

В 2023 г. системе обязательного медицинского страхования исполняется 30 лет.

Стр. 4-5

Пациенты с атопическим дерматитом ждут эффективной помощи.

Стр. 6

Клиницисты на практике оценивают то, что предлагают теоретики.

Стр. 10

## Ориентиры

# Современная практика не стоит на месте

## Центр ядерной медицины открыт в Омске



**Новый центр располагается на территории городской больницы № 1. Открытие центра позволит вывести диагностику онкозаболеваний на принципиально новый уровень, выявлять злокачественные новообразования на ранних стадиях и выбирать эффективную тактику лечения.**

Как сообщили в региональном Минздраве, теперь омичи смогут проходить диагностическое обследование самым современным и точным методом позитронно-эмиссионной томографии. Лечение и обследования проводятся в рамках ОМС. Ежемесячно около 130 омичей (примерно 2 тыс. в год) вынуждены были ездить в соседние регионы, чтобы пройти такое обследование.

Масштабный медицинский проект реализован совместно с группой компаний «МедИнвестГрупп» – инвестором создания центра ядерной медицины по диагностике онкологии. Центр позитронно-эмиссионной томографии оснащён новейшим оборудованием мирового класса, его мощность – от 5 тыс. исследований в год.

– У нас применяется гибридная методика ПЭТ/КТ. В ПЭТовской части у нас стоит аппарат, который содержит четыре кольца детекторов,

что означает уменьшение лучевой нагрузки на пациента и уменьшение времени проводимого исследования, – рассказал вице-президент группы компаний «МедИнвестГрупп» Павел Головин. – Мы каждый день будем привозить специальный препарат в Омск на самолёте, так как производственная база находится в Новосибирске и Москве. То есть один циклотрон варит фтордезоксиглюкозу на 10 центров, и потом это всё развозится. Мы используем ультракороткоживущий радиофармпрепарат фтордезоксиглюкоза. У него период полураспада – 109,8 минут. Это означает, что ровно через 109 минут количество препарата уменьшается в два раза.

Как подчеркнул губернатор области Александр Бурков, онкологические заболевания остаются одной из главных причин смертности в России, и борьба с ними – приоритет системы здравоохранения. По Национальному проекту «Здравоохранение» в регионе за 4 года для онкологической службы приобретено около 300 единиц медицинского оборудования. В это направление наряду с бюджетными средствами привлекаются и частные инвестиции.

Руководитель области отметил, что в совместных с компанией планах на перспективу есть проекты, направленные на реконструкцию он-

кологического центра, расширение поликлиники и развитие коечного фонда именно для радиологического лечения.

– Нельзя останавливаться на достигнутом, надо и дальше оснащать центр современным оборудованием, а, самое главное, готовить специалистов. Даже для этого центра приходилось переучивать людей, ведь такого уровня подготовки кадров именно в ядерной медицине у нас не было. Здесь Омский государственный медицинский университет, конечно, включается в процесс. И в рамках соглашения между вузом и «МедИнвестГрупп» есть программа дальнейшей совместной подготовки кадров для онкологических центров ядерной медицины не только Омска, но и других регионов, – пояснил А.Бурков.

С появлением центра оказание медицинской помощи серьёзно расширилось: врачи смогут вовремя диагностировать заболевание тысячам пациентов с онкопатологией и проводить мониторинг результативности лечения.

Татьяна БЕРЕЗОВСКАЯ,  
соб. корр. «МГ».

Омск.

Фото автора.

## Однако

# В целом «за», но есть вопросы

**Комитет Госдумы по охране здоровья обсудил проект федерального бюджета на 2023-2025 гг. В разговоре принимал участие министр здравоохранения РФ Михаил Мурашко.**

В целом депутаты поддержали проект главного финансового документа страны и рекомендовали его к рассмотрению Думой в первом чтении. Нельзя сказать, что доля расходов на здравоохранение в структуре отечественного внутреннего валового продукта заметно вырастет: согласно проекту бюджета, совокупные государственные расходы на здравоохранение в 2023 г. составят 6,17 трлн руб. или 4,1% от ВВП (сравним: в США расходы на медицину составляют 16,9% ВВП, в Германии – 11,2%, в Японии – 10,9%, в Израиле – 7,4%).

Однозначно позитивно парламентарии восприняли тот факт, что в федеральном бюджете предусмотрены средства на индексацию зарплат медицинских работников в течение ближайших 3 лет: на 8,7, затем на 7,7 и на 7%. При этом глава Минздрава сообщил, что пилотный проект по отраслевым системам оплаты труда медиков завершён, и переход на новую систему оплаты труда планируется в 2025 г.

Направлением «главного бюджетного удара» вновь станет первичное звено здравоохранения. Со следующего года «улучшение» первички будет финансироваться в рамках двух федеральных проектов: «Развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи» и «Модернизация первичного звена здравоохранения». Второй предполагает продолжение

строительства, капремонт, технологическое обновление ФАПов и врачебных амбулаторий, закупку мобильных комплексов, санитарного транспорта.

– Всего в период с 2023 по 2025 г. будет построено и отремонтировано более 8 тыс. объектов регионального здравоохранения. Это самая большая цифра за весь период, – подчеркнул М.Мурашко.

Важно, что почти вдвое увеличатся расходы государства на оказание медицинской помощи детям с тяжёлыми жизнеугрожающими заболеваниями, в том числе орфанными. В 2023 г. расходы государства на это направление вырастут до 144 млрд руб. с 78,5 млрд в 2022 г.

Немалую сумму – 35 млрд – планируется направить на борьбу с сахарным диабетом. Причём это дополнительные доходы, которые в следующем году федеральный бюджет намерен получить от введения акцизов на сахаросодержащие газированные напитки.

В общем депутаты поддержали проект бюджета, однако есть ряд неясностей, которые требуют разъяснений. Так, парламентарии хотят выяснить, почему Минздрав России решил сократить объём средств, выделяемых на строительство и реконструкцию детских больниц. Также требует детализации план расходов на лекарственные препараты для ВИЧ-инфицированных, больных гепатитом С и взрослых пациентов с орфанными заболеваниями. Ответы на эти вопросы комитет намерен получить в период подготовки законопроекта о бюджете ко второму чтению.

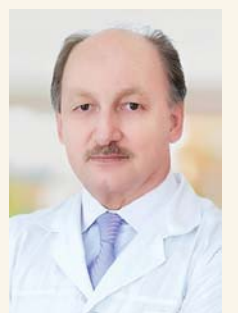
Елена БУШ,  
обозреватель «МГ».

## АВТОРИТЕТНОЕ МНЕНИЕ

### Анатолий ЮДАНОВ

**Главный хирург Сибирского федерального округа, главный врач Новосибирской областной клинической больницы:**

*Были ли попытки отстранить нас от оказания онкопомощи? Были. Там, где возобладал здравый смысл, удалось найти консенсус между онкослужбой и многопрофильными стационарами.*



Стр. 7

## Новости

Первая памятная доска  
великому кардиологу

На фасаде здания Нижегородского государственного лингвистического университета им. Н.А.Добролюбова торжественно открыта первая в России памятная доска в честь выдающегося кардиолога академика РАН Евгения Чазова, сообщили в Национальном медицинском исследовательском центре кардиологии, носящем сейчас имя учёного.

Е.Чазов родился в 1929 г. в Нижнем Новгороде. Здесь в довоенные годы будущий академик учился в школе № 13 – ныне это здание 2-го корпуса Нижегородского государственного лингвистического университета.

«Нижний Новгород с особой гордостью чтит память великого учёного, мастера, доктора и академика. Его имя уже стало нарицательным: чазовская медицина, чазовская клиника, чазовские подходы, чазовский интеллект... Особенно приятно то, что мы стали современниками этого замечательного человека. Он не только вписал своё имя в историю отечественного здравоохранения, создал пространство, где сегодня оказывается медицинская помощь тысячам граждан нашей страны, но и научил медиков тому, как оказывать эту помощь. Его стандарты и подходы сегодня всё активнее используются в медицинской практике», – сказал заместитель губернатора области, министр здравоохранения региона Давид Мелик-Гусейнов, выступая на торжественной церемонии открытия мемориала.

По словам заместителя генерального директора НМИЦ кардиологии им. Е.И.Чазова члена-корреспондента РАН Филиппа Палеева, каждый день около 20 тыс. человек во всём мире проходят лечение, которое включает в себя принципы и подходы, разработанные известным врачом. Он также отметил, что открытие мемориальной доски в Нижнем Новгороде – символично. «В этом городе Евгений Иванович родился и провёл первые 12 лет своей жизни. Это здание – место, где был заложен фундамент его жизни и личности», – сказал профессор.

Торжественная церемония завершилась возложением цветов к мемориалу.

Фёдор СМЕРНОВ.

Нижний Новгород.

## Жизненно необходимый компонент

На минувшей неделе в Херсоне началось строительство кислородной станции при инфекционной больнице. Минздрав области для этого подготовил весь необходимый пакет документов согласно законодательным требованиям РФ, а областная администрация выделила средства.

«Медицинский кислород – жизненно необходимый компонент для поддержания больных с затруднённой дыхательной системой и, в частности, при коронавирусе. В современных больницах Российской Федерации есть свои кислородные станции. Мы, как субъект великой державы, тоже переходим на эти стандарты», – заявил министр здравоохранения области Вадим Ильмиев.

Он добавил, что в ближайшее время начнётся строительство ещё двух кислородных станций: при областной детской клинической и областной клинической больницах. Все необходимые документы для этого уже разработаны.

Юрий ДАНИЛОВ.

Херсонская область.

Препарат, купирующий  
цитокиновый шторм

Минздрав России зарегистрировал новый препарат «Амбервин Пульмо». Он препятствует образованию в лёгких и поступлению в кровоток цитокинов, в том числе провоцирующих тяжёлое осложнение COVID-19 – цитокиновый шторм.

Согласно инструкции, лекарство назначается при среднем и тяжёлом течении болезни в составе комплексной терапии и может применяться в виде инъекций и ингаляций. В настоящее время препарат разрешён для применения у взрослых старше 18 лет.

Информация об этом появилась в государственном реестре лекарственных средств. Первая фаза испытаний препарата закончилась в сентябре 2021 г. Третью фазу испытаний планируют завершить в конце 2022 г.

Анатолий ПЕТРЕНКО.

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

## Акценты

Учёные-медики  
помогают раненым

Академик-секретарь Отделения медицинских наук РАН Владимир Стародубов пригласил коллег-учёных всех профилей принять участие в формировании благотворительного фонда для оказания медицинской помощи раненым российским военнослужащим. Он сделал такое объявление на первом заседании вновь избранного состава президиума Российской академии наук.

– В нашем отделении уже объявлен сбор средств в фонд, который создан при Военно-медицинской академии в Санкт-Петербурге. Речь идёт о лечении пациентов с наиболее тяжёлыми травмами, когда необходимы особые изделия медицинского назначения и особые лекарства, – пояснил В.Стародубов.

За первую неделю учёные и сотрудники Отделения медицинских наук РАН собрали более 10 млн руб. В.Стародубов сообщил, что вся необходимая информация – название, юридический адрес фонда и номер его счёта – будет в ближайшие дни разослана академиком-секретарям всех отделений академии. Таким образом, присоединиться к благому делу смогут все желающие научные работники страны.

Елена СИБИРЦЕВА.



## Благотворительный фонд «СТАРОРУССКАЯ 12»

ИНН: 7842203558  
КПП: 784201001  
Расчётный счёт: 40703810590480000090  
Банк: ПАО «БАНК «САНКТ-ПЕТЕРБУРГ»  
БИК: 044030790  
Кор. счёт: 30101810900000000790

Назначение платежа: **Благотворительная помощь военнослужащим, принимавшим участие в специальной военной операции и получившим ранения**

## Инициатива

## Пять миллионов на стартапы



Казанский государственный медицинский университет вошёл в число победителей конкурсного отбора вузов по реализации акселерационных программ, направленных на создание студенческих стартап-команд, обучение навыкам технологического предпринимательства и проверке этих навыков на практике.

Размер гранта составил 5 млн руб. Конкурс проводился в рамках реализации Федерального проекта «Платформа университетского тех-

нологического предпринимательства» при поддержке Минобрнауки России.

Акселерационная программа вуза «Казанский медицинский стартап» началась 10 октября и продлится до 15 декабря текущего года. Она направлена на поиск, отбор и поддержку студенческих и молодёжных технологических инновационных проектов, потенциально подходящих для внедрения в практическую медицинскую деятельность. Это возможность для студентов, аспирантов и молодых учёных полу-

чить практический опыт доведения собственной идеи до полноценного продукта. Участие в акселерационной программе для всех желающих бесплатное. Программа состоит из целого ряда активностей: лекций, воркшопов, работы участников проектов с персональными трекерами, встреч с менторами и экспертами в сфере технологического предпринимательства.

– Мы очень рады, что акселерационная программа нашего университета получила поддержку в рамках федерального проекта, – сказал ректор университета Алексей Созин. Её реализация под руководством опытных менторов, трекеров и экспертов позволит повысить качество подготовки проектов, увеличить количество студенческих стартапов, даст возможность сформировать основные навыки технологического предпринимательства воплощения научной идеи вплоть до конечного продукта.

Тимофей КОЗЛОВ,  
корр. «МГ».

Казань.

## Профилактика

Согласно исследованиям, около 2 млрд человек в мире страдают от нарушений и болезней опорно-двигательного аппарата. При этом более 30% жителей планеты испытывают хронические боли в поясничном и шейном отделах позвоночника.

Специалисты, объединившиеся 75 лет назад под эгидой Международной федерации подиатров (FIP), считают, что одной из причин этих и других патологий являются проблемы со стопами.

«Заболевания и деформации стоп – фундамента человеческого

## Всё начинается с ног

тела – приводят к постепенному разрушению всего организма, – говорит исполнительный директор Ассоциации медицинских центров и врачей «Лига подиатрии» Ольга Чижевская. – Любые деформации в стопах способствуют сбоям, так как неоптимальный двигательный паттерн вовлекает в работу дополнительные группы мышц, в результате чего страдает вся скелетно-мышечная система, нарушается биомеханика.

Во Всемирный день подиатрии в 2022 г. главной темой обсуждения в научном сообществе стал раздел медицины, занимающийся изучением равновесия человеческого тела в пространстве (способов и механизмов его удержания) – постурология. По мнению специалистов, возможность комплексного изучения таких функций организма, как поддержание равновесия, сохранение баланса и координации, позволит по-новому взгля-

нуть на типичные заболевания опорно-двигательного аппарата и существенно повысить качество диагностики и эффективность лечения функциональных нарушений.

Постурология – направление, которое в нашей стране приобретает всё большее значение, как в области научного исследования двигательных патологий, так и в сфере клинического наблюдения различных групп пациентов не

только с заболеваниями ортопедического или неврологического профиля, но и с нарушением функции глаза или височно-нижнечелюстного сустава. Не случайно этот междисциплинарный вопрос будет освещаться на предстоящей IX Международной научно-практической конференции «FOOTFORUM-2022», для участия в которой уже зарегистрировалось более 700 российских врачей.

Алёна ЖУКОВА,  
корр. «МГ».

Москва.

Идеи

# Подготовить ментальные списки

Комитет Государственной Думы РФ по охране здоровья прорабатывает инициативу создания федерального регистра лиц, прошедших принудительное психиатрическое лечение и находящихся под диспансерным наблюдением.

Об этом сообщил председатель комитета Дмитрий Хубезов. По его словам, предложение поступило после трагедии в школе Ижевска. Как известно, в школу № 88 города утром 26 сентября

ворвался бывший выпускник – 34-летний Артём Казанцев – и застрелил 17 человек, ранив несколько десятков. После он покончил с собой. Выяснилось, что нападавший состоял на учёте с диагнозом «вялотекущая шизофрения».

К данным федерального регистра предлагается допустить ограниченный круг медработников – психиатров и психотерапевтов, а также сотрудников правоохранительных органов и учреждений системы профилактики без-

надзорности и правонарушений несовершеннолетних, сказал Д.Хубезов.

Такой регистр, по его словам, мог бы предотвратить трагедию в школе. «Будь у нас единый регистр лиц, состоящих на психиатрическом учёте, соблюдайся законодательно установленный контроль за их состоянием, поведением, перемещениями, ижевой трагедии могло бы не быть», – заверил депутат.

В Общественной палате РФ уже поднимали вопрос о необ-

ходимости более тесного контакта правоохранительных органов с системой здравоохранения. В правоохранительных органах отсутствует чёткое понимание, что необходимо предпринять в случае, если страдающий психическим расстройством человек может представлять угрозу безопасности. Об этом говорил ещё в 2015 г. тогдашний председатель комиссии Общественной палаты РФ по безопасности Антон Цветков.

Григорий МАТВЕЕВ.

Тенденции

# «Скорые» миллионы

Дирекция единого заказчика Московской области объявила два тендера на закупку автомобилей скорой медицинской помощи (СМП) на общую сумму 670,8 млн руб. Транспортные средства в компоновке класса «В» предназначаются для нужд Московской областной станции скорой медицинской помощи, всего планируется приобрести 88 автомобилей.

Ведомство через два аукциона по 335,4 млн руб. планирует приобрести по 44 автомобиля СМП класса «В». Автомобили должны быть оснащены дефибриллятором, электрокардиографом, аппаратом ИВЛ, пульсоксиметром, экспресс-измерителями концентрации глюкозы, ингаляторами с дыхательной системой, носилками с тележкой-каталкой и комплектами иммобилизации – шинами и спинальным щитом. Кроме того, техника должна быть оснащена укладкой и набором для оказания скорой медицинской помощи, разводкой медицинских газов с баллоном и устройством для обеззараживания воздуха.

Один автомобиль СМП вместе с оборудованием оценён в 7,6 млн руб. Итоги конкурса планируется подвести во второй половине октября 2022 г.

Игорь КОРАБЛЁВ.

Ситуация

# На службе здоровья

Время ожидания пациентами приёма врача по некоторым направлениям сократилось в России до 4 раз. Об этом сообщил министр здравоохранения РФ Михаил Мурашко на XIV Международной научно-практической конференции «Современные инженерные системы. Архитектура здоровья». При этом, по его словам, время работы врача с пациентом выросло вдвое.

«Одним из ключевых способов обеспечения пациентоцентричности в России глава Минздрава назвал индустриальный подход в организации медицинской помощи. В этом случае на повышение доступности, качества и эффективности медицинской помощи направлены архитектура медучреждения, оформление, цветовая схема, форма персонала, логика работы», – пояснил М.Мурашко. Он напомнил, что Минздрав России совместно с АНО «Национальные проекты» разработал единый визуальный образ объекта первичного звена здравоохранения в регионах. Ожидается, что новый бренд «Служба здоровья» поможет создать комфортную и дружелюбную среду для пациентов и благоприятные условия для работы сотрудников.

В проведённом в июне исследовании выяснилось, что существующими лимитами времени на приём пациентов довольны лишь 4% российских врачей. Причём в основном они работают в частных медицинских организациях. Будь у них менее жёсткий норматив, абсолютное большинство специалистов (59,2%) потратили бы дополнительное время на «осмотр и опрос больных», 20% смогли бы «спокойно разобраться с медицинской документацией», около 14% занялись бы самообразованием.

Олег РОМАШОВ.

Перемены

Минобороны России переименовало подведомственный Центральный военный клинический госпиталь (ЦВКГ) им. А.А.Вишневого в Национальный медицинский исследовательский центр высоких медицинских технологий (НМИЦ ВМТ). Госпиталь, где занимаются оказанием наиболее дорогостоящих видов высокотехнологичной медпомощи (ВМП), намерен развивать инновационные методы лечения, основанные на ядерных, лазерных, геномных и клеточных технологиях, однако медучреждение, в отличие от большинства НМИЦ, не имеет ведущего профиля деятельности.

# Наука, технологии и оборудование

Статус НМИЦ ВМТ появился у госпиталя в мае 2022 г., а в сентябре юридическое изменение было зафиксировано в списке федеральных учреждений, оказывающих ВМП вне базовой программы ОМС (ВМП-II). В списке из 37 НМИЦ, которыми заведует Минздрав России, госпиталя пока нет. В самом госпитале переименование считают «закономерным» и в описании организации делают акцент на «научном потенциале».

По словам начальника госпиталя Александра Есипова, присвоение статуса НМИЦ говорит о том, что центр становится «настоящим флагманом не только военной, но и отечественной медицины», а среди ближайших задач – «ши-

рокое использование достижений медицинской науки, высокоэффективных технологий и современного медицинского оборудования». Научные изыскания госпиталя будут направлены на изучение и опробование ядерных, лазерных, геномных, клеточных медицинских технологий.

Основные задачи НМИЦ, кроме непосредственно оказания медпомощи, – проведение телемедицинских консультаций с региональными клиниками, методическая и организационная поддержка по своему профилю медпомощи, оценка качества оказания медпомощи на местах, а также внедрение новых методов лечения.

Леонид ПОЛЯКОВ.

Новые подходы

# Амбулаторное оснащение: московский стандарт

В столичных медучреждениях продолжается масштабное обновление медицинской техники. В рамках программы капремонта по новому стандарту в поликлиники поставили уже более 500 единиц современного оборудования для лучевой и инструментальной диагностики, в том числе 120 единиц тяжёлой, крупногабаритной техники – аппаратов КТ, МРТ, рентген-аппаратов и др. Об этом рассказал Алексей Сапсай, заместитель руководителя Департамента здравоохранения Москвы.

«Два года назад в московских поликлиниках стартовала масштабная программа капитального ремонта по новому стандарту. Она предполагает не только полную модернизацию самих зданий и прилегающих территорий, но и обновление парка медицинской техники. Все поставки осуществляются в соответствии с ранее намеченным планом, в том числе и поставки современного диагностического оборудования: новых рентген-аппаратов, флюорографов, аппаратов КТ и МРТ, денситометров, УЗИ-аппаратов и других», – сообщил А.Сапсай.

Он добавил, что на сегодня в ходе капремонта в поликлиники поставили уже более 500 единиц оборудования для лучевой и инструментальной диагностики, из них более 120 единиц тяжёлого оборудования. В настоящее время реализация программы завершена

на треть, а всего затронет более 200 зданий – почти половину амбулаторного фонда столицы. Важно, что при этом аналоговое медоборудование обязательно заменяется на цифровое, что позволяет интегрировать его в единую сеть и повысить качество диагностики.

Медицинская техника закупается с заранее фиксированными сроками поставки, чтобы оборудование поступило непосредственно к открытию обновлённых зданий. Все головные отделения поликлиник оснащаются аппаратами МРТ, КТ, денситометрами, аппаратами УЗИ экспертного класса, оборудованием для контроля состояния больных с ишемической болезнью сердца, пациентов после инфаркта или операции на сосудах сердца. В филиалах устанавливаются маммографы, рентгеновские аппараты, аппараты УЗИ, ЭКГ и прочее оборудование.

Новый стандарт поликлиник – это единый подход как к внешнему облику зданий и внутренней отделке помещений, так и к функциональному наполнению. В поликлиниках создают зоны комфортного ожидания, буфеты, комнаты отдыха и приёма пищи для персонала, в детских поликлиниках оборудуют игровые зоны для маленьких пациентов. Навигация и соблюдение единых цветовых решений позволяют пациентам легко ориентироваться в здании и упрощают поиск кабинетов необходимых специалистов.

Борис ЕФИМОВ.

Подписка-2023

2023 Подписные Издания

ПОЧТА РОССИИ Газеты Журналы Альманахи Книги

1 полугодие

Официальный каталог Почты России на первое полугодие 2023 года

Все 6000 изданий (полная номенклатура) представлены на сайте [podpiska.pochta.ru](http://podpiska.pochta.ru)

8 800 800 80 80

## Уважаемые читатели!

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

### Подписные издания

- ✓ Официальный каталог «Почта России» на первое полугодие 2023 г.;
- ✓ Электронный каталог «Почта России».

### Подписные индексы:

**ПН016** – на год  
**ПН014** – на месяц.

- ✓ Каталог периодических изданий – газеты и журналы, первое полугодие 2023 г. («Урал-Пресс»).

Юридические лица могут подписаться через отделы подписки региональных почтамтов.

КАТАЛОГ периодических изданий газеты и журналы

1 полугодие 2023 года

30 лет со свободной прессы

Избранные издания для бизнеса

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

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

В следующем году исполняется 30 лет системе обязательного медицинского страхования. Такое медицинское летоисчисление на самом деле условно. Нужно ли реформировать систему ОМС, какие шаги следует дополнительно предпринять, чтобы повысить доступность и качество медицинской помощи? Об этом беседа главного редактора «Медицинской газеты» Алексея ПАПЫРИНА с научным руководителем Центрального научно-исследовательского института организации и информатизации здравоохранения Минздрава России, академиком-секретарём медицинского отделения Российской академии наук Владимиром СТАРОДУБОВЫМ.

— Владимир Иванович, мы уже с вами говорили о том, что вы входили в группу разработчиков действующего закона об ОМС в нашей стране. Почему в период рыночных отношений было принято решение подкрепить финансирование здравоохранения внебюджетными средствами?

— Время летит быстро. Кажется невероятным, но прошло уже 30 лет. Закон был принят в июне 1991 г. Предполагалось, что он вступит в силу с 1 января 1993 г. На деле, в силу различных обстоятельств, его введение отложили на несколько месяцев. Отмечу, что закон разрабатывался в РСФСР. Он был принят 12 июня, то есть ещё до путча. В условиях существования СССР. В Верховный Совет России в те времена входило более 100 врачей, и был очень компетентный и инициативный комитет по охране здоровья. Развивалось и международное сотрудничество. Соответственно было решено использовать опыт медицинского страхования, позволяющего увеличить финансирование лечебных учреждений. В тот период реформирование здравоохранения касалось двух моментов: переход на систему ОМС и внедрение врача общей практики. После долгих дискуссий был принят проект, предполагавший создание страховых компаний. Они должны были рекрутировать взносы и рассчитываться с больницами и поликлиниками за оказанную помощь. Но наступило 1 января 1991 г. Страховых компаний к этой дате появилось не так много, чтобы покрыть всю территорию Российской Федерации. В такой ситуации невозможно было в полной мере задействовать медицинское страхование. Считаю, что оперативно были приняты поправки в закон и образованы федеральный и территориальные фонды ОМС. В результате закон заработал только в начале 1993 г. Новая модель была предложена лечебным учреждениям после запуска фондов.

— Кто возглавлял группу экспертов по разработке нового закона об ОМС?

— Группу разработчиков закона возглавлял Артур Александрович Аксалонов, председатель Комитета по охране здоровья Государственной Думы. До избрания депутатом он руководил здравоохранением Алтайского края. В группу входили представители Минздрава России, их работу координировал я. Минфин также направил специалистов. Их возглавлял Владимир Гришин. От института им. Н.А.Семашко в группу входил Владимир Семёнов. От ЦНИИОИЗ были директор Юрий Комаров и его заместитель Юлия Михайлова. То есть модель создавалась с учётом мнения как организаторов здравоохранения, клиницистов, депутатов, так и Минздрава, Минфина и ведущих профильных институтов.

Первым председателем ФОМС в 1993 г. был назначен В.Гришин. Под его руководством началась работа над реализацией закона. Ранее он работал в Минфине, но по образованию врач.

ОМС: реальность и перспективы

# Сегодня — нет, завтра — обязательно

— На ваш взгляд, если бы система ОМС была создана без страховых компаний и вертикально интегрированной, возникли бы другие сложности?

— Мне кажется бессмысленно говорить о каких-то изменениях в сослагательном ключе. Поворотным моментом стало рассмотрение Верховным Советом России размера взносов на обязательное медицинское страхование. Парламент являлся учредителем Пенсионного фонда. Деньги, которые были необходимы для функционирования системы ОМС, предполагалось, образно выражаясь, «отщипнуть» от этого внебюджетного фонда. На вопрос спикера Руслана Хасбулатова, сколько вы в состоянии отдать, председатель Пенсионного фонда сказал — 3,6%. По подсчётам представителей Минздрава и Минфина, нужно было 6,6%. Если бы такой процент удалось выделить, то ситуация была бы совершенно иной. Это подтверждает опыт Кемеровской области. В 1992 г. территории имели право сами определять процент отчислений на ОМС региональными законодательными актами. Кемеровская область, которая одной из первых вступила в эксперимент по внедрению системы ОМС, установила 9%. Лечебные учреждения оказались в новых для себя условиях. Но прошёл год, кемеровчане опустили планку до известной всем и традиционной планки, их увеличение финансирования стало стремительно превращаться в плоскость. Это происходило ещё из-за того, что

Каждый субъект РФ устанавливает их размер в зависимости от своих финансовых возможностей. Большинство же территорий имеют ограниченное количество доходов. Закрывать образующиеся прорехи в финансовом обеспечении территориальных фондов ОМС достаточно проблематично. Система ОМС на сегодняшний день не является вертикально интегрированной структурой, в отличие от объединённого фонда социального и пенсионного страхования. Учредителями территориальных фондов являются органы исполнительной власти.

— Не считаете ли вы, что в результате создана в какой-то мере громоздкая система, не опирающаяся на страховые принципы?

— Давайте будем исходить из того, что система ОМС большая, как и наша страна. С каждым годом эффективность её повышается. Лечебные учреждения научились зарабатывать в системе ОМС. Территориальные фонды и страховые компании адаптировались к её требованиям. При этом любая бюрократическая система функционирует адекватно экономической ситуации.

Эксперты обращают внимание на то, что действует двойное передаточное звено. Деньги из фондов поступают в страховые компании. Подобную ситуацию критикуют не первый год. Но в законодательстве прописан именно такой механизм. В какой-то мере это политический вопрос. С одной стороны, из системы ОМС выведены психиатрия, фтизиатрия и наркология



наличия страховых компаний, построения вертикально интегрированной системы имеют под собой основания. Неравенство, которое складывается в наполнении бюджетов ТФОМС, приводит к неравномерности тарифов в разных регионах огромной страны. А дальше это отражается на уровне помощи, зарплатах медицинских работников. Но разве наши соотечественники, которые живут, скажем, в Республике Тыва или Курганской области, имеют другие права на медицинскую помощь, чем москвичи? А именно это и происходит, учитывая серьёзное различие в финансировании здравоохранения. Я выступаю за вертикально интегрированную систему. Ещё один спорный во-

пользы. С ностальгией вспоминают про бюджетную модель как менее затратную. Как вы относитесь к предложениям отказаться от ОМС?

— Думаю, это уже пройденный этап. В капиталистических странах существуют государственные и частные системы здравоохранения. И у каждой аналитики выявляют недостатки и преимущества. Англичане говорят: давайте перейдём на страховую медицину. В России всё в точности до наоборот. Часть наших врачей призывает: давайте вернём бюджетное финансирование. Такие споры будут вечными. Уверен, от ОМС наше государство вряд ли откажется. Более того, на сегодняшний день, считаю, подобные реформы нецелесообразны.

— Но не кажется ли вам, что в свете последних событий дефицит здравоохранения станет экономия и ещё раз экономия. В этой связи затраты на содержание экспертов СМК, выдачу полисов, контроль за прохождением счетов могут оказаться достаточно большими. Удастся ли сэкономить, если модель страхования будет изменена на постатейное финансирование? Или на все перечисленные задачи тратятся ограниченные ресурсы?

— Да, ресурсы на здравоохранение ограниченные. Но перенастройка системы потребует денег. И в то же время не уверен, что мы готовы, условно говоря, работать в условиях медицины военного времени. Пандемия показала, когда возникает угроза для безопасности и стабильности государства, выделяются адекватные средства на оказание медицинской помощи. В результате система ОМС справилась с очень трудной задачей — работы лечебных учреждений в изменённых условиях. Система ОМС активно включилась в работу по перепрофилированию лечебных учреждений, оперативно проводила необходимые процедуры. В результате в напряжённой обстановке резкого роста заболеваемости COVID-19 система здравоохранения работала эффективно. В максимальной напряжённой обстановке. И справилась с поставленными задачами. Но для этого бюджет выделил дополнительные средства. Теперь надо думать, как выводить из аналогичной ситуации, когда волнообразно будут отмечаться подъёмы заболеваемости. Не все врачи и медицинские сёстры получают ковидные надбавки. В такие периоды система ОМС должна будет выделять деньги на дополнительные объёмы медицинской помощи.

— На ваш взгляд, каковы самые болевые точки ОМС?

— На первое место поставил бы всё-таки кадры. Обеспеченность врачами влияет на доступность медицинской помощи в различных регионах. Я уже говорил о разнице финансирования в различных регионах по причине наполняемости бюджетов. Из-за этого страдает доступность медицинской помощи. В бедных регионах найти желающих трудиться врачами в отдалённых районах крайне трудно. Специалистов переманивают богатые территории, предлагая лучшие материальные условия. Понятно, что это естественный процесс. Но он накладывается на тот факт, что в стране не существует распределения. А система целевой подготовки в админи-

*Владимир Стародубов с 1989 по 1994 г. работал начальником управления, заместителем министра здравоохранения Российской Федерации. С 1994 по 1996 г. заведовал кафедрой в Российском государственном медицинском университете им. Н.И.Пирогова, затем вернулся в Министерство здравоохранения в качестве заместителя министра. В 1998 г. назначен министром здравоохранения РФ.*

*С 1999 по 2004 г. — директор Центрального НИИ организации и информатизации здравоохранения, далее 4 года заместитель министров здравоохранения и социального развития РФ — М.Зурабова и Т.Голиковой.*

*Владимир Иванович управлял здравоохранением в 90-е годы, когда наблюдалась самая тяжёлая ситуация с финансированием отрасли. В дни дефолта отвечал за медицину страны. Потом наступил созидательный период — участие в разработке и реализации нацпроекта. Много делалось по снижению детской смертности, внедрению родовых сертификатов, укреплению участковой службы, созданию сети региональных высокотехнологичных центров.*

предполагалось: 3,6% будут выделены дополнительно. Плюс к существовавшим бюджетным средствам. Но если проанализировать долю ВВП на здравоохранение, потихонечку Министерство финансов РФ стало держать цифру затрат на отрасль приблизительно на таком уровне. С колебанием в несколько десятых процентов, хотя заявлялось, что деньги на страхование будут выделены дополнительно. Но, как видите, такой подход правил бал совсем недолго. Несмотря на это и те недостатки, которые, безусловно, присутствовали, система ОМС развивалась. Шаг за шагом превращаясь в основной источник финансирования здравоохранения. На мой взгляд, главный вопрос, который до сих пор до конца не урегулирован — взносы на неработающее население.

(медицинская помощь по этим направлениям оплачивается из бюджета) и не закрылись, как то живут и показывают неплохие результаты. Надо вывести из ОМС и инфекционную патологию. Потому что не нужно стимулировать сокращение невостребованных коек этого профиля, в какой-то момент они могут очень понадобиться...

Надо признать, что в 90-х годах именно обязательное медицинское страхование спасло отрасль от катастрофы. Средств, которыми располагал бюджет, не хватало. Благодаря новой модели врачи получали зарплаты, приобретались, пусть не все, но значительная часть медикаментов. В тот период это было выходом из катастрофического недофинансирования. Но любая система совершенствуется. Не исключение и ОМС. Споры о

*— В 90-е годы денег катастрофически не хватало, — вспоминает В.Стародубов. — Одно из оборонных предприятий — Свердловский оптико-механический завод — предложило сделать кувезы для выхаживания новорождённых. Во время переговоров заводчане утверждали, что смогут сделать аппаратуру, сопоставимую с зарубежной. Но это будет возможно, если заказ будет на целую партию. Директор ФФОМС пошёл навстречу просьбам руководства детских больниц и роддомов. Благодаря этому клиники получили современное оборудование, а младенческая смертность начала потихонечку снижаться. Для меня этот случай был показательным. Как в сложной экономической ситуации мы смогли решить, казалось бы, неподъёмную проблему.*

*Если же директор территориального фонда работает без связи с органами управления здравоохранением, это не личный конфликт, а беда для всего региона. При выборе приоритетов, куда направить средства, нужно совместное решение. Директора фондов зачастую не врачи, а экономисты. Но я не считаю, что плох тот руководитель, который не врач. Главное желание и умение найти правильное решение, в каких-то случаях опереться на коллегиальное решение.*

прос: наличие страховых компаний. Есть сторонники системы со страховыми компаниями, есть противники такой модели. Я сторонник того, что СМК из процесса перечисления средств можно и исключить, но приведёт ли это к экономии средств, надо считать. Всё равно функции страховщика должен кто-то на себя взять. Давайте честно скажем, что если этот раздел работы отойдёт к территориальным фондам, то какая-то экономия, наверное, будет. Но незначительная. Выиграют ли от подобных перемен пациенты, однозначного ответа у меня, по крайней мере, нет...

— О том, что система ОМС будет реформирована, говорили не раз с высоких трибун. Часть организаторов здравоохранения считает, что система ОМС не приносит ожидаемой

стративном плане недостаточно настроена. Я, как говорится, человек старой закваски и вернул бы распределение, которое было узаконено в Советском Союзе. Удержать молодого специалиста в районах с низкой плотностью населения, опираясь на договорные отношения, крайне трудно. Хотя бытует и другой подход: платите повышенную заработную плату и все проблемы будут решены. Но экономические реалии приводят к тому, что воз и ныне там.

На вторую строчку поставил бы доступность медицинской помощи. Связано это с тем, что Россия – уникальная. Нет ни одной такой страны, где имеются настолько разнообразные условия. В центральной части создана развитая инфраструктура охраны здоровья. Больного привезут в лечебное учреждение или врач до него сам доедет. Но возьмите Якутию, Красноярский край, Дальний Восток – расстояния между сёлами по 200–300 км. А когда такие огромные расстояния и отсутствуют дороги, выстроить единую и эффективную систему крайне сложно.

На третью строчку следует поставить состояние материально-технической базы. Мы перестали отслеживать её в достаточной мере. Хотим мы того или нет, но должно осуществляться плановое распределение ресурсов, обновление оборудования в зависимости от действующих больниц, поликлиник, врачебных амбулаторий, ФАПов. И процесс должен идти планомерно. Государство знает, какие лечебные учреждения действуют на каждой территории, сколько им лет, когда наступит время их ремонтировать, когда подходит срок материально-технического переоснащения.

– Некоторое время назад эксперты предлагали изменить принцип организации территориальных фондов ОМС, чтобы они подчинялись не только региональным властям, но и Федеральному фонду. Как вы относитесь к этой идее?

– Минздрав согласовывает кандидатуры региональных министров. Но согласование – это одно. Начальник, принимающий решение об увольнении и назначении, всё равно находится в регионе... Если директор территориального фонда будет проводить политику, которая не устроит руководство администрации, его уволят и назначат нового. Соответственно о вертикали власти речи не идёт. Какая повестка будет в приоритете у региональной власти, такую политику будет осуществлять и фонд. Тем более, с учётом сменяемости руководителей здравоохранения, которая существует, проблематично говорить об осмысленной кадровой политике. Они работают по году-полтора и только начинают понимать системные вещи, а через 2–3 года их уже снимают. В такой ситуации трудно с кого-то спрашивать. Год продержаться, два просидеть...

– Что, по вашему мнению, даёт обычному россиянину полис ОМС?

– Хороший документ, предоставляющий возможность обратиться в поликлинику, а при необходимости и госпитализироваться в стационар на бесплатной основе. Думаю, что полис ОМС в нашей стране более востребован, чем даже паспорт. Особенно в крупных городах, где вводится формат госуслуг и электронная запись на приём к врачу. Со временем мы неизбежно перейдём на дистанционное управление здоровьем. Конечно, цифровая трансформация произойдёт в будущем. Но и сегодня коммуникации, которые внедряются системой ОМС, позволят проконсультировать больного, условно из далёкого Магадана в специализированной клинике в Москве. Как видите, полис ОМС сокращает расстояния и предоставляет новые возможности.

Фото  
Олега  
КИРЬЯНОВА.

## Проекты

# Гибкое решение кадровых проблем

Минздрав России рассматривает двухступенчатый вариант ординатуры по психиатрии, в котором эта специальность остаётся в качестве базовой дисциплины на второй год подготовки.

Речь идёт о том, чтобы расширить возможности трудоустройства врачей психотерапевтов, сексологов, наркологов, судебно-психиатрических экспертов в учреждения общей сети. Об этом заявила генеральный директор НМИЦ психиатрии и наркологии им. В.П.Сербского Светлана Шпорт.

«В настоящее время выпускник медвуза, который окончил ординатуру по судебно-психиатрической экспертизе, сексологии, наркологии, психотерапии, становится узким специалистом. Он не может назначить лекарственные препараты пациенту и работать в общей психиатрической сети. Разработанная модель подготовки позволит более гибко решать кадровые проблемы службы и сделает популярней эту специ-



альность», – подчеркнула специалист.

По её словам, такая мера будет способствовать привлечению молодых специалистов. Врач будет понимать, что он сможет совмещать должности и быть востребованным не только по своей узкой специальности. Эксперты службы в регионах инициативу поддержали.

По данным статистического сборника «Здравоохране-

ние в России 2021», в 2020 г. в стране насчитывалось 22,1 тыс. врачей психиатров и наркологов. Это меньше, чем в 2010 г. (24,2 тыс.). По данным С.Шпорт, в государственном здравоохранении работает всего 1250 психотерапевтов, идёт мощный отток специалистов в частные клиники.

Вячеслав ДАШКОВ.

## Современные технологии

# Объединиться, чтобы помочь

Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И.Пирогова, Институт иммунологии Федерального медико-биологического агентства и Научно-исследовательский институт ревматологии им. В.А.Насоновой создали образовательный консорциум «Иммуномедицина-2030». Совместные исследования в рамках этого проекта смогут помочь миллионам людей во всём мире.

Создание консорциума – один из шагов реализации программы стратегического академического лидерства «Приоритет-2030». Три ведущих учреждения объединяют научно-исследовательский потенциал, чтобы развивать и внедрять прикладные исследования, а также разработки в области новых методов таргетной иммунотерапии.

Директор Института иммунологии ФМБА России Муса Хаитов отмечает: «Учёные нашего института и РНИМУ углубятся в

передовое научное направление – разработку и изучение катионных пептидов как перспективных препаратов для таргетной терапии онкологических заболеваний. Мы будем изучать данный подход с целью получения терапевтических препаратов. Уверены: результаты нашей деятельности помогут миллионам людей во всём мире, страдающим онкологическими заболеваниями. Помимо этого в наших планах, конечно же, развивать образовательные программы – магистерские и аспирантские. В этом учебном году открылась первая совместная магистратура – «Молекулярная иммунология». Но мы не будем останавливаться на этом, поскольку заинтересованы в привлечении студентов к научно-исследовательской деятельности. Сначала станем приглашать ребят на учебные и ознакомительные практики, а затем с радостью будем ждать их в качестве сотрудников в наших лабораториях».

Директор Научно-исследовательского института ревмато-

логии им. В.А.Насоновой Александр Лиля поясняет: «В рамках взаимодействия РНИМУ им. Н.И.Пирогова и нашего института выполняется исследовательская работа по изучению клонального репертуара и фенотипических характеристик на уровне транскриптомики и геномики различных субпопуляций клеток системы адаптивного иммунитета человека при аутоиммунных и аутовоспалительных ревматических заболеваниях: системной красной волчанке, анкилозирующем спондилоартрите. Результаты работы позволят уточнить механизмы развития этих патологий, улучшить диагностику и разработать новые терапевтические подходы таргетными препаратами. Аспиранты и научные сотрудники получат возможность обучаться методикам молекулярной диагностики, включать результаты проводимых исследований в свои научно-исследовательские работы».

Александр МЕЩЕРСКИЙ.

## Акци

# Доктор приедет в субботу

Вслед за многими российскими регионами в Архангельской области тоже стартует проект «Поезд здоровья».

Слово «поезд» в данном случае условное, на самом деле во время выездов в отдалённые населённые пункты врачи работают на базе местных участковых больницы и врачебных амбулаторий. В их задачи входит консультативный приём,

диагностика, назначение лечения.

Первыми по маршруту проехали сотрудники Архангельской областной больницы. Теперь эстафету подхватили врачи Котласской центральной городской больницы, которым предстоит побывать в южной части региона.

Принципиальное решение регионального Минздрава – выезды в населённые пункты организованы по субботам.

С нового года к проекту подключатся больницы Северодвинска, чтобы не оставить без внимания и другие территории области.

Как пояснили в Министерстве здравоохранения области, реализовать этот проект стало возможным благодаря тому, что в ряде медицинских учреждениях Поморья произошло существенное кадровое пополнение. Так, в Котласскую ЦРБ приехали на работу неврологи, кардиологи, сердечно-сосудистые хирурги, дерматологи, гастроэнтерологи. Теперь сформировать мультидисциплинарную бригаду медиков для субботних десантов в село стало проще.

Елена ЮРИНА.

Архангельск.

## Защитим!

Трое из шестерых жителей Донецкой Народной Республики, доставленных в августе в тяжёлом состоянии специальным рейсом в Сургут и госпитализированных в кардиологический диспансер, готовятся к выписке.

# Пациентам из Макеевки помогли в Сургуте

Владимир В. благодарит врача за спасение. Сейчас о тяжёлом заболевании напоминает только шрам на груди и фиксирующий корсет. Но это лишь временные неудобства, впереди – новая жизнь сердца. Необходимую операцию жителю ДНР выполнили за тысячи километров от дома.

Это стало возможным благодаря соглашению о сотрудничестве между Югрой и Макеевкой ДНР. Для консультации и отбора пациентов в составе врачебной бригады от Югры там работал врач кардиодиспансера Рустам Садыков. Он сопровождал больных в пути. Домой Владимир поедет уже не переживая, что его сердце не выдержит нагрузки. Его ждут жена и трое дочерей.

«Нас встретили как самых дорогих гостей. Все специалисты, начиная от руководства больницы, врачей, заканчивая младшим медперсоналом, проявили внимание. Даже идя по коридору, кардиохирург Александр Шиленко, который проводил операцию, всегда останавливается, здоровается, интересуется самочувствием», – рассказывает пациент.

Именно сердечно-сосудистой хирург А.Шиленко прооперировал всех прибывших из ДНР больных, нуждающихся в высокотехнологичном лечении. Состояние одного из пациентов на момент поступления в учреждение было жизнеугрожающим (тяжёлое поражение ствола левой коронарной артерии).

Всего хирургическая помощь понадобилась 5 больным. Сегодня их состояние стабильное, они полностью завершили лечение. При этом, по словам главного врача диспансера Ирины Урванцевой, специалисты клинки готовы поддерживать связь с пациентами даже после их выписки. Консультативную поддержку при необходимости окажут они и коллегам, которые будут наблюдать больных.

«Пациенты после выписки из стационара будут обеспечены запасом лекарственных препаратов на 30 дней. Болезни системы кровообращения требуют постоянного медикаментозного лечения», – отметила И.Урванцева. – Хирургическая помощь – один из этапов ведения больных, после которого остаётся базисная терапия. Это позволяет удержать эффект, достигнутый в результате оперативного лечения и улучшить качество жизни».

Остальные пациенты, прибывшие на лечение в кардиоцентр из ДНР, продолжают лечение. После необходимого курса реабилитации каждый пациент получит индивидуальные рекомендации и может продолжить азробные физические нагрузки в домашних условиях.

Алёна КСЕНИНА.

Сургут.

Одним из наиболее распространённых хронических заболеваний кожи во всём мире считается атопический дерматит. Любая из его стадий несёт значительное социально-экономическое бремя на всех уровнях: человека, государства, общества, и в наибольшей степени это касается тяжёлого течения заболевания.

О том, как обеспечить эффективную помощь пациентам с атопическим дерматитом, шла речь на состоявшемся в Общественной палате РФ «круглом столе», в рамках которого представители пациентского сообщества совместно с ведущими медицинскими специалистами и экспертами обсуждали проблемы, связанные с распространённостью заболевания и возможностями его лечения.

Организаторами мероприятия выступили Комиссия по охране здоровья граждан и развитию здравоохранения Общественной палаты РФ и Межрегиональная благотворительная общественная организация «Кожные и аллергические болезни».

### «Марш» начинается с детства

По мнению многих выступающих, корень проблемы недостаточного лекарственного обеспечения пациентов с атопическим дерматитом в том, что заболевание до сих пор не признано системным.

Между тем, как отметила в своём выступлении заведующая отделением аллергии и иммунопатологии ФМБА России, доктор медицинских наук, профессор Елена Феденко, в данном случае сомнений в этом быть не может.

«Все аллергические заболевания – специфические отклонения системы барьерных тканей иммунной системы – долгое время не признавались как полиорганная патология и системный процесс. Тем не менее они таковыми являются, – говорит она. – Поэтому одно из таких заболеваний – атопический дерматит – сейчас отнесено специалистами к хроническим аллергическим системным патологиям».

Диагноз «атопический дерматит» поставлен, по разным источникам, от 2 до 10% взрослого населения России и от 15 до 30% – у детского. При этом у половины пациентов наблюдается среднетяжёлое и тяжёлое течение.

Согласно эпидемиологическим данным и результатам ряда исследований, тяжёлое течение у пациентов от 12 до 18 лет встречается примерно в 6 тыс. случаев, а после 18 лет и старше – примерно у 10 тыс. человек. Именно эта категория пациентов наиболее нуждается в современной эффективной терапии. Особенно если учитывать неизбежные в таких случаях сопутствующие заболевания и осложнения.

Очень тяжело протекают осложнения формы атопического дерматита, когда к основному заболеванию присоединяются микробные, вирусные, микотические инфекции; патологии ЖКТ (болезнь Крона, язвенный колит), аллопеция, витилиго, ревматоидный артрит и т.п.

Постоянно сопутствуют течению заболевания очаги хронической инфекции. Пациенты более подвержены и заболеваниям сердечно-сосудистой системы, таким как ИБС, инфаркт миокарда, инсульт.

«Атопический марш – проявление атопического дерматита и пищевой аллергии начинается на самых ранних этапах жизни ребёнка, буквально с рождения, а чуть позднее с 2-3 лет добавляются респираторные проявления: аллергический ринит, астма, синдром бронхиальной обструкции», – отметила Е.Феденко.

«Дети и подростки оказались наиболее уязвимыми социальными группами, при этом последствием проблем с обучением и социализацией, возникших в школьные годы, дают о себе знать и во взрослом возрасте, – подчёркивает заведующий лабораторией № 81 Управления общественным здоровьем Института проблем управления им. В.А.Трапезникова РАН доктор медицинских наук Дмитрий Мешков. – Это неучтённые потери и упущенные возможности, связанные с получением образования».

Он отмечает: трудности в получении образования испытывают

низации «Кожные и аллергические болезни» Станислав Мишин.

Появление новых терапевтических возможностей привело к необходимости пересмотра существующих федеральных клинических рекомендаций по лечению пациентов с атопическим дерматитом.

Медики считают такое решение очень важным. Поскольку, по словам Е.Феденко и приведённым ею впечатляющим примерам, лечение, которое традиционно получали и до сих пор получают многие пациенты, не только неэффективно, но имеет много побочных

врачебное сообщество и главные специалисты озадачены: как решать данную проблему?

Все лекарства включены в клинические рекомендации, которые мы разрабатываем. Существует 323-й закон, указывающий врачам на необходимость работать в рамках клинических рекомендаций. У специалистов достаточно знаний и опыта для назначения этих препаратов. Но отсутствует возможность их закупать и применять в клинической практике, особенно в регионах».

Возникает парадоксальная ситуация: если врач не может назна-

матологи, и дерматовенерологи. Но Д.Мешков считает, что нельзя упускать из виду и среднетяжёлых пациентов, которые также вносят существенный вклад в медицинское, экономическое и социальное бремя болезни. Это очень хорошо показал период пандемии, когда оказание медицинской помощи пациентам с атопическим дерматитом снизилось на 20%, в результате чего больные из лёгких стали среднетяжёлыми, а среднетяжёлые перешли в группу тяжёлых.

### Исправить букву закона

Препятствиями для доступа пациентов к инновационному лечению являются сложности нормативно-правового характера в сфере льготного лекарственного обеспечения. В частности, основной возможностью для обеспечения пациентов бесплатной инновационной терапией в амбулаторном звене может стать использование регионального бюджета. Однако этот вариант пока недоступен для большинства пациентов, потому что даже тяжёлые формы атопического дерматита не включены в категорию «системные тяжёлые хронические заболевания кожи». Постановление Правительства РФ № 890 от 30.06.1994, которое регулирует обеспечение пациентов без инвалидности лекарственной терапией по определённому перечню нозологий за счёт средств регионов.

При этом, как подчеркнула заместитель комиссии по вопросам охраны здоровья граждан и развития здравоохранения ОП РФ Валентина Цывова, финансирование терапии атопического дерматита во всех 89 регионах должно быть одинаковым. По её словам, сегодня тарифы в столице и регионах отличаются в разы.

«Пока же пациентам по-прежнему отказывают в получении бесплатной инновационной терапии, и им приходится довольствоваться мазями, антигистаминными препаратами и диетой», – отмечает С.Мишин.

Пациенты, не относящиеся к категории льготников, на амбулаторном этапе вынуждены оплачивать лекарственные препараты самостоятельно. Возможность получить адекватное лечение есть только у тех, кто имеет тяжёлое сопутствующее заболевание, например, бронхиальную астму.

Одним из шагов для преодоления барьера в обеспечении инновационным лечением пациентов со среднетяжёлым и тяжёлым атопическим дерматитом стало подписание резолюции по итогам «круглого стола», где Минздраву России рекомендуется разработать официальный письмо-разъяснение об отнесении атопического дерматита к категории «системные хронические тяжёлые заболевания кожи», указанной в приложении № 1 к Постановлению Правительства РФ № 890, а также направить соответствующее письмо-разъяснение в органы исполнительной власти в сфере здравоохранения субъектов РФ.

Что самое интересное: атопический дерматит в мировой науке признан системным заболеванием ещё в конце XIX века. По словам директора Московского научно-практического центра дерматовенерологии и косметологии, главного специалиста по дерматовенерологии и косметологии Минздрава России профессора Николая Потекаева, в 1882 г. дерматолог Эрнест Бинье обратил внимание на взаимосвязь диатезной почесухи (потом заболевание называли нейродермитом, атопическим дерматитом) с бронхиальной астмой, сенной лихорадкой и нарушениями функций желудочно-кишечного тракта, то есть отметил одновременную патологию ряда систем организма.

Алёна ЖУКОВА,  
корр. «МГ».

Москва.

### «Круглый стол»

# Казусы терминологии

## Атопический дерматит должен быть признан системным заболеванием

до 71% детей и подростков с тяжёлым течением атопического дерматита. Школьники вынуждены пропускать до 50% занятий в связи с плановыми визитами к врачу, с обострением болезни. И даже присутствуя на уроках, они не могут работать в полную силу. Помимо этого многие дети попадают в некомфортную среду – 19% подростков сталкивались с проявлениями агрессии в школе.

В итоге примерно половина людей с атопическим дерматитом не смогли получить то образование, которое хотели бы. А это порождает очень отдалённые социально-экономические последствия для государства и каждого пациента.

Более того: согласно результатам исследования, в котором принимали участие около 2 тыс. подростков с атопическим дерматитом из разных стран мира, при тяжёлом течении болезни частота встречаемости более, чем одной аллергической коморбидности – 98%! Это ещё раз подтверждает убеждение специалистов: атопический дерматит – заболевание системного характера, в основе которого лежит патология иммунной системы.

«Если сравнить его с псориазом, который входит в перечень тяжёлых системных хронических заболеваний кожи, обнаруживается, что при атопическом дерматите протонный анализ крови показывает более выраженную активацию множественных воспалительных путей и ряда изменений в иммунном ответе, – говорит Е.Феденко. – Атопическому дерматиту свойственен феномен так называемой перекрёстной аутореактивности – этот патогенез лежит в основе развития системных заболеваний соединительной ткани, таких как системная красная волчанка, ревматоидный артрит и др.»

При этом в последнее время наблюдается рост заболеваемости атопическим дерматитом по сравнению с псориазом.

### По степени тяжести

«К сожалению, проблемы пациентов не теряют актуальности. По данным недавнего опроса, в котором приняли участие 846 пациентов с тяжёлой формой атопического дерматита, лишь 4,4% из них получают инновационную терапию, а 50% такую терапию никогда не назначали», – рассказывает президент орга-



осложнений и зачастую наносит существенный вред организму, особенно детскому.

«Я каждый день вижу пациентов с тяжёлым атопическим дерматитом: невыносимый зуд, эритема, обширные папуло-везикулёзные высыпания на коже, мокнутие, множественные экскориации, сочащаяся из расчёсов кровь, сухость, шелушение, кожная боль. Пациенты не могут ни спать, ни работать, ни выйти из дома. Безусловно, помимо базисной наружной терапии таким пациентам нужна эффективная инновационная системная терапия. Сегодня мы располагаем препаратами, которые позволяют достичь полного контроля над заболеванием», – комментирует заместитель директора по клинической работе, главный врач Института иммунологии ФМБА России, доктор медицинских наук, профессор Наталья Ильина.

При том, что в институтскую клинику поступают из регионов только тяжёлые больные, на протяжении последнего времени то и дело возникают проблемы с обеспечением их необходимыми лекарственными препаратами.

«На рынок пришло большое количество таргетной терапии: генно-инженерных, иммунологических препаратов, которые весьма эффективны и безопасны, – говорит она. – Эта терапия существенно отличается от применения препаратов химического синтеза. Но высокотехнологичные препараты, естественно, не могут быть дешёвыми. Поэтому сейчас

нужный препарат, он оказывается виноватым в невыполнении клинических рекомендаций! Что является нарушением критериев качества оказания медицинской помощи...»

Однако, если просчитать не только прямые, но и не прямые расходы на этих пациентов: госпитализация, огромное количество лекарственных средств, абсентеизм (когда либо отсутствуют на работе, либо приходят, но выполнять свою функцию не могут), тяжелейшие депрессивные состояния и т.п., назначение дорогостоящей высокоэффективной терапии для государства оказывается экономически выгодным.

«Адекватное и грамотное лечение атопического дерматита будет направлено на патогенетические механизмы развития целой группы сопутствующих заболеваний, что открывает дополнительные возможности снижения экономического бремени, – подчёркивает Д.Мешков. – Таким образом, мы уходим от выражения «высокозатратные лекарства» и приходим к термину «высокозатратный пациент».

По словам Н.Ильиной, очень важно, чтобы подобная терапия назначалась только тем, кому это показано, то есть при тяжёлых, инвалидизирующих формах заболевания (надо сказать, в количественном отношении их не так и много). Это должна определять междисциплинарная врачебная комиссия, в которой будут и аллергологи-иммунологи, и дер-

Авторитетное мнение

# Бремя испытаний

## Хирургия и хирурги переживают непростые времена

в меньшей степени занимались лечением опухолей области головы-шеи, челюстно-лицевой, гепато-панкреатобилиарной зоны, очаговых поражений печени, тем более с применением трансплантационных технологий. Всем этим многие годы занимались хирурги областной больницы. Примерно на 50% вся онкоурология в регионе лечилась в нашей больнице, ещё столько же – в Первой горбольнице и немного – в онкодиспансере. Примерно так же распределяется между учреждениями объём хирургического лечения при опухолях лёгких и пищевода.

Так сложилось исторически, и сходу всё изменить невозможно. А главное – зачем? Сможет онкодиспансер забрать весь поток больных на себя, не имея в нужном количестве ни операционных, ни палат, ни специалистов, ни оборудования? Не сможет. Аналогичная ситуация во многих регионах СФО, где мощные краевые и областные больницы с клиническими базами университетских кафедр долгие годы занимались развитием хирургии, включая онкологическую. Были ли попытки отстранить нас от оказания онкопомощи? Были. Там, где возобладали здравый смысл, удалось найти консенсус между онкослужбой и многопрофильными стационарами.

Мы готовы «подвинуться» и передать всех онкопациентов коллегам, если завтра в Новосибирске будет построен большой современный онкоцентр. Многопрофильным стационарам и без этого будет чем заняться. Но в нынешних условиях без нашего участия онкослужбе не обойтись. Мы сформировали в больнице три онкохирургических отделения, при этом не занимаемся химиотерапией и не проводим лучевую терапию, это – прерогатива онкодиспансера.

В то же время в новом Порядке оказания онкопомощи есть бесспорно важные положительные новации, а именно – введён принцип единоначалия в системе оказания помощи больным ЗНО и во главе этой системы поставлен региональный онкологический диспансер. Второе – стратегию и тактику лечения больного определяет не один специалист, а первичный онкологический консилиум. Мы договорились, что в нашем регионе он проводится в онкодиспансере. Конечно, от консилиума требуется объективность в оценке возможностей того или иного лечебного учреждения, которое участвует в системе оказания онкопомощи. Допустим, при раке прямой кишки необходима экстирпация прямой кишки: «простая» – в онкодиспансере, а если пациент коморбидный и к тому же с избыточным весом, да ещё метастазы в печени, его необходимо оперировать в условиях многопрофильной больницы. Здесь я абсолютно согласен с мнением министра здравоохранения России Михаилом Мурашко, что оперировать онкобольных нужно в тех учреждениях, где может быть достигнут максимально высокий результат.

Считаю данное организационное решение правильным и советую принять его на всех территориях, где до сих пор нет ясности в отношениях между онкологами и многопрофильными стационарами.



– **Теперь о наболевшем. В последние годы отношение социума к медработникам, в том числе хирургам, заметно изменилось в худшую сторону. Можно говорить о кризисе взаимного доверия: люди перестали воспринимать врача как персону очень уважаемую в общественной иерархии, а врачи в ответ «напряжены», поскольку ожидают от каждого больного какого-то подвоха. Есть ли, на ваш взгляд, мирные способы вернуть их отношения в норму?**

– Разрешите задать встречный вопрос: а почему врач ещё в недавние времена был очень уважаемой фигурой?

– **Может быть, потому что информация медицинского свойства прежде была доступна только профессионалам, а теперь каждый человек читается в интернете «про болезни» и ставит себя на один уровень с доктором?**

– Так и есть! Пациент приходит