные дни – дежурного врача):

- сотрудники МО должны незамедлительно сообщать о каждом аварийном случае руководителю подразделения, его заместителю или вышестоящему руководителю
- в соответствии с установленными требованиями уполномоченное лицо МО проводит оформление аварийной ситуации, связанной с риском инфицирования ВИЧ при оказании медицинской помощи
- травмы, полученные медработниками, должны учитываться в каждой МО и актироваться как несчастный случай на производстве с составлением акта о несчастном случае на производстве
- уполномоченное лицо МО заполняет журнал регистрации несчастных случаев на производстве
- уполномоченное лицо МО организовывает проведение эпидрасследования с целью уточнения причины травмы и установки связи причины травмы с исполнением медработником служебных обязанностей
- с целью своевременного оказания помощи контактным, пострадавшим при оказании медицинской помощи, на территории региона обеспечивается поддержание неснижаемого запаса экспресс-тестов для диагностики ВИЧ-инфекции и АРВП, применяемых для ПКП ВИЧ, в уполномоченных МО, с учётом организации круглосуточного доступа к АРТ в течение 2 часов после травмы. Препараты должны находиться в месте, доступном для персонала учреждения, в том числе в вечернее и ночное время, выходные и праздничные дни. Функция назначения лекарственных препаратов в указанных случаях возлагается на дежурного врача.

Диспансерное наблюдение

Диспансерное наблюдение является обязательным условием проведения АРТ. Все пациенты с диагностированной ВИЧ-инфекцией, обратившиеся в специализированные учреждения здравоохранения (уполномоченные медицинские организации), после консультирования, проведения клинического обследования с установлением клинического диагноза подлежат постановке на диспансерный учёт и комплексному обследованию, а также подготовке к АРТ.

Диспансерное наблюдение пациентов с ВИЧ-инфекцией осуществляется специально подготовленным инфекционистом центра профилактики и борьбы со СПИДом и инфекционными заболеваниями или инфекционистами других уполномоченных госорганом исполнительной власти

• консультирование, установление контакта и психосоциальную адаптацию пациента.

Задачами клинико-лабораторного обследования, проводимого на фоне АРТ, являются:

- оценка течения ВИЧ-инфекции
- оценка эффективности проводимой терапии
- оценка безопасности проводимой терапии
- оценка полноты проведения терапиивыявление вторичных и сопутствующих
- выявление вторичных и сопутствующих заболеваний, показаний к их профилактике и лечению, оценка их течения
- оценка приверженности пациента терапии и выявление факторов, её нарушающих.

Рекомендуется врачам, ответственным за наблюдение ВИЧ-инфицированных, провести плановые диагностические и консультативные мероприятия в процессе проведения АРТ с целью выявления её эффективности и безопасности, а также приверженности лечению.

Если через 1,5 года после начала АРТ у пациента в течение 6 месяцев и более отсутствуют клинические проявления вторичных заболеваний, а в двух последних исследованиях, проведённых с интервалом не менее 3 месяцев, количество CD4 ≥ 500 мкл⁻¹ и ВН ниже уровня определения, плановые визиты возможно проводить с интервалом в 6 месяцев.

Диспансерное наблюдение направлено на реализацию прав граждан на повышение качества и продолжительности жизни, сохранение трудоспособности ВИЧинфицированных, сохранение здоровья и предупреждение несвоевременной диагностики у лиц, имевших риск заражения ВИЧ. Основной задачей диспансерного наблюдения является динамическое лабораторное и клиническое наблюдение за состоянием здоровья в целях профилактики заболевания, своевременного выявления инфекционного процесса, осуществления лечения, предупреждения и/или своевременного выявление осложнений, оппортунистических инфекций и вторичных заболеваний, осуществления медицинской реабилитации лиц и психосоциальной поддержки пациентов, инфицированных ВИЧ.

Место наблюдения: Центр профилактики и борьбы со СПИДом и кабинет инфекциониста по работе с больными ВИЧ-инфекцией в МО по месту жительства/регистрации пациента в уполномоченной медицинской организации, под контролем врачебной комиссии центра.

Диспансерное наблюдение инфекционистом по месту жительства/регистрации может осуществляться после подтвержДлительность диспансерного наблюдения: пожизненно.

При заполнении карты следует учитывать информацию с заполнением соответствующих полей: СНИЛС, уникальный номер регистровой записи (УНРЗ) из Федерального регистра ВИЧ-инфицированных, место выявления, а также указывать категорию населения (гражданин России, житель данного субъекта, житель другого субъекта, иностранный гражданин, лицо без гражданства; лицо без определённого места жительства, без гражданства (гражданство неизвестно); находился в учреждении уголовно-исполнительной системы (УИС), в том числе в следственном изоляторе, колонии; когда освободился).

Кроме этого, целесообразно указать социальный статус ВИЧ-инфицированного: рабочий; служащий, в том числе сотрудник МВД, министерства обороны; пенсионер; инвалид; дошкольник, в том числе посещающий детское дошкольное учреждение; школьник; студент, имеет ли профессиональное образование среднее, высшее; безработный; не работает и не учится в возрасте: мужчины – 16-59 лет, женщины – 16-54 года; декретированный контингент.

В амбулаторной карте также отражаются: диагнозы и состояния, сопутствующая патология, схемы лечения и причины её изменения, акушерский анамнез (роды, дети).

Организация оказания медицинской помощи

Медицинская помощь пациентам с ВИЧинфекцией оказывается на основе стандартов медицинской помощи и с учётом клинических рекомендаций (протоколов лечения) по вопросам оказания медицинской помощи.

Показания к госпитализации пациента: госпитализацию больных ВИЧ-инфекцией осуществляют с учётом тяжести состояния и клинических данных, в зависимости от наличия вторичных или сопутствующих заболеваний.

Показания к выписке пациента: специальных правил выписки не существует. Выписка из стационара осуществляется после проведения дополнительного обследования, подбора адекватной терапии и улучшения состояния больных.

Дополнительная информация, влияющая на течение и исход заболевания.

Формирование у пациента с ВИЧинфекцией приверженности диспансерному наблюдению и лечению. Лечение ВИЧ-инфекции проводится пожизненно и требует от пациентов точного соблюдения рекомендаций врачей и режима терапии.

Соблюдение режима АРТ и диспансерного наблюдения должны рассматриваться

в едином контексте своевременности и эффективности терапии. В настоящее время важнейшее значение приобретает выполнение задачи привлечения и удержания пациентов в рамках существующей

Формирование приверженности пациентов диспансерному наблюдению и лечению ВИЧ-инфекции осуществляется в рамках мультипрофессионального пациент-ориентированного подхода с использованием технологии консультирования.

Формирование приверженности лечению как специфического поведения в отношении приёма лекарств осуществляется в процессе общения, доверительного взаимодействия с пациентом.

Под приверженностью лечению понимают приём препаратов в строгом соответствии с назначением врача, когда пациент:

- вовремя принимает лекарство • принимает его в предписанной врачом
- дозе
- соблюдает рекомендации по диете. ВОЗ рекомендует считать пороговым значением 95% уровень приверженности, так как он обеспечивает наилучший вирусологический ответ на проводимую терапию. При этом предлагается установить следующие уровни оценки приверженности:
- высокий пациент принимает ≥ 95% предписанных доз АРВП
- средний 85-94%
- низкий ≤ 85%.

В целях реализации мультипрофессионального подхода в учреждениях здравоохранения и обеспечения доступа ЛЖВ к немедицинскому сервису, уходу и поддержке целесообразно сохранить и расширить психолого-социальное консультирование, в том числе и в рамках школы пациентов, инфицированных вирусом иммунодефицита человека. В соответствии со стандартами первичной медико-санитарной помощи взрослым при болезни, вызванной вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ), утверждёнными приказами Минздрава России . П⁰796н, №797н, №798н, №799н, №800н, №801н, №802н от 20.11.2018). Школа пациентов, инфицированных вирусом иммунодефицита человека, должна быть организована с определёнными частотой предоставления и кратностью применения.

При организации школы пациентов, инфицированных вирусом иммунодефицита человека, рекомендуется отразить темы:

- общие сведения о ВИЧ/СПИД
- как поддержать своё здоровье при ВИЧ-инфекции
- доступность лечения ВИЧ-инфекции
- рождение здорового ребёнка
- взаимодействие с другими людьми.

Меры, направленные на оптимизацию соблюдения режима АРТ

Меры программного уровня

- доступность всех видов медицинской помощи, социальная поддержка, психологическое сопровождение
- разработка, производство, регистрация и укрепление системы управления поставками лекарственных средств
- использование комбинированных препаратов с фиксированными дозами
- оптимизация системы медицинской и социальной реабилитации потребителей психоактивных веществ.

Меры индивидуального характера:

- просвещение и консультирование пациентов
- взаимная поддержка
- лечение депрессии и расстройств, вызванных употреблением психоактивных веществ
- средства напоминания и взаимодей-
- мониторинг ВН
- подсчёт количества таблеток
- самоотчёт.

Патологоанатомическая диагностика

Особенности патологоанатомического вскрытия, умерших от ВИЧ-инфекции. Тела умерших от инфекционных заболеваний или при подозрении на них подлежат обязательному вскрытию в соответствии с ФЗ-323, приказом Минздрава России № 354н от 06. 06.2013 «О порядке проведения патологоанатомических вскрытий». Тактика патологоанатомического исследования принципиально соответствует общим установкам для полноценного морфологического исследования умерших от инфекций.

Наиболее важной особенностью вскрытия при инфекционных заболеваниях является проведение широкого спектра лабораторных и гистологических исследований.

Морфологическая лиагностика поражений, вызванных ВИЧ-инфекцией, При макроскопическом исследовании во время вскрытия возможности диагностики самой ВИЧ-инфекции крайне ограничены.

Значительно больше информации может быть получено при гистологическом исследовании.

Гистологическому исследованию подлежат все макроскопически изменённые очаги.

Особенности течения и морфологической диагностики туберкулёза при ВИЧ-инфекции. Туберкулёз в настоящее время следует считать ведущим вторичным заболеванием при ВИЧ-инфекции (В20.0). Туберкулёз может являться как предшествующей патологией, так вновь развиваться уже на фоне ВИЧ-инфекции. В структуре туберкулёза преобладает поражение лимфатических узлов разных групп - средостения, брюшной полости, периферических лимфоузлов. Среди поражений других органов возможны поражение почек, селезёнки, печени, надпочечников, поджелудочной и щитовидной железы, матки, яичников, яичек, придатков яичек, предстательной железы и пр.

После проведения патоморфологического исследования различные формы туберкулёза лёгких выявлялись у большинства умерших от ВИЧ, диссеминированный туберкулёз диагностирован более чем у 90% больных, причём изолированное поражение лёгких наблюдалось крайне редко.

Особенности течения и морфологической диагностики пневмоцистоза при ВИЧ-инфекции. Клинически значимые поражения у человека возбудитель пневмоцистоза Р. jirovecii вызывает только в условиях резко выраженного иммунодефицита, чаще у недоношенных новорождённых, пациентов с глубокими иммунодефицитами и больных ВИЧ-инфекцией на поздних стадиях. Клиническая диагностика строится на признаках прогрессивно нарастающей на протяжении недель и месяцев тяжёлой дыхательной недостаточности в сочетании с минимальной или умеренной характерной рентгенологической картиной. Доступные методы лабораторной диагностики отсутствуют. Большое значение в клинической диагностике приобретают цитологические исследования бронхоальвеолярной лаважной жидкости или мокроты.

Макроскопически лёгкие при пневмоцистозе могут иметь характерные черты. В типичных случаях этот диагноз может быть установлен на основании необычно больших размеров неспадающихся лёгких «резинистой» плотности, с гладкой блестящей поверхностью разреза и отсутствием других причин развития таких изменений.

В течении пневмоцистной пневмонии выделяют 3 стадии. При микроскопическом исследовании отёчной стадии выявляются весьма характерные изменения. В острой фазе болезни на поверхности слизистой оболочки мелких бронхов обнаруживаются пневмоцисты, хорошо окрашивающиеся при PAS-реакции и особенно при импрегнации серебром по методу Грокотта.

Наиболее типичным является накопление пневмоцист в альвеолярных холах и полостях альвеол. При относительно длительном течении заболевания отмечается утолщение межальвеолярных перегородок и их инфильтрация моноцитами, лимфоцитами и плазматическими клетками. В ряде случаев отмечается развитие фибрознокистозных изменений, дистелектазы с чередованием ателектатических участков и эмфизематозно-расширенными альве-

Особенности течения и морфологической диагностики токсоплазмоза при ВИЧ-инфекции. При ВИЧ-инфекции для токсоплазмоза наиболее характерны поражения головного мозга. При остром течении процесса как в нервных клетках, так и внеклеточно обнаруживаются токсоплазмы. Возникают некротические изменения при слабо выраженной экссудативной, преимущественно микроглиальной реакции. В результате поражения сосудов возможен вторичный очаговый асептический колликвационный некроз. Очаги некроза могут быть одиночными и множественными. В дальнейшем некротизированная ткань рассасывается с образованием кист.

Кроме головного мозга при токсоплазмозе могут отмечаться также поражения лимфатических узлов, печени и других органов.

Особенности течения и морфологической диагностики криптококкоза при ВИЧинфекции. Макроскопически криптококкоз можно заподозрить только при массивном поражении мягких мозговых оболочек, когда они несколько утолщаются и приобретают «студневидный» вид. Основное диагностическое значение в патологоанатомической практике приобретает гистологическое исследование, при котором при окраске гематоксилином-эозином определяются округлые бледно окрашенные образования, по своим размерам близкие к эритроциту. Для криптококков крайне характерно нахождение в «микрокистах» в веществе головного мозга и других органов с минимальной клеточной реакцией.

Особенности течения и морфологической диагностики цитомегаловирусной инфекции при ВИЧ-инфекции. Выявление характерным образом трансформированных клеток при гистологическом исследовании с высокой точностью говорит о репликативной форме этой инфекции. В качестве дополнительного метода диагностики может быть использована иммуногистохимическая реакция, выявляющая поражённые клетки до развития цитомегалической трансформации. Вокруг содержащих вирусные включения клеток закономерно определяется лимфогистиоцитарная и эозинофильная инфильтрация. Цитомегалические поражения выявляются в надпочечниках, почках, лёгких, печени, головном мозге, сетчатой оболочке глаза, щитовидной железе и других органах, а также в слизистых оболочках ЖКТ и эндотелии разных органов.

Особенности течения и морфологической диагностики герпесвирусной инфекции при ВИЧ-инфекции. В патологоанатомической практике встречаются очаговые некротические энцефалиты. При гистологическом исследовании определяются очаговые некрозы, с различной степенью выраженности пролиферацией глии и васкулитами. Наиболее характерным является появление клеток с гиперхромными ядрами, иногда определяются чёткие внутриядерные базофильные включения.

Встречаются также афтозные поражения слизистых оболочек.

Иммуногистохимическое изучение поражений, вызванных вирусом простого герпеса, показывает наличие двух принципиальных форм - с экспрессией антигена вируса в клетках ретикулоэндотелиальной системы без поражения паренхиматозных клеток и сочетанное поражение вирусом клеток ретикулоэндотелиальной системы и паренхиматозных клеток. В последнем случае имеются отчётливые морфологические признаки герпес-вирусного поражения тканей, чаще в виде мелких «некротических узелков».

Опухолевые процессы при ВИЧинфекции. Саркома Капоши, ассоциированная с вирусом герпеса 8 типа у молодых пациентов, является классической ВИЧ/СПИД-ассоциированной патологией. Первичная локализация на коже, а также слизистых оболочках полости рта в виде красно-коричневой сосудистой папулы или узлового образования. Возможно метастазирование в лёгкие, лимфатические узлы, органы желудочно-кишечного тракта. Наблюдались случаи СК с первичным поражением слизистых оболочек. Различают стадии пятна, папулы и нодулярного поражения.

Для больных ВИЧ-инфекцией с развитием СК (так называемого эпидемического типа СК) характерны молодой возраст и наличие, помимо кожных элементов, висцеральных проявлений.

Б.Лимфома головного мозга является изолированной экстранодулярной В-клеточной опухолью.

Характерно развитие генерализованных форм поражения с вовлечением в процесс всех групп лимфатических узлов и различных внутренних органов (селезёнки, печени, лёгких, кишечника и пр.). В последнее время отмечается учащение на фоне ВИЧ-инфекции и многих других опухолей, в том числе плоскоклеточного рака шейки матки, обусловленного вирусом папилломы человека.

Рекомендации по принципам патологоанатомической диагностики ВИЧ-инфекции и формулировке патологоанатомического диагноза и шифрования в соответствии с МКБ-10.

Общие принципы посмертной диагностики ВИЧ-инфекции включают в себя:

- установление ВИЧ-статуса
- диагностика иммунодефицитного состояния при вскрытии
- диагностика оппортунистических инфекций и других вторичных заболеваний при вскрытии
- согласование окончательного диагноза со специалистами центра СПИД
- ЛКК (КИЛИ) в ЛПУ при расхождении лиагноза.

Для оформления диагноза «ВИЧинфекция» необходимо:

- учитывать клинические критерии, результаты лабораторных исследований (ИФА, ИБ, иммунограмма (данные по абсолютному и относительному количеству CD4, BH))
- характеризовать морфологические проявления ВИЧ-инфекции.

При отсутствии или невозможности правильной интерпретации данных ИФА/ИБ нужно учитывать данные выявления РНК или ДНК ВИЧ.

- а) Состояние лимфоидной ткани гиперплазия или лимфоидное опустошение лимфатических узлов, селезёнки
- б) наличие ВИЧ-энцефалита или ВИЧэнцефалопатии
- в) потеря веса степень истопления
- г) выделение маркёрных инфекций или опухолей с оценкой их роли в генезе

Отсутствие признаков иммунодефицитного состояния позволяет говорить о ВИЧ-инфекции в острой или субклинической стадии, в этих случаях она чаще рассматривается как сопутствующее заболевание при наличии других заболеваний, с которыми можно связать летальный исход (вирусные гепатиты, крупозная пневмония, грипп и др.).

При формулировании диагноза и оценке случаев ВИЧ-инфекции при манифестации СПИД обязательно следует учитывать наличие наркомании, а также хронических вирусных гепатитов (как правило, В+С или С). Именно хронические вирусные гепатиты в своей терминальной стадии и с характерными осложнениями (пищеводными и желудочными кровотечениями, флегмонами желудочно-кишечного тракта с асцит-перитонитами и т.д.) в последнее время всё чаще становятся основными заболеваниями в тех случаях, когда ВИЧинфекция рассматривается в рубрике: сочетанное, конкурирующее или сопутствующее заболевание.

При наличии у больного до выявления ВИЧ-инфекции инфекционных и/или онкологических заболеваний, в том числе туберкулёза (например, фиброзно-кавернозного, цирротического), в случае летального исхода первоначальной причиной смерти следует, как правило, считать инфекционные или онкологические заболевания, а ВИЧ-инфекция может занимать позицию коморбидного или сопутствующего заболевания/состояния (в зависимости от стадии ВИЧ-инфекции).

При наличии состояний, относящихся к списку СПИД-маркёрных, требуется обязательное указание в диагнозе после фазы ВИЧ-инфекции «СПИД». Все состояния, относящиеся к СПИДу, требуют чёткого подтверждения с использованием соответствующих методик и вынесения в диагноз ВИЧ-инфекции.

Без объективного подтверждения на аутопсии СПИД-индикаторной патологии (например, при наличии только записи лечащего врача в медицинской документации) СПИД как причина смерти в диагноз не выносится.

С учётом международных данных, к СПИД-индикаторным заболеваниям следует также отнести все В-клеточные неходжкинские лимфомы.

Для установления понятия «выраженный иммунодефицит» и отнесения проявлений туберкулёза и других инфекционных заболеваний к СПИДу лабораторным критерием следует считать число CD4<200 мкл-1 (в соответствии с требованиями ВОЗ) при последнем обследовании. При наличии в иммунограмме большего числа CD4 решение вопроса об отнесении патологического процесса к СПИДу следует принимать с учётом морфологических признаков ВИЧ-инфекции и проявлений иммунодефицитного состояния, при необходимости комиссионно.

Лариса АФОНИНА. ведущий специалист Республиканской клинической инфекционной больницы -Научно-практического центра профилактики и лечения ВИЧ-инфекции у беременных и детей Минздрава России, доцент кафедры инфекционных болезней Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И.Мечникова, кандидат медицинских наук.

Елена БЕЛОВА, инфекционист отделения профилактики ВИЧ-инфекции Московского городского центра профилактики и борьбы со СПИДом, кандидат медицинских наук.

Тимур БЕССАРАБ,

заведующий отделением профилактики ВИЧ-инфекции Московского городского центра профилактики и борьбы со СПИДом, кандидат медицинских наук.

Одной из серьёзнейших проблем мирового здравоохранения является проблема антибиотикорезистентности. Специалисты разных стран ищут пути её решения. Оказывается, один из действенных вариантов способны предложить российские учёные.

Об этом во время нашей встречи рассказала заведующая отделом медицинской микробиологии, руководитель лаборатории хламидиозов НИЦ эпидемиологии и микробиологии им. Н.Ф.Гамалеи Минздрава России, доктор биологических наук, профессор Наиля

Экспертный уровень

которые они вырабатывают, сейчас

тоже проводятся разработки новых

Далее: антибактериальные пеп-

тиды, препараты, способные моду-

лировать иммунитет и микробиом.

А также моноклональные антитела,

которые связываются с токсинами.

И ещё один класс - ингибиторы

факторов вирулентности. Принцип

действия последних отличен от

того, что используется антибио-

тиками и другими препаратами, в

Концепция такого подхода за-

ключается в том, что лекарство

не должно убивать бактерию, а

действовать таким образом, чтобы

её обезоружить. Если у бактерии,

когда она взаимодействует с

организмом, начинается инфек-

ционный процесс, она реализует

целый комплекс своих вирулент-

ных свойств, поскольку у неё

есть адгезины, чтобы связаться с

клеткой. и токсины, которые по-

зволяют преодолевать барьеры и

разрушают иммунные клетки. То

есть бактерия вооружена большим

арсеналом факторов нападения.

И если правильно подобрать ле-

карства и научиться полавлять все

факторы, которые обеспечивают

развитие инфекции, то бактерию

можно не убивать. Её можно про-

сто обезоружить, сделать авиру-

система уже сможет справиться,

поскольку она не будет вызывать

симптомов заболевания.

С такой бактерией иммунная

Насколько я понимаю, ваша

лентной.

частности, бактериофагами.

антибактериальных препаратов.

Системы секреции бактерий только 20 лет назад начали изучать, и сразу стало понятно, насколько значительна их роль. Сейчас описано уже девять, но система секреции третьего типа, которую мы выбрали в качестве мишени, имеет целый ряд преимуществ. Во-первых, она очень этих соединений. При этом важно было выбрать только нетоксичные соединения, ведь при создании лекарственного препарата в первую очередь следует думать о его безопасности.

Из разных классов был выбран новый, ранее не известный в литературе. Пошла дальнейшая

«Разоружить» бактерию

Возможна ли альтернатива антибиотикам?

уже, в случае тяжёлого состояния, подключать ещё антибиотики, поскольку он способен работать как в монотерапии, так и с антибиотиками.

К слову, он довольно хорошо действует и на усугубляющие инфекционный процесс биоплёнки, о которых я говорила ранее.

Наиля Ахатовна, когда были обнаружены первые признаки резистентности к антибиотикам и что сейчас делается, чтобы с этим справиться?

- Проблемы возникли фактически уже с начала 60-х годов, когда антибиотики вовсю вошли в обиход. Буквально через несколько лет стали возникать устойчивые изоляты. Конечно, тогда это не было такой серьёзной проблемой, но тем не менее было понятно, что необходимы новые антибиотики.

С 60-х годов вплоть до конца XX века активно проводилась разработка антибиотиков, как природных, так и синтетических. Было выпущено на рынок большое количество эффективных антибиотиков разных классов, которые, подавляя жизнеспособность бактерий, спасали от инфекций. Но оказалось, что бактерии в силу естественных законов способны адаптироваться. У них очень высокий уровень изменчивости (у вирусов, как мы выяснили теперь, ещё выше). Поэтому с достаточно большой скоростью формируются мутанты, устойчивые ко всем антибиотикам.

В силу этого, какие бы антибиотики ни разрабатывались, каких бы новых классов они ни были, сам принцип воздействия, направленный на то, чтобы убить бактерию, будет вызывать обратную реакцию,

Согласно докладу ВОЗ за 2021 г., в котором опубликованы данные о разрабатываемых антибактериальных препаратах, клинические исследования в настоящее время проходят 27 антибиотиков, только 6 отвечают хотя бы одному инновационному критерию ВОЗ, таким, как новый химический класс, новая мишень, новый механизм действия, отсутствие перекрёстной резистентности, и 13 проявляют активность в отношении проблемных множественно устойчивых патогенов. С 2017 г. было зарегистрировано 12 антибиотиков, 10 из них являются производными известных классов, к которым показаны механизмы резистентности.

Есть два недавно зарегистрированных антибиотика, достаточно новых по механизму благодаря проникновению в клеточную стенку и эффективному ингибированию в-лактамаз. Они были выпущены в 2018 г., но и к ним уже появляется устойчивость! Поэтому международные эксперты отмечают, что все препараты, находящиеся в линейке разработки, принципиально не решат проблему резистентности.

При этом ещё в 2017 г. ВОЗ опубликовала список клинически значимых множественно резистентных патогенов, устоичивых в том числе к самому последнему классу эффективных антибиотиков – карбапенемам.

Лидируют в этом списке внутрибольничные патогены – именно на них должны быть нацелены разработки новых антибактериальных препаратов, потому что инфекции, вызываемые этими возбудителями, очень плохо поддаются лечению существующими антибиотиками.

В этом же обзоре ВОЗ приводится и альтернативный подход, который тоже существует в научных центрах, в фармацевтических компаниях, причём на уровне доклинических и даже клинических исследований. Так, препараты называются Non-Traditional Antibacterial Agents.

- Чем этот подход отличается?

- В список таких препаратов попадают известные нам бактериофаги. На основе ферментов,

проведены фундаментальные исследования, которые показали, что для опасных возбудителей хронических инфекций, выживающих внутри клетки, нужно модулировать клеточный ответ. И бактерии

разработка лежит как раз в этой плоскости? Да, мы 12 лет назад начали разрабатывать препарат, способный не убивать, а только снижать вирулентность. Ещё раньше были используют один из значимых факторов вирулентности - систему, которая секретирует токсины из бактерий.

консервативная для большого круга патогенов, при этом у нормальной микрофлоры она отсутствует. Во-вторых, с её помощью токсины секретируются непосредственно в цитоплазму клетки хозяина, что обеспечивает эффективное взаимодействие молекулы токсина с сигнальными путями самой клетки. Она отвечает за то, чтобы разрушать иммунные клетки, нарушать межклеточные контакты, проникать в различные ткани и колонизировать их. образовывая так называемые биоплёнки - сообщества бактерий, которые защищены дополнительным слоем, матриксом, и в таком состоянии недоступны антибиотикам. Это тоже одна из форм существования и выживания бактерии в условиях организма.

Таким образом, третья транспортная система оказалась очень перспективной мишенью для разработки препарата нового поколения. Для начала необходимо было создать технологическую платформу, позволяющую выполнять все этапы разработки лекарственного препарата. Сначала это были компьютерные полхолы, связанные с выбором мишени и соединений, которые потенциально могут работать. Дальше – непосредственно синтез соединений, экспериментальный скрининг, доклинические исследования, клинические, и по

итогам – регистрация препарата. Для поиска ингибитора выбранной мишени мы провели биоинформационный анализ и выбрали классы низкомолекулярных соелинений в качестве потенциальных специфических ингибиторов. Была создана химическая группа. Несмотря на то, что у нас институт медицинский, микробиологический, администрация поняла, что для разработки подобных подходов нужно иметь свою базу с возможностью органического синтеза.

Сначала мы синтезировали аналоги известных ингибиторов, порядка 500, разных классов. Их экспериментально тестировали, создали клеточные модели, на которых проверяли активность

модификация с целью улучшения физико-химических свойств и специфической активности. Такая работа проводилась почти 2 года. И из 500 с лишним исходно синтезированных соединений мы получили одно лидерное. Оно было малотоксичным, специфически подавляло систему секреции и проникало внутрь клетки, что тоже потом оказалось его важным фармакологическим свойством.

На основе соединения была разработана пероральная форма, таблетка (забегая вперёд, скажу, что сейчас идёт создание и инъекционной формы). Доклинические исследования на животных показали, что выбранное соединение малотоксично, не проявляет мутагенные и канцерогенные свойства, не вызывает аллергию и не влияет на фертильность. В результате применения препарата происходит повышение выживаемости животных, уменьшаются показатели воспаления, осуществляется эрадикация патогенов из органов.

За счёт чего происходят эти изменения?

- Дело в том, что, как я уже сказала, препарат не убивает бактерии. Если мы будем инкубировать бактерии в пробирке с антибиотиками, хорошо видно, как они погибают. А когда мы добавляем наш препарат, бактерии не погибают, просто утрачивают ряд своих свойств, вследствие чего нарушается взаимодействие бактерии с организмом. Потому что основная задача - подавить инфекционный процесс и прийти к элиминации патогенов. Если ослабить бактерию, то организм с ней справляется.

Эта идеология разработана не нами, но мы доказали, что она работает.

Есть ещё одно хорошее обстоятельство, к которому мы пришли в ходе исследования. Дело в том, что мы действуем на определённую мишень у этих бактерий. А резистентные бактерии имеют генетические механизмы устойчивости к антибиотикам, в том числе универсальные, связанные с нарушением проницаемости клеточной стенки и активации системы выброса из клетки, и специфические, которые определяют эту генетическую резистентность.

И мы начали работать с бактериями, устойчивыми к антибиотикам. В том числе и с панрезистентными. Буквально собирали изоляты из клиник, отделений реанимации клебсиеллы, ацинетобактер, псевдомонады кишечной палочки. Прогнозы подтвердились: механизм действия нашего препарата не пересекается с той резистентностью, которую они приобрели. То есть препарат способен подавлять инфекцию, вызванную бактериями, устойчивыми к антибиотикам.

Есть и ещё одно большое преимущество. Все мы знаем: когда человек попадает в больницу с инфекционным заболеванием, чтобы начать этиотропное лечение, у него должны высеять бактерии, проверить чувствительность к ним, после чего подбирать антибиотики. На это уходит от трёх до пяти дней. А наш препарат можно будет назначать сразу, а потом

Как проходили клинические исследования?

– Клинические исследования финансировало Министерство здравоохранения РФ в рамках госзадания, поскольку нам удалось показать перспективы этой разработки.

В 2017 г. мы провели первую фазу клинических исследований. На ней обычно происходит изучение безопасности на здоровых добровольцах и фармакокинетика в определённых дозах при однократном и курсовом приёме. Было показано, что препарат хорошо переносится и возможно его дальнейшее использование на следующих стадиях клинического исследования. И с 2018 по 2022 г. проводилось клиническое исследование на пациентах с осложнёнными инфекциями мочевыводящих путей, в котором участвовало 770 человек. Главным медицинским экспертом в этом исследовании был академик РАН Дмитрий Пушкарь.

Полученные статистически значимые и достоверные данные по эффективности позволили нам в 2023 г. подать документы на регистрацию. И есть надежда, что в начале следующего года мы зарегистрируем первый отечественный инновационный препарат с иным механизмом действия, чем антибиотик, но который эффективен в отношении антибиотикоустойчивых бактерий.

Есть ли какие-то аналогичные исследования в других странах?

 По механизму действия были клинические исследования зарубежных фармацевтических компаний по разработке моноколональных антител, которые подавляли работу третьей транспортной системы. Но на второй фазе клинических исследований им, к сожалению, не удалось достичь заданных показателей эффективности.

Ещё одна компания разрабатывает низкомолекулярное химическое соединение, которое специфически блокирует белок. вызывающий инфекцию мочевыводящих путей. Это близкий подход. Они сейчас проводят вторую фазу клинических исследований по оценке эффективности на женщинах с инфекцией мочевыводящих

- То есть, по существу, вы первые в мире? Но назвать антибиотиком вашу разработку нельзя, правильно? А как?

- Антибиотиком точно нет, но антибактериальным препаратом можно. В упоминаемом мною обзоре ВОЗ наш препарат приводят в качестве примера именно альтернативных антибактериальных препаратов. На самом деле в классификаторе нет ещё определённого места для этого препарата. Он, по большому счёту, абсолютно новый, но есть уверенность, что займёт свою нишу и будет приносить пользу пациентам.

> Беседу вела Алёна ЖУКОВА, корр. «МГ».

Наука вне политики? Ничего подобного. В ситуации практически тотального разлома и трансформации прежних мировых устоев и конструкций именно наука стала эффективным инструментом так называемой народной дипломатии – той самой мягкой силой, которая способна удержать ещё сохранившиеся тонкие связи между странами и народами. В России образцом прекрасно работающей научной дипломатии является международная деятельность Медикогенетического научного центра им. Н.П.Бочкова (Москва).

Первый, второй и так далее

Год назад в Алматы (Республика Казахстан) и Москве (Российская Федерация) состоялся I Евразийский форум «Содружество без границ», посвящённый развитию технологий медицинской генетики вообще, а также диагностике и лечению орфанных болезней в частности. Одним из инициаторов проведения встречи учёных и врачей из бывших союзных республик выступил МГНЦ им. Н.П.Бочкова. По замыслу организаторов форума, необходимо возрождать и укреплять долгосрочные деловые отношения между научными, образовательными и медицинскими организациями стран евразийского региона

Коллегам действительно есть что обсудить в области настоящего и будущего медицинской генетики. И - да! - учёные и врачи из разных стран готовы к общению и сотрудничеству. В подтверждение этому шесть республик - Россия. Казахстан, Беларусь, Киргизия, Армения и Узбекистан – откликнулись на предложение к содружеству без границ и приняли участие в первом форуме. По итогам договорились об организации международных экспертных центров, проведении телемедицинских медико-генетических консультаций и консилиумов, а также формировании образовательных платформ. Также итогом первого форума стало создание нового международного научного объединения - Евразийской ассоциации медицинских генетиков (ЕАМГ).

Достижения минувшего года и дальнейшие планы обсуждали в конце октября 2023 г. в Ташкенте и Москве, где проходил II Евразийский форум «Содружество без границ». Учитывая огромный интерес к нему со стороны докторов разных специальностей, можно не сомневаться в том, что у форума есть будущее.

– Генетика – горизонтальная дисциплина. К её помощи прибегают учёные и врачи всех профилей по той причине, что наследственные и орфанные болезни есть в разных нозологических группах. Именно поэтому наш форум мультидисциплинарный, – говорит директор МГНЦ им. Н.П.Бочкова, главный специалист по медицинской генетике Минздрава России академик РАН Сергей Куцев.

На уровне государств

Некогда непризнанная и даже гонимая в нашей стране генетика в настоящее время занимает место в самом центре отечественной научно-медицинской жизни. Более того, становится стартовой площадкой для реализации целого ряда международных проектов.

Так, одним из итогов научнодипломатической миссии Медико-генетического научного центра им. Н.П.Бочкова стало предложение Академии наук Республики Узбекистан о создании филиала МГНЦ на базе Института иммунологии и геномики человека в Ташкенте. Эта идея даже обрела межгосударственный уровень: во время недавнего визита в Россию Президента Узбекистана Шавката Мирзиёева им и Президентом России Владимиром Путиным было подписано межправительственное соглашение, один из пунктов которого - открытие филиала МГНЦ им. Н.П.Бочкова в Ташкенте.

Здесь намерены заниматься подготовкой медицинских генетиков для Узбекистана, проводить образовательные программы по наследственным заболеваниям для врачей иных специальностей. Также запланировано проведение совместных научных исследований, в частности, по эпидемиологии наследственных заболеваний, их молекулярно-генетической структуре.

– И, конечно, мы будем оказывать консультативную помощь по наследственным заболеваниям нашим коллегам из разных научных центров и лечебных учреждений

только Российской Федерации институтов, занимающихся проблемой орфанных и аутоиммунных заболеваний, около сорока. Первые слушания в РАН уже провели. представлены темы и направления исследований. Ждём присоединения представителей научного сообщества из стран Евразийского содружества. Уже достигнута предварительная договорённость с Министерством образования, науки и инноваций Республики Узбекистан о грантах на научные исследования в рамках консорциума. Инициативу проявили Академии наук республик Азербайджан и Таджикистан,

ния во всех регионах страны, – рассказала председатель правления Ассоциации медицинских генетиков Республики Казахстан, доктор медицинских наук, профессор Гульнара Святова.

В Киргизской Республике организованное проведение обязательного неонатального скрининга началось только в нынешнем году. Здесь, как и в Казахстане, всех новорождённых обследуют на два наследственных заболевания: врождённый гипотиреоз и фенилкетонурию. Скрининг на гипотиреоз стартовал с января 2023 г., и с учётом тех детей, у

год запланирован старт пилотного проекта скрининга на спинальную мышечную атрофию и первичные иммунодефициты.

- Кроме того, в Узбекистане будет расширен селективный скрининг лизосомальных болезней накопления с 6 до 14. Планируется, что скрининговые исследования ежегодно будут охватывать до 100 тыс. новорождённых и детей раннего возраста. В 2021-2022 гг. в республике был проведён селективный скрининг среди 33 470 новорождённых и детей раннего возраста, которые имели клинические признаки риска развития одной из

Проблемы и решения

Влияние по горизонтали

Генетика объединяет науки, разделы медицины, народы и страны



Республики Узбекистан. Считаем, что это хорошее решение и с большим энтузиазмом готовимся к созданию филиала, – комментирует С.Куцев.

Следующее важное решение государственного уровня - формирование международного консорциума по аутоиммунным и орфанным заболеваниям. Речь идёт о привлечении исследователей из разных сран к работе по созданию новых генетических технологий для медицины. Как пояснил, выступая на II Евразийском форуме «Содружество без границ» заместитель президента Российской академии наук академик Владимир Чехонин, идея консорциума стала активно развиваться после того, как произошло объединение двух прежде изолированных друг от друга национальных проектов.

 Есть Федеральная научнотехническая программа развития генетических технологий, рассчитанная на 2019-2027 гг. Она предполагает комплексное решение широкого спектра задач, в том числе медицинских, с помошью генетических технологий. И есть проект «Аутоиммунные и орфанные заболевания» - это инициатива академика РАН Ивана Дедова, которая была одобрена Президентом страны. Так вот, в июне 2023 г. вышло постановление № 939 Правительства РФ о внесении изменений в Федеральную научно-техническую программу развития генетических технологий: проект «Аутоиммунные и орфанные заболевания» включили в структуру этой программы, как одну из его составляющих. Таким образом, орфанная и аутоиммунная проблематика будет рассматриваться теперь не только в отношении эндокринных заболеваний, как планировалось изначально её авторами, а в отношении всех нозологий, которые имеют в своём патогенезе аутоиммунные процессы. Думаю, это очень правильное решение, прокомментировал В. Чехонин.

Предусматривается создание консорциума российских и зарубежных научных учреждений для работы по тематике аутоиммунных и орфанных заболеваний. Какое число участников будет в итоге, сказать пока сложно, в одной

которые также изъявили желание принять участие в работе научного объединения, которое продолжит постигать тайны и искать способы преодоления аутоиммунных и редких генетических патологий.

Сокращение диагностической одиссеи

Одна из ключевых тем и первого, и второго форумов «Содружество без границ» – неонатальный скрининг на раннее выявление наследственных заболеваний, в том числе, редких и жизнеугрожающих. Каковы результаты выявления наследственных патологий у новорождённых в нашей стране и в ктранах Евразийского региона? И в какой мере успехи отдельных стран в организации и результатах неонатального скрининга обусловлены международным сотрудничеством?

В Республике Казахстан на сегодняшний день массовый неонатальный скрининг проводится на два наследственных заболевания — фенилкетонурию и врождённый гипотиреоз. С начала внедрения скрининга в 2007 г. выявлено 207 новорождённых с фенилкетонурией и 625 с врождённым гипотиреозом.

Мы очень рады успехам наших российских коллег в плане организации расширенного неонатального скрининга. В Республике Казахстан тоже планируется реализация пилотного проекта по скринингу новорождённых на спинально-мышечную атрофию (СМА). В нашем арсенале есть зарегистрированные патогенетические препараты, но в настоящее время они назначаются пациентам, только когда появляются первые симптомы СМА, поэтому эффективность терапии по меньшей мере сомнительна. Есть намерение отработать модель скрининга на СМА в одном регионе. а именно, провести обследование 10 тыс. новорождённых в городе Алматы на базе Республиканской медико-генетической консультации с последующей уточняющей диагностикой и назначением патогенетической терапии. По результатам пилотного проекта методика скрининговых исследований на спинальную мышечную атрофию будет рекомендована для внедрекоторых заболевание было выявлено в прежние годы, в настоящее время такой диагноз имеют 455 пациентов. Неонатальный скрининг на фенилкетонурию проводится в республике с октября 2023 г., пока новорождённых с данной патологией не выявлено.

В Кыргызстане ежегодно рождается около 200 тыс. детей. У 5% выявляются различные врождённые пороки развития и заболевания, с каждым годом частота выявляемости растёт. Рождаемость детей с фенилкетонурией хоть и не высока, но в последние годы участились случаи необратимых последствий в связи с поздним обнаружением заболевания. Теперь, благодаря неонатальному скринингу и раннему выявлению пациентов, можно вовремя подобрать эффективную терапию. В ближайшее время страна планирует расширить перечень заболеваний, входящих в программу неонатального скрининга.

- Год назад было создано Евразийское содружество и налажены наши связи с генетиками из других стран. В частности, мы стали активно практиковать телемедицинские консультации с коллегами из РФ в плане подтверждения или снятия диагнозов редких генетических заболеваний, диагностика которых в нашей республике прежде не проводилась, а теперь они выявлены. Если бы не был установлен такой контакт, думаю, мы к развитию системы неонатального скрининга шли, наверное, ещё очень долго. Теперь же мы имеем возможность помочь семьям в планировании рождения здоровых детей. Надеюсь, в ближайшем будущем мы достигнем тех же результатов по пренатальному и неонатальному скринингу, развитию медико-генетической службы, как Россия. Казахстан и другие страны, - говорит специалист по медицинской генетике Киргизского научного центра репродукции человека Гульзар Довлотова.

В Республике Узбекистан с 2024 г. планируется расширение массового неонатального скрининга. Все новорождённые будут проходить обследование на три наследственных заболевания — фенилкетонурию, врождённый гипотиреоз и муковисцидоз. Также на следующий

шести лизосомальных болезней накопления. В стране налажена система мониторинга и лечения маленьких пациентов с этой патологией. Также в настоящее время на диспансерном учёте находится 1686 детей с врождённым гипотиреозом, они обеспечиваются бесплатно тиреоидными препаратами, и 442 ребёнка с фенилкетонурией, получающих лечебное питание, — такую информацию представила на форуме в Ташкенте директор Института иммунологии и геномики человека Академии наук Республики Узбекистан академик Тамара Арипова.

Что касается России, здесь с 2023 г. в рамках расширенного неонатального скрининга проводится обследование новорождённых на 36 наследственных и врождённых заболеваний. Один из десяти федеральных центров, где выполняются такие исследования – НИИ медицинской генетики в Томске.

- По итогам текущего года мы ожидаем появление в России миллиона 300 тыс. новорождённых, примерно 10% из них приходится на регионы Сибири, неонатальный скрининг в которых проводит наш институт. Таким образом, согласно нашим расчётам, от 130 до 150 тыс. новорождённых за год пройдут программу расширенного скрининга в нашем институте. Важно, что делегирование полномочий генетическим центрам, расположенным не только в Москве, даёт возможность правильно организовать логистику доставки биоматериала, вписавшись при этом в очень жёсткие лимиты времени для получения биообразца и выдачи заключения, тем самым максимально быстро поставить диагноз и начать лечение вне зависимости от того, где проживает пациент, - поясняет директор Томского национального исследовательского медицинского центра, руководитель лаборатории эволюционной генетики НИИ медицинской генетики, академик РАН Вадим Степанов.

За 10 месяцев 2023 г. здесь выполнено уже более 100 тыс. исследований, по результатам которых 1780 пациентов попали в группу риска, в итоге диагноз был подтверждён у 40 новорождённых. Из них в 30 случаях у малышей диагностированы наследственные болезни обмена, у 5 — спинально-мышечная атрофия и ещё у 5 — первичные иммунодефициты.

По словам В.Степанова, до начала программы расширенного неонатального скрининга диагностическая одиссея могла быть растянута на долгие годы, сегодня это занимает всего 72 часа. Расширенный скрининг, по выражению академика, — «одно из впечатляющих научно-медицинских достижений, оно показывает, как генетика может облегчить жизнь не только отдельных пациентов и их семей, а принести пользу всей стране».

Елена БУШ, обозреватель «МГ».

Дальневосточный государственный медицинский университет (ДВГМУ) – старейший медицинский вуз региона, недавно отметивший 90-летие (см. «МГ» № 40 от 07.10.2020). С 2016 г. его возглавляет членкорреспондент РАН Константин ЖМЕРЕНЕЦКИЙ. Корреспондент «МГ» Болеслав ЛИХТЕР-МАН встретился с Константином Вячеславовичем во Владивостоке на юбилее Тихоокеанского государственного медицинского университета и расспросил его о пути в науку, научных школах и воспитании студентов.

- Почему вы решили стать врачом?

- Родители у меня инженеры. Я учился в классе с углублённым изучением физики. Когда мы выбирали, куда поступать, заходили в разные вузы - политехнический, железнодорожный. Как-то они не зацепили, а в мединституте меня впечатлила анатомка, так я и решил поступать в Хабаровский государственный медицинский институт (так тогда назывался Дальневосточный ГМУ) в 1990 г. Деканом педиатрического факультета тогда был И.П.Кольцов, и он всех ребят агитировал на педфак. Я и подал документы туда, а потом родители решили перевести меня на лечфак. Деканом лечебного факультета был Г.В.Ананьев, подписавший мне документы. Сейчас такое мы не практикуем, только в крайних случаях, когда человек не может учиться на педфаке по состоянию здоровья, он переводится на лечфак.

- С чем связан выбор вами именно терапии?

 На 3-м курсе общей хирургии нам демонстрировали больного с гангреной нижних конечностей (при синдроме Лериша). Преподаватель объяснил, что причиной гангрены является атеросклероз, и больному предстоит ампутация. Меня заинтересовало: что такое атеросклероз? Взял в библиотеке книги Ланга. Мясникова и лекции профессора Бориса Сиротина. Потом записался в студенческий кружок по терапии, который тогда курировал доцент Юрий Федорченко (ныне профессор). Он привлёк меня к исследованию микроциркуляции. Тогда была сломанная щелевая лампа ЩЛ2-Б – чёрная, тяжёлая, на подставке. И тут во мне, наверное, проснулась физика - я разбирался в радиоэлектронике, паял радиоприёмники, синтезаторы. Лампу отремонтировал, потом пристроил к ней фотоаппарат – и начал фотографировать микроциркуляцию в сосудах конъюнктивы. В 1996 г. было первое моё исследование о влиянии нитроглицерина на сосуды – расширение венул, ускорение кровотока. Выступал в Кемерово и Томске на студенческих конференциях. Потом поступил в ординатуру по терапии. Борис Залманович говорил, что в первую очередь нужно стать врачом. Ординатуру проходил в Третьей больнице имени профессора С.К.Нечепаева одной из старейших клинических баз нашего университета. После первого года начал дежурить. Сегодня принят закон, разрешающий ординаторам второго года работать врачами-стажёрами. Затем обучался в аспирантуре. Шеф (профессор Сиротин) дал мне тему по изучению микроциркуляции при диабете.

Кого вы считаете своими

- Профессора Сиротина и доцента Анну Мартовицкую. Она была моим куратором по ординатуре. Я вёл палату на 8 человек под руководством Татьяны Лысовой. Она сейчас возглавляет в Хабаровске Бюро медико-социальной экспертизы.

Что вы понимаете под научной школой в терапии?

 Научная школа подразумевает новые знания в изучаемой проблеме, наличие положений, постулатов, новых сведений и результаНаши интервью

Большая проблема закрепление кадров

Приоритеты Константина Жмеренецкого

тов, и учеников, которые углубляют и расширяют эти знания. Школа профессора Сиротина занималась изучением геморрагической лихорадки с почечным синдромом и сердечно-сосудистой патологией (диагностикой и лечением). Изучение микроциркуляторного русла (сегмента сердечно-сосудистой системы с диаметром сосудов меньше 200 мкм) было большим фрагментом этой темы. Одним из объектов, где представлены все его отделы - артериолы, капилляры, венулы – является бульбарная конъюнктива. У шефа есть публикации мирового уровня.

- Но ведь микроциркуляцию изучают многие. В чём же своеобразие школы?

- Наш подход позволяет объективно и количественно оценить характер кровотока, его скорость, диаметр сосудов. Раньше была субъективная шкала - сосуды расширяются или сужаются, скорость кровотока увеличивается или снижается. Впервые в России мы оценили эти параметры количественно на бульбарной конъюнктиве. В мире изучались капилляры ногтевого ложа с помощью ультрафиолетового света, иммерсионного масла и микроскопа. Также изучалась скорость кровотока в тканях допплеровским методом или с помощью лазерной флоуметрии. Все эти параметры мы объективизировали и коррелировали с нарушениями. Например, изучили микроциркуляцию при ишемической болезни сердца, гипертонии, сахарном диабете, нарушении ритма, хронической венозной недостаточности нижних конечностей. Второе ноу-хау изучение влияния лекарственных препаратов на микроциркуляцию

при лечении данных заболеваний. Создали ли вы свою школу?

Я представитель школы профессора Б.Сиротина. Сейчас вместе с Натальей Корнеевой изучаем связь нарушений кровообращения с курением. Как восстанавливается кровоток у бросивших курить? Оказывается, этот процесс имеет стадии. Бросать курить никогда не поздно. Другая интересная история – прогнозирование изменения сосудов внутренних органов с помощью неинвазивного исследования микроциркуляции бульбарной конъюнктивы. Например. её нарушения коррелируют с коронарным атеросклерозом (ИБС). Таким больным показана коронарография. В сердечно-сосудистом центре проверили пациентов, у которых имелись прогностически неблагоприятные признаки - нарушения артериоло-венулярного соотношения, скорости кровотока в капиллярах и сладж. Если есть все три признака, то вероятность коронарного атеросклероза высока. Коронарография это подтвердила, и были своевременно (до появления клинических симптомов) поставлены стенты или проведено аорто-коронарное шунтирование. Любые острые сосудистые катастрофы (инсульты и инфаркты) не возникают на ровном месте. Всегда есть предшествующие факторы. Исследование плотности атеросклеротических бляшек сонных артерий показало, что прежде чем случиться инфаркту, бляшка должна превратиться в нестабильную. Её капсула размягчается, и кровоток её повреждает. У нас есть похожая школа профессора Ильи Баткина, заложившая основы прогнозирования приступа бронхиальной астмы по температуре выдыхаемого воздуха и характеристикам конденсата выдыхаемого воздуха (с помощью специального зеркала). За предикативной, или прогностической, медициной будущее. Нам надо находить ранние признаки, грамотно их анализировать и пытаться выявить предшественников неблагоприятного течения заболевания, ранние маркёры. Причём они должны быть получены неинвазивным путём. Это по сути скрининговая методика. Школа профессора Сиротина будет развиваться в данном направлении. У меня есть четыре защищённых учениками диссертации - одна докторская и три кандидатских. Мы изучили изменения кровообращения при системной склеродермии. Сосудистое русло исчезало из поля зрения - в конъюнктиве капилляров не было видно из-за спазма и облитерации. Интересна работа Сергея Крыжановского по фибрилляции предсердий. Это проблема века - 40% нарушений ритма возникает вследствие мерцательной аритмии, а это приводит к тромбообразованию. У некоторых больных после приступа аритмии нарушение микроциркуляции оставалось. Таким образом, сохранялась гипоксия миокарда и приступ повторялся. Поэтому нужно принимать антикоагулянты, чтобы нормализовать микроциркуляцию. Мы анализировали 160 параметров микроциркуляции (размеры артериол, капилляров и венул, скорость кровотока в разных частях конъюнктивы и т.д.) и выявили те признаки, которые наиболее значимы. Очень интересно, как меняется кровообращение у медицинских работников - до и после работы, в понедельник и пятницу, как, например, меняется оно у медицинских работников в начале и конце дежурства. Как меняется оно у студентов до и после экзамена. Ваша супруга тоже тера-

- Да, она тоже защищалась у шефа. Сейчас заведующая кафедрой сестринского дела. Хотим продолжать совместную работу.

Дети пошли по вашим стопам?

- У нас трое детей. Старший окончил медуниверситет по клинической психологии, работает в краевом психологическом центре педагогом-психологом. Средний пошёл в Университет путей сообщения на информационную безопасность, учится там на 4-м курсе. Дочь учится в восьмом

- Сложно совмещать научную, лечебную и административную работу?

 Лечебная деятельность больше связана с экспертизой и консультациями. Больных вижу на консилиумах. Наукой, конечно, хотелось бы больше заниматься. Административная работа занимает большую часть времени.

Как финансируется в университете научная деятель-

 По-разному. Есть госзадание, есть гранты, есть краевая аспи-

Вы говорили в своих интервью, что в этом учебном году набрали вдвое больше студентов, чем в предыдущем...

Мы раньше подавали информацию по контрольным цифрам



приёма (т.е. на бюджет). В этом году в медицинский колледж при 45 бюджетных местах мы набрали 180 студентов. В целом мы набрали 1100 человек на все формы обучения – 770 на факультеты высшего образования, 164 в ординатуру, 14 - аспирантуру. Из них 778 – целевики и бюджетники.

- Почему у вас все ординаторы целевики?

- Вы знаете каков процент целевиков среди ординаторов в других вузах? Каждый год он увеличивается. Идеология Минздрава России состоит в том, что вся ординатура должна быть целевой. Может ли позволить себе государство выделить бюджетное место с полной оплатой затрат на обучение плюс стипендия, чтобы потом выпускник пошёл работать, где ему заблагорассудится, а не там, где он нужнее? Поэтому в этом году все места в ординатуре у нас стали целевыми. Однако удалось заполнить только 122 места, а остальные ушли в свободный конкурс. Но целевику гарантировано рабочее место, а поступивший по конкурсу рискует не найти работу.

Все ли выпускники поступают в ординатуру?

- Почти половина, а остальные идут работать участковыми врачами и набирают баллы, чтобы потом поступить в ординатуру.

- Многие ли целевики отказываются работать в организации, которая их направила учиться?

 Всё меньше и меньше, поскольку придётся платить штраф. Если ты в течение года не трудоустроился, то заплатишь миллион.

- Теперь о студентах. У вас есть группа «Приоритет». Что она собой представляет?

- Речь идёт о студентах, не обременённых целевыми обязательствами. Мы взяли студентов с высокими баллами ЕГЭ, набрали группу 30 человек (16 – лечфак, 14 - педфак) и сказали: «Ребята, вы будете учиться у кандидатов и докторов наук. Будете ходить на дополнительные занятия, уже на младших курсах заниматься наукой, чтобы мы выбрали среди вас достойных для поступления в ординатуру и аспирантуру, сформировали кадровый резерв». У нас должно быть не меньше 40% работников моложе 40 лет. Сейчас их 29%. В этом году четыре выпускника начали преподавать на кафедрах. Проблема в том, чтобы удержать кадры на Дальнем Востоке. Можно выделить три периода оттока на Запад. Первый период – окончание школы. Не меньше 12% выпускников школ Хабаровского края уезжает в Европейскую Россию. Второй период - окончание вуза. Например, наш выпускник Алексей Горохов поступил в ординатуру по хирургии в НМИЦ хирургии им. А.В.Вишневского в Москве. Третий - после ординатуры.

- Вы говорили, что к 2024 г. закроете дефицит врачебных кадров в Хабаровском крае...

- По стратегическому плану мы должны к 2024 г. закрыть дефицит на 80%, а полностью к 2030 г. Надо увеличивать набор. Но где селить студентов? Где найти аудитории? Учиться до позднего вечера? Преподаватели начнут жаловаться на нарушение условий труда. Им же надо готовиться к занятиям, лекциям, статьи писать, методички. Но самая большая проблема - отток кадров.

Как ему противостоять?

- Предоставлять квартиры, увеличивать зарплату, развивать наставничество, оплачивать проезд на запад страны. Раньше все дальневосточники бесплатно ездили отдыхать в Москву, Сочи, на Кубань. И главное - будущее Дальнего Востока, которое привлекало бы детей. Им нужно «хлеба и зрелищ» - развитая инфраструктура, хорошие дороги, рестораны, детские сады, школы...

- Есть ведь программа «Земский доктор»...

- Не всё работает. Дали миллион, поехал в Николаевский район. Снег выпал, всё закрылось. Да я лучше верну вам этот миллион и уеду в Хабаровск. Много социально значимых проблем, которые мы не решим. Я всегда говорю, что мы должны заботиться о своих выпускниках.

- Как вы воспитываете студентов?

– Личным примером. У нас есть проректор по учебно-воспитательной работе, проректор по молодёжной политике. Учить и воспитывать надо с помощью образовательных программ, через обучение служением.

Как обстоят дела с преподаванием медико-гуманитарных дисциплин - истории медицины, философии медицины, биоэтики? В некоторых вузах выделенные на историю медицины часы отдали истории России.

- Мы все сохранили за счёт часов на элективы. Например, решили, что половина лечфака на 1-м курсе ходит на этику профессионального общения, а другая половина - на медицинский иностранный язык, то есть разделили курс на два потока. Освободившиеся часы отдали историкам.

- То есть количество часов на историю медицины не уменьшилось?

Нет, осталось прежним -72 часа (8 лекций и 15 семинаров). Помимо этого, с воспитательными целями проводится много неакадемических мероприятий - встречи, обсуждения, волонтёры-медики, «Российские студенческие

Какие перспективы вы видите?

 Надо продолжать эту работу, сохранить объёмы подготовки врачей. Развивать академическую мобильность. Наши студенты ездили в Китай, в Республику Корея и Японию. Мы участники Восточного кластера – договора, заключённого Минздравом России с пятью медвузами Забайкальского и Дальневосточного регионов. Наша цель в преддверии предстоящих выборов Президента выполнить поставленные нашим учредителем задачи.

– Есть ли у вас кредо?

- Работать честно, открыто и поступать справедливо. Сохранить коллектив и наши традиции, будучи одновременно открытыми для инноваций. У нас есть звания почётного профессора, почётного работника, почётного приглашённого профессора.

Конфиденциальная медицинская информация, касающаяся полумиллиона граждан Великобритании и безвозмездно предоставленная для медицинских исследований, была передана страховым компаниям, несмотря на обязательства этого не делать.

Расследование газеты Observer показало, что Biobank несколько раз открывал свою обширную биомедицинскую базу данных фирмам страхового сектора в период с 2020 по 2023 г. Данные были предоставлены страховым консалтинговым и технологическим фирмам для проектов по созданию цифровых инструментов, которые помогают страховщикам прогнозировать риск развития у человека хронического заболевания. Полученные результаты вызвали обеспокоенность у генетиков, экспертов по защите данных и участников компаний, потребовавших проверки Biobank на соответствие этическим нор-

База данных создана в 2006 г., чтобы помочь исследователям в изучении заболеваний, и содержит миллионы образцов крови, слюны и мочи, регулярно собираемых примерно у 500 тыс. взрослых добровольцев, а также медицинские записи, сканы, данные носимых устройств и информацию об образе жизни.

Авторизованные исследователи со всего мира могут заплатить от 3 тыс. до 9 тыс. фунтов стерлингов за доступ к записям, начиная от истории болезни и информации об образе жизни и заканчивая данными секвенирования всего генома. Результаты исследований привели к крупным медицинским открытиям, а Biobank стал считаться «жемчужиной в короне» британской науки.

Компания заявила, что строго охраняет свои данные, разрешая доступ только добросовестным исследователям для проектов, связанных со здоровьем, в интересах общества. Это касается исследователей, независимо от того, работают они в академических, благотворительных или коммерческих организациях, включая страховые компании, и что «интелья страховые компании и и что «интелья страховые ком

Pakypo

Скандал с передачей медицинской информации

формация об обмене данными была изложена участникам на этапе соглашения и первоначальной оценки». Но доказательства, собранные Observer, свидетельствуют о том, что компания Biobank не сообщала участникам конкретно, что будет делиться данными сотраховыми компаниями, и брала на себя несколько публичных обязательств не делать этого.

Когда в 2002 г. было объявлено о проекте, Biobank пообещал, что данные не будут переданы страховым компаниям после того, как были высказаны опасения, что эти сведения могут быть использованы дискриминирующим образом, например, для исключения людей с генетическими нарушениями из страхования. В разделе часто задаваемых вопросов на веб-сайте Biobank участникам сообщалось: «Страховым компаниям не будет разрешён доступ ни к каким индивидуальным сведениям, равно как и к анонимизированным данным». Заявление оставалось в сети до февраля 2006 г., в течение которого проект Biobank подвергался общественному контролю и обсуждался в парламенте. Это обещание также повторялось в нескольких публичных заявлениях спонсоров Biobank, которые заверяли, что будут приняты меры предосторожности, гарантирующие, что «ни страховая компания, ни полиция, ни работодатель не будут иметь доступа к данным».

Недавно Biobank сообщил, что обещание, неоднократно дававшееся в течение четырёх лет, больше не действует. В заявлении компании говорится, что обязательство было взято до официального начала набора в 2007 г. и что, когда добровольцы записывались, им предоставлялась пересмотренная информация.

В рекламных брошюрах и формах согласия содержалось положение о том, что анонимизированные данные Biobank могут передаваться частным фирмам для проведения исследований, связанных со здоровьем, но непосредственно страховые компании не упоминались.

Віоbank также заявлял, что «страховым компаниям не будет предоставлена информация о каком-либо человеке, образцы или результаты тестов, как и все данные, которые позволяют идентифицировать человека». Это повторялось в рекламных листовках в течение 17-летнего периода деятельности компании.

Точный характер данных, которыми поделились со страховой отраслью, неясен, поскольку Biobank обычно не публикует их и пока отказался сообщить об этом. Описание проектов, опубликованных в интернете, предполагает, что они включали обезличенные данные участников о болезнях, образе жизни и биомаркёрах.

Одна из компаний, получившая доступ к данным, ReMark International, является «глобальной страховой консалтинговой компанией», которая выдаёт миллион полисов в год, среди её клиентов Legal & General и MetLife. В своей заявке в Biobank, одобренной в декабре 2022 года, компания заявила, что ей нужны данные для разработки алгоритма прогнозирования заболеваний и смерти, использующего больничные записи и данные умных часов для изучения взаимосвязи между образом жизни, психическим здоровьем и биомаркёрами.

Другая фирма, получившая данные Biobank, Lydia.ai, является канадским страховым посредником, который заявляет о предоставле-

нии людям «персонализированных и прогностических оценок состояния здоровья». Компания говорит, что страховщики работают с ней, чтобы «использовать новые источники данных для прогнозирования рисков». В январе Lydia.ai был предоставлен доступ к данным Biobank в рамках проекта, связывающего медицинские записи с данными об образе жизни для «прогнозирования хронических заболеваний».

Сlub Vita, «компания по анализу данных о долголетии для пенсионных фондов и их консультантов, страховщиков и управляющих активами», клиентами которой являются 400 пенсионных фондов и 25 страховщиков, также получила доступ. В рамках проекта была выполнена оценка данных о результатах заболеваемости с использованием целого ряда факторов риска, таких как пол, заболевания, лечение, местоположение и образ жизни.

Профессор Ив Моро, эксперт по генетике и искусственному интеллекту, работавший над проектами с использованием данных UK Biobank, считает, что обмен данными, по-видимому, является «серьёзным и вызывающим беспокойство нарушением доверия». Моро задаёт вопрос, понимали ли участники UK Biobank, что данными можно делиться со страховыми фирмами. «Данные на первый взгляд выглядят довольно безобидными: множество результатов анализов и показаний. Но в этом случае доступ к ним может действительно иметь серьёзные последствия», - говорит учёный.

Профессор Сандра Вахтёр, эксперт по технологиям и регулированию в Оксфордском институте интернета, заявляет, что эти случаи рискуют подорвать

доверие добровольцев, которые «пожертвовали свои данные на благое дело». Она полагает, что разработка страховых продуктов для «прогнозирования того, заболеет ли кто-то», вызвала серьёзные этические проблемы.

Сэм Смит, координатор организации medConfidential, которая выступает за конфиденциальность медицинских данных, напоминает, что люди передавали данные в Biobank, чтобы «помочь вылечить болезни», а не для того, чтобы они могли быть использованы страховой отраслью. «Віоbank должен сообщить каждому участнику, какие данные были переданы страховым компаниям и почему», – требует Смит.

Віоbank отвергает любые предположения о том, что данные когда-либо передавались для целей, на которые добровольцы не давали согласия, и заявляет, что было ошибочно предполагать, что предыдущие обязательства, которые предшествовали официальному зачислению в базу участников Віоbank, всё ещё должны выполняться.

Руководство Biobank утверждает, что данные предлагались «всевозможным компаниям» и при условии, что они прошли «строгие протоколы доступа», давалось разрешение на их использование. Исследования страховых компаний о том, как образ жизни может улучшить здоровье или помочь выявить риски для здоровья, «соответствовали требованиям, связанным со здоровьем и общественными интересами», говорят представители компании. Они заверяют, что «подробно» консультировались с независимыми специалистами по этике по поводу коммерческого обмена данными.

Взгляд -

В недавнем исследовании тайваньских учёных, опубликованном в журнале Cell and Bioscience, показано, ослабляет ли кофе коронавирус SARS-

Во время пандемии COVID-19 появилось несколько штаммов SARS-CoV-2. Иммунитет, обеспечиваемый вакцинами, со временем снижается, что побуждает врачей и учёных искать усилители вакцинации. Диета также может влиять на эффективность защиты организма от заражения SARS-CoV-2. Недавние исследования свидетельствуют о том, что богатая полифенолами диета и физическая активность могут вызвать активный иммунный ответ и уменьшить риск развития тяжёлого течения заболевания.

Кофе является одним из наиболее популярных напитков и содержит полифенолы, такие как кофейная кислота и хлорогеновая кислота (СGA), а также антиоксиданты, такие как тригонеллин, меланоидины и кафестол. Одно из исследований среди участников медицинской базы Віоbапк Соединённого Королевства показало, что потребление кофе (по крайней мере, одной чашки в день) связано со снижением риска заражения COVID-19 на 10%. Тем не менее лежащие в основе этого механизмы остаются пока неясными.

Учёные из Китайского медицинского университета в Тайчжуне (Тайвань) изучали эффективность кофе в профилактике заражения SARS-CoV-2. Для оценки влияния кофе на проникновение вируса в

Кофе против коронавируса



линию клеток эмбриональной почки человека (293Т), экспрессирующую ангиотензинпревращающий фермент 2 (ACE2), применялся анализ на псевдовирус SARS-CoV-2. Молотый кофе (6 мг/мл) показал снижение проникновения вирусов в зависимости от дозы. Затем специалисты протестировали действие нескольких видов растворимого кофе.

Растворимый кофе (1 мг/мл) последовательно подавлял проник-

новение SARS-CoV-2 дикого типа и его вариантов (альфа, дельта и омикрон). Затем команда исследователей определила, что добавки в кофе, такие как сливки, нежирное молоко и сахар, не влияют на его эффективность и ингибирующее действие. Исследователи провели иммуноферментный анализ (ELISA) и обнаружили, что молотый и растворимый кофе прерывают взаимодействие спайкового белка и ACE2.

но, что молотый и растворимый кофе подавляют активность трансмембранной протеазы серин 2 (TMPRSS2). Затем исследователи проверили, можно ли регулировать экспрессию ACF2 и TMPRSS2. С этой целью клетки гепатоцеллюлярной карциномы (ГЦК) HepG2 и Huh7, которые экспрессируют высокие уровни ACE2 и TMPRSS2 соответственно, обрабатывали различными концентрациями кофе. При этом значительно снизились уровни транскриптов АСЕ2 и TMPRSS2 и белка. Кофе также повлиял на активность катепсина L (CTSL), который способствует проникновению SARS-CoV-2.

Кроме того, обнаружено, что кофе без кофеина тоже снижает взаимодействие спайкового белка и ACE2 и активность TMPRSS2.

64 жителя Тайваня с удовлетворительным состоянием здоровья 21-40 лет в течение двух дней употребляли обычный кофе (в высоких или низких дозах), кофе без кофеина (в высоких или низких дозах) или воду (контроль). Анализы были собраны до и после вмешательства. Образцы, взятые

у большинства людей в группах, регулярно употреблявших кофе, ингибировали SARS-CoV-2 дикого типа и вариант омикрона. Аналогичным образом сыворотки потребителей кофе без кофеина, особенно группы, употреблявшей высокие дозы, также подавляли SARS-CoV-2.

Полученные данные свидетельствуют о том, что кофе может значительно уменьшить риск заражения SARS-CoV-2 путём блокирования взаимодействий спайкового белка с ACE2, TMPRSS2 и CTSL. Кофе также снижает уровень белка ACE2 и TMPRSS2. Ингибирующий эффект оказывают биологически активные соединения, содержащиеся в кофе, такие как CGA, isoCGAs и кофеин. Исследование на людях показало, что сыворотки, полученные от потребителей обычного кофе и кофе без кофеина, могут подавлять SARS-CoV-2, включая вариант омикрон. В целом авторы предполагают, что потребление кофе может стать потенциальной диетической стратегией для предотвращения заражения в постковидную эпоху.

Материалы подготовила Марина КЫН. По материалам Cell, Bioscience.

В «Медицинской газете» в 1982-1986 гг. работал фотокорреспондентом ветеран отечественной фотожурналистики Александр Салюков. Впервые он взял в руки фотоаппарат в 1962 году и с тех пор не расстаётся с ним.

В 80-е, когда я трудился в «МГ», запомнилась работа на международном турнире по хоккею на приз «Известий», где дежурили бригады медиков. Также остались в памяти поездки на «Уралмаш» и «КамАЗ» - меня впечатлили и сами эти огромные заводы, и их прекрасно оснащённые по тем временам медсанчасти. Работа в «МГ» подарила мне возможность общения с нашими знаменитыми врачами, такими как кардиохирург Владимир Бураковский, а также народными артистами Сергеем Образцовым и Юрием Соломиным, многими другими нашими выдающимися современниками. Да и среди рядовых врачей было немало интересных людей, встречи с которыми запомнились на многие годы, - рассказывает фотомастер.

Уйдя на пенсию, он не положил фотоаппарат на полку, а начал Былое

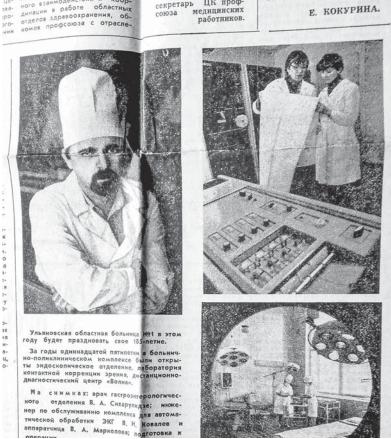
Листая старые страницы



новной его темой стала столица России. Наверное, трудно найти

фотографировать для души. Ос- уголок Москвы, который бы не был запечатлён камерой Александра Салюкова.







Акценты

Высший пилотаж

Ровесницей региона называют на Брянщине областную больницу № 1. Начавшая свою историю вскоре после освобождения территории от немецко-фашистских захватчиков и образования области на основе распоряжения Брянского облисполкома № 326 от 23.09.1944, она была развёрнута тогда на базе 2-й Советской больницы № 2 и насчитывала всего 5 отделений на 223 койки. А первыми врачами стали 8 вчерашних фронтовиков, которым приходилось оперировать пациентов при свете керосиновых ламп, а истории болезни писать на газетных листах раствором марганцовки.

«И вот нам уже больше 75 лет». - говорит нынешний главный врач ведущего лечебного учреждения Светлана Хандожко. Теперь больница представляет собой целый лечебный городок с устоявшимися традициями и прочным укладом. На её террито-

рии расположены многоэтажные корпуса, в которых развёрнуты 850 стационарных хирургических и терапевтических коек, функционируют региональный сосудистый центр, роддом, отделение программного гемодиализа, работают диагностические и вспомогательные подразделения. А 300 врачей и более 700 средних мелицинских работников обеспечивают успешное выполнение сложного лечебного процесса.

Светлана Васильевна долго и увлечённо рассказывала о настоящем и перспективах работы флагмана областного здравоохранения, называла фамилии докторов, которыми по праву гордится коллектив. Взять хотя бы отделение микрохирургии глаза, которым уже много лет руководит Елена Жукова. В этом подразделении трудятся 8 высококвалифицированных докторов. Например. врач высшей категории Дмитрий Исканцев с гордостью рассказал, что работу отделения по достоинству оценивают в столичном

НИИ им. Гельмгольца и других ведущих лечебных учреждениях страны. И это - по праву. На базе отделения осуществляется круглосуточная экстренная помощь населению Брянщины. Приоритетным же направлением является хирургическое лечение катаракты и глаукомы. Практически все операции сопровождаются имплантацией искусственного хрусталика, что позволяет вернуть зрение сотням пациентов даже с сопутствующей патологической глаукомой, миопией, сахарным диабетом, травматологическими повреждениями органа зрения. По свидетельствам врачей в ходе оперативных вмешательств не раз приходилось сталкиваться с непредвиденными ситуациями, включая вывихи хрусталика. «Однако специалисты успешно справляются», - говорит Анастасия Гетманова. Выпускница Курского медицинского университета, она занимается в отделении лазерной хирургией. оперирует пациентов с разрывом сетчатки, проводит другие высокотехнологичные оперативные вмешательства.

Верно, видно, говорят, что человек, не обладающий чувством ответственности, вряд ли способен принять ответственное решение вообще. Вот это умение принять в нужное время это самое правильное решение и считают основным доктора отделения. Хирургическая активность достигает почти 90%. В год здесь пролечивают почти 4 тыс. пациентов. В отделении успешно осваивают современные методы хирургии катаракты и глаукомы. А добрыми помощниками докторов являются медицинские сёстры во главе со Светланой Лягиной.

Кто-то правильно подметил что любое занятие, требующее постоянных усилий, вознаграждает человека особым родом крепости и веры в собственные силы. А потому сила и счастье. как утверждают самые сильные и счастливые, заключаются в преодолении и борьбе. Вот такой высший пилотаж и демонстрирует ежедневно коллектив отделения микрохирургии глаза областной больницы № 1.

> Василий ШПАЧКОВ. соб. корр. «МГ».

Брянск.

Выставки -

Генеалогическое древо до самых корней...

В рамках недели здравоохранения на ВДНХ на Международной выставке «Россия» специалисты из Северо-Кавказского федерального университета (Ставрополь) проводят уникальный генетический тест для посетителей, позволяющий из эпителия узнать о далёких предках и определить, какие народы оставили след в вашем геноме.

Все анализы будут отправлены в специальных боксах в Ставрополь, в лабораторию СКФУ. Здесь ДНК гостей будут изучать специалисты университета.

Из всех участников, которые сдали анализ, выберут 30 счастливчиков. Именно они получат результаты. Им откроется история о древних и современных родственниках.

Эксперименты, мастер-классы и занятия, представленные Ставропольским краем на выставке в рамках недели здравоохранения, позволяют ознакомиться с передовыми методами и технологиями в области здравоохранения.

> Рубен КАЗАРЯН, соб. корр. «МГ».

Ставропольский край.

Душевное дело

Стоматолог и челюстно-лицевой хирург профессор Магомед Магомедович Максудов (1913-1993) четверть века был ректором Дагестанского мединститута, а до этого восемь лет возглавлял Минздрав Дагестанской АССР. В этом году отмечается юбилей известного врача и организатора здравоохранения — 110 лет со дня рождения.

Родился он в крестьянской семье в селении Голотль Бахлухского участка Аварского округа Дагестанской области (ныне Шамильский район Республики Дагестан). Его дед был народным целителем и для внука являлся непререкаемым авторитетом. Вначале Магомед был учителем. С 1930 по 1933 г. обучался в Дербентском, а затем Буйнакском педагогическом техникумах. В 1933 г. приказом Народного комиссариата труда и социального обеспечения Дагестанской АССР назначен директором Голотлинской неполной средней школы. Проработал там 2 года, затем поступил в Московский медицинский стоматологический институт (ныне МГМСУ им. А.И.Евдокимова), который окончил в 1939 г. Вернувшись в Дагестан, работал в стоматологической поликлинике Махачкалы под руководством Н.Гительмана. Здесь была организована подготовка зубных врачей и зубных техников. Максудов приобретает опыт, углубляет знания, строит планы на будущее. Но война круто меняет его жизнь. Магомеда Магомедовича призывают на военную службу и назначают начальником челюстно-лицевого отделения главного сортировочного эвакогоспиталя. Вскоре он становится начальником госпиталя и ведущим челюстно-лицевым хирургом группы эвакогоспиталей Северо-Кавказского фронта. Одновременно преподаёт на кафедре госпитальной хирургии Дагестанского мединститута. Обобщив материалы деятельности челюстно-лицевого отделения, Максудов

Архитектор лица

К 110-летнему юбилею Магомеда Максудова



подготовил и в 1956 г. успешно защитил кандидатскую диссертацию «Остеопластика нижней челюсти после огнестрельного ранения». С 1951 по 1959 г. работал министром здравоохранения Дагестанской АССР, оставаясь по совместительству доцентом кафедры госпитальной хирургии. С 1959 по 1984 г. он возглавлял Дагестанский мединститут, одновременно заведуя кафедрой стоматологии (1967-1973), затем кафедрой хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии (1973-1989).

Для развития института им сделано очень много. Открываются новые отделения и факультеты: в 1964 г. – вечернее отделение лечебного факультета, в 1965 – стоматологический, в

1969 — педиатрический факультеты, в 1974 — подготовительное отделение, в 1983 — факультет усовершенствования врачей. Значительно расширяется материально-техническая база: построены 3 студенческих общежития на 1400 мест, морфологический корпус, спортивный комплекс, студенческое кафе «Айболит», спортивно-оздоровительный ла-



монографии) и в 1968 г. получил

звание профессора. За непре-

взойдённые результаты в обла-

сти челюстно-лицевой хирургии

коллеги называли Максудова

Он опубликовал около 100 на-

«архитектором лица».

Защита докторской диссертации (1967)

герь; завершено строительство биологического корпуса; начато строительство учебно-лабораторных корпусов на проспекте им. М.Калинина. За этот период подготовлено 25 докторов и 130 кандидатов наук.

В 1967 г. М.Максудов защитил докторскую диссертацию о гомотрансплантации зубных зачатков (издана в 1970 г. в виде

СССР, ему присвоены почётные звания заслуженного врача и заслуженного деятеля науки Дагестанской АССР и РСФСР. Республиканская стоматологическая поликлиника по праву носит имя М.Максудова.

У него был свой, неписаный, но строго соблюдаемый кодекс поведения и взаимоотношений с людьми, сформированный из сложного переплетения извечных человеческих, а может быть, и религиозных ценностей, горского этикета и личного опыта. А результатом этого кодекса стали безупречная логика, железная дисциплина, весомое слово и твёрдая воля.

Он ценил в людях честность и преданность. Был строгим и требовательным, но никогда не повышал голос. Подлость обязательно наказывал, а чистосердечно раскаявшихся великодушно прощал. Любил часто повторять: «При неясности ситуации решайте вопрос в пользу студента».

Профессор Максудов внёс огромный вклад в развитие и совершенствование здравоохранения и стоматологической службы в Дагестане и, по сути, является одним из её основоположников.

Магомед Магомедович ушёл из жизни 31 декабря 1993 г., но время не властно над памятью о талантливом хирурге и настоящем человеке. И сегодня мы, ученики и последователи М.Максудова, стараемся продолжать его дело и вносить посильный вклад в развитие системы здравоохранения в Дагестане.

Висампаша ХАНАЛИЕВ, и.о. ректора, доктор медицинских наук, профессор. Тагир АБАКАРОВ, декан стоматологического факультета, кандидат медицинских наук, доцент. Дагестанский государственный

медицинский университет.

Рядом с нами —

Не через шестое рукопожатие, а через каждого второго ребёнка, рождённого в столице Югры, знают жители Ханты-Мансийска замечательного доктора и почётного жителя города Алексея Кузовникова.

Более 35 лет Алексей Михеевич проработал в Ханты-Мансийске, пройдя трудовой путь от фельдшера до заведующего родильным отделением окружной клинической больницы. В этом году ему, труженику тыла, исполнилось 92 года.

Несмотря на то, что зрение ослабло, он продолжает играть в шахматы с друзьями-гроссмейстерами. А в прошлом году стал победителем спартакиады города в соревнованиях по плаванию. Радуется хорошей беседе, с удовольствием вспоминает свою трудовую деятельность. С нежностью рассказывает об ушедшей уже из жизни супруге Валентине Ивановне, с которой они прожили 67 лет в любви и согласии.

Военное детство

«Я родился 29 июля 1931 г. в селе Осиновка Октябрьского района Тюменской области в семье репрессированного Кузовникова Михея Кузьмича и Татьяны Григорьевны. Это было на второй год после того, как они приеха-

Быть на своём месте

Ветерану ОКБ Ханты-Мансийска – 92 года!

ли из Арамашево Алапаевского района Свердловской области. Весь род Кузовниковых сослали. И высадили в лютую зиму в 22 км от ближайшего посёлка. В тяжёлое время жили, землянки рыли. С репрессированными обращались жёстко. Чуть что – расстреливали», – вспоминает врач своё нелёгкое детство.

Через некоторое время ссыльные сумели построить добротные дома, завели скотину, ловили рыбу.

В память особенно врезалось наводнение 1941 г.

«Мне было уже 10 лет, и я всё хорошо помню. Множество колхозных полей было засеяно рожью, овсом и пшеницей, у всех огороды были, картофель свой. Река Обь начала повышаться, ночью по логу бурно пошла вода, всё затопило. Война началась, а у нас ничего нет. Скотину передали в те колхозы, которые не затопило. Вода стояла до сентября. В то время я учился в третьем классе, и нам давали по два куска хлеба по 200 г, а колхозникам – по 600».

Отец и мать Алексея в войну



работали в рыбартели. Отца как бригадира рыбаков на фронт не взяли. Рыбу ловили на деревянной вёсельной лодке.

Черви - тоже деньги

Четыре класса Алексей окончил в Осиновке, потом ходил в школу посёлка Камень. Чтобы выжить, пришлось мальчишке тоже зарабатывать на хлеб.

«Рыбы в Оби полно, а снастей не было. Это сейчас у меня одного крючков, сетей столько, что я мог бы в то время всю деревню обеспечить рыбой, а тогда — наоборот, — вспоминает долгожитель. — Крючки не продавались, их делал кузнец. Он мне 20 крючков сделает, а я ему потом рыбу принесу. Рыбу можно было сдавать, и за неё давали муку. Поэтому мы все рыбачили. Ещё мы копали червей. Червей было полно, колхоз их принимал. Но главное: мы в военные годы не переставали учиться в школе».

Он и сейчас заядлый рыбак. Говорит, что знает одно тайное место, где всегда есть язь, карась и окунь. После войны юноша поступил в фельдшерско-акушерскую школу в Ханты-Мансийске, потом и в Омский медицинский институт. В жизни приходилось преодолевать множество трудностей, но всегда на помощь приходили добрые люди.

После института гинеколог Кузовников работал в Каменном, Урманном, Октябрьском и Ханты-

Материнская благодарность

За трудовые успехи Алексей Михеевич неоднократно награждался медалями и орденами, почётными грамотами.

Решением думы Ханты-Мансийска в 2018 г. за многолетний добросовестный труд, высокий профессионализм, личный вклад в дело охраны женского здоровья и здоровья новорождённых жителей города ему присвоено звание «Почётный житель города Ханты-Мансийска». Но главной наградой он считает материнскую благодарность.

«Сколько лет прошло, а нет-нет да и случается, что какая-нибудь женщина спросит: «А вы случайно не Кузовников?». Отвечаю: «Да». Тогда она рассказывает, что я принимал у неё роды, благодарит, - говорит Алексей Михеевич. - Приятно, что люди меня хорошим словом поминают. На мой взгляд, главное счастье в жизни человека - быть на своём месте, заниматься любимой работой. Я благодарен судьбе за то, что она подарила мне это счастье и возможность видеть самую большую радость - радость материнства».

Елена КАРМАНОВА.

Ханты-Мансийск.

Фирменным поездом из Воронежа Сергею передали со знакомым проводником бандерольку. Дурацкие столичные пробки его немного подзадержали, поэтому на вокзале он появился с некоторым опозданием.

Перрон покинули уже почти все пассажиры и встречающие, но состав, на его счастье, ещё не отогнали в отстойник. Он бежал к нужному вагону и невольно обратил внимание на девушку с большим чемоданом на колёсиках. Стоя на платформе, она тыкала в кнопки мобильника, лицо её было напряжённым и озабоченным.

Нужный вагон оказался почти в хвосте поезда. Получив свёрток, не спеша, чтобы восстановить дыхание, направился к зданию вокзала.

Девушка стояла на прежнем месте, вид был растерянный.

- Привет! Что, встречающие запаздывают? - поинтересовался Сергей.
- Здравствуйте, откликнулась девушка. - Если бы так! Не отвечают почему-то на звонки. Не знаю, что и думать.
- Не переживайте. Как шутил юморист, кажется, Мишин – связь у нас прекрасная: отличная слышимость в зоне прямой видимости. Попробуйте позвонить ещё, может, застряли в пробке или в проблемную спутниковую зону попали. Мало ли...
- Батарея, как назло, похоже, сдохла. Я из поезда целый час им названивала, пока подъезжали.
- Что ж за модель телефона у вас такая? За час заряд сожрать...
- Да я ещё ночью в интернете долго просидела, перед Москвой кинулась, зарядку дома забыла, оказывается. Курица!
- Самокритично. Редкая для «диффчонок» черта. Ладно, попробуйте с моего. Называйте номер.
- «Телефон абонента выключен или находится вне зоны действия сети», - отозвалась трубка на вызов.
- А полчаса назад гудки проходили... - совсем расстроилась девушка.
- Да-а... Проблемка. Хотите, до такси доведу? В метро, да по ступенькам, с таким чемоданом намучаешься.
- Ой, что вы, спасибо, не надо! К дежурному по вокзалу обращусь. может, зарядка у них найдётся подходящая. Или по проводному телефону дадут позвонить. Вдруг дядя, как вы говорите, действительно в зоне неустойчивой связи где-нибудь в пробке застрял.
- А почему всё-таки не на такси? А ну как дядя ваш тюкнулся с кемнибудь, протокол оформляет..
- Ой, что вы говорите!
- Да не волнуйтесь вы так. В нынешнем столичном трафике 90% ДТП - это вмятины и царапины - мечты жестяншиков. Но пока формальности на месте утрясёшь... И сколько вам тогда на вокзале ждать? Как опять-таки говорят юмористы, в третий раз повторяю - почему не на такси?
 - Спасибо, я подумаю...
 - А-а... Финансы поют романсы?
- Да нет... Спасибо, пойду я... - Вот теперь точно догадался! Наслышаны о беспределе таксистов-гастарбайтеров и их агрегаторов? И правильно боитесь! С вашими внешними данными я тоже поостерёгся бы...
- Спасибо за комплимент, пойду...

Идеалист

Отрывок из одноимённой книги



– Постойте! Далеко ехать-то? Если по пути, могу подбросить...

Предложение сделал от души. Уж больно хороша была девчонка. Лицом и фигурой - модель, ни к чему не придерёшься. В его вкусе. Было другое бесспорное достоинство - натуральность красоты. Только глаза чуть-чуть подведены. Сама свежесть и взгляд открыт. А ведь ночь в поезде никого не

- Спасибо, но я, наверное, пойду, - взялась она за ручку чемодана.
- Да погодите же вы! стал он перед ней. - Не связываться с незнакомыми мужчинами - похвально в наше время. Но меня можно не опасаться, вот честное пионерское!
- С чего бы это вдруг?
- Потому что я полицейский. Вот моё удостоверение, раз на то пошло, - Сергей развернул красные «корочки».
- Старший лейтенант полиции... Круглов Сергей Иванович. Оперуполномоченный... - прочитала она вслух, рассмотрела фотографию. - А в форме вы интереснее. Ну, не знаю...
- Далеко ехать-то?
- В область. В Люберцы. Далеко, наверное.
- Тоже мне область! С одной стороны перекрёстка - Москва, с другой область. Повезло вам, мне почти туда же. – отобрал он у неё ручку чемодана. - Я - Сергей, как вы уже выяснили...
- Лена...

Добрались до платной стоянки, подошли к аккуратному, но почти раритетному жигулёнку, модели «копейка».

- Ой! непроизвольно вырвалось у Елены.
- Вот наш верный Росинант, представил машину Сергей. - Что в переводе с испанского, кажется.

старая кляча. Или что-то вроде. У Сервантеса надо будет уточнить. Не гарцует, но бегает пока.

Загрузили в багажник чемодан, поехали. Лена, как оказалось, поступила в медицинский университет. Жить будет, пока не получит место в общежитии, у родственников. Обещали встретить, да неувязка, как видите, вышла.

Скажите, Сергей, а вот если бы на моём месте какая-нибудь бабушка оказалась, вы бы также галантно себя повели?

- Бабушка?
- Бабушка.
- Честно? - Разумеется.
- Нет. Если бы бабушка, то нет. Мимо бы прошёл. Бабушка у меня уже есть. Даже две, дай бог им долгих лет. А вот такая красивая девчонка первый раз в жизни встретилась.
- Ой, хватит гнать-то... Это в Москве-то?
- А что Москва? Как говаривал актёр Абдулов, помните такого?..
- Конечно. Из «Обыкновенного
- Ну да. Так вот, ему в одном интервью, в пору, когда он между двумя законными браками холостяковал, вопрос провокационный задали. Дескать, что это вы, Александр, такой завидный во всех отношениях жених, а всё один да один. Знаете, - ответил он, - найти с кем спать лечь - не проблема. Проснуться не с кем.
- Ой! А что это мы такое проезжаем? Там вон, справа, - перевела она стрелки со скользкои темы.

Где-то на полпути, наконец, обратила внимание на наклейку на ветровом стекле: силуэт человека в кресле-каталке. Обернулась, на противоположном стекле, в правом нижнем углу была такая же.

 А кто инвалид? – спросила, постучав пальчиком по картинке.

- Как это кто? Я, конечно.
- То есть?.. Руки, ноги, смотрю, на месте...
- А голова. Ведь инвалидность не только за руки с ногами или их отсутствие дают.
- Не поняла.
- Инвалидность из-за головы получена. Бессрочная. Шизофрению припаяли. Сегодня, правда, ремиссия. Отпустило. А то вчера скорую пришлось вызывать, насилу от подоконника отодрали. С третьего раза. Хотел в облаке полетать. Спасибо, вовремя приехали. Но вы не волнуйтесь, не так чтобы часто это у меня... - рассказывал Сергей.

Старался сохранить серьёзный вид, наблюдая краем глаза, как Елена непроизвольно притиснулась к своей двери.

Внимательно на него смотрела пару минут, потом неуверенно засмеялась:

- Я догадалась. Прикалываетесь? В полицию шизиков не берут. Да и права водительские не дают.
- Это действительно беда. Своему лечащему врачу в психдиспансере сколько раз деньги предлагал. Хорошие. Даже очень. Чтобы карту мою медицинскую сжёг, и ФИО моё из чёрных компьютерных списков удалил. Не соглашается, «подлый трус». Телевизора, небось, насмотрелся, борцы с коррупцией в каждом углу мерешатся. Приходится против закона идти, без прав «бомбить», на удачу.

Сил хранить серьезность почти не оставалось. Елена по инерции ещё улыбалась.

- А ну, как остановят?
- А ксива на что! Ворон ворону глаз не выклюет. Если не нарушаешь внаглую, и не пьяный. Мы с тобой одной крови, брат! Ни разу до проверки прав ещё не доходило.

- Ага! Вот я вас и поймала! Ксива, как вы её называете, насколько я понимаю, настоящая. С печатью. Разводите меня, да? Как деревенскую дурочку...
- А что ксива? Хотите, остановимся и в газетном киоске вам такую же купим. Портрет в форме в любом ателье отфотошопят за пару минут, недорого. Печать подороже чуть выйдет, но по деньгам. Должность только самому придумывать приходится. Ну, и звание, само собой. Главное, в двадцать лет себя в генералы не произвести ненароком. И министром МВД не назначить. Тут реально придраться могут...

Елена совсем было вжалась в дверь. Наконец Сергей не выдержал. Расхохотался.

- Лена! Ну нельзя же быть такой легковерной. Шучу я. Люблю поприкалываться, тут вы угадали. Вот, взгляните, права мои, не поддельные. Ксива тоже настоящая.
- А это как же? кивнула она на картинку с инвалидной коляской.
- Дедова машина. Моя на ТО, вот и взял на денёк взаймы. Доверенность на меня в бардачке лежит, можете глянуть. В полисе ОСАГО моя фамилия тоже вписана. Всё, как надо. Ну, мир?

Остаток пути проболтали, перешли на «ты», обменялись номерами телефонов, договорились в субботу сходить в кино.

– Ленусик! Господи! Как я волновалась! Умница, что догадалась такси взять, - причитала её тётка, когда Сергей дотащил чемодан на пятый этаж хрущёвки. - Николай Петрович за тобой ехать собрался, тут звонок от председателя правления, в дачном кооперативе пожар. За три дома от нашего. Помчался. Ветер-то нынче какой. Я извелась вся, что там, как... И телефон мой Вовка в ванне утопил, ещё вчера. На водостойкость проверял, так и дала бы! Экспериментатор! Денег на такси хватило? Слава богу, хоть один камень с души!..

На работу Сергей ехал в приподнятом настроении. Классная девчонка. Не чета столичным куклам. Таких настоящих теперь только в провинции делают. Вовка оказался малолеткой-племянником. Пока всё складывается. Договорились, что он за ней перед походом в синематограф заедет. Сергей с удовольствием стал обдумывать сценарий будущей встречи...

В субботу купил пять дорогущих роз с ярко-красными, пламенеющими лепестками. Сочинил дарственную речь. Оригинальную, не трафаретную. Наповал сразит, не сомневался. Женщины, с незапамятных времён известно, любят ушами. Начинают, по крайней мере. А раз так, хорошо быть при таких раскладах пацаном образованным и начитанным. И не застенчивым заикой. Если рассчитываешь стать в будущем зайкой.

Елена ждала нарядно одетой. Дверь открыла сама.

Привет! – Сергей протянул букет. - Как говорил великий Петрарка, тот, кто способен словами выразить, как он пылает, - охвачен слабым огнём. Поэтому пусть за меня всё скажут эти розы.

В яблочко!

Юрий КУБАНИН. психиатр-нарколог, психотерапевт.

Новосибирск.

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

Материалы, помеченные значком \square , публикуются на правах рекламы За достоверность рекламы ответственность несёт рекламодатель. Мнение редакции может не совпадать с точкой зрения авторов. Редакция имеет право публиковать присланные в свой адрес материалы. Факт пересылки означает согласие автора на передачу редакции прав на публикацию и получение соответствующего гонорара.

Главный редактор А.ПАПЫРИН.

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

Дежурный член редколлегии – В.ЕВЛАНОВА

Справки по тел.: 8 (495) 608-86-95. Рекламная служба: 8 (495) 608-85-44. Отдел изданий и распространения: 8-916-271-08-13.

Адрес редакции, издателя: 129110, Москва, ул. Гиляровского, 68, стр. 1. E-mail: mqqazeta@mqzt.ru (редакция); rekmedic@mqzt.ru (рекламная служба); inform@mqzt.ru (отдел информации); mg.podpiska@mail.ru (отдел изданий и распространения);

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

БИК 044525225 ПАО Сбербанк г. Москва

Отпечатано в ОАО «Московская Адрес: 123022, Москва, ул. 1905 года, д. 7, стр.

Заказ № 3039 Тираж 14 009 экз. Распространяется по подписке в Российской Федераци и зарубежных странах



Корреспондентская сеть «МГ»: Брянск (4832) 646673; Новосибирск 89856322525; Омск (906) 9928139; Санкт-Петербург 89062293845; Смоленск (4812) 677286; Ставрополь 89383585309; Реховот, Хайфа (Израиль) (10972) 89492675.

medgazeta72@mail.ru (электронная подписка); www.mgzt.ru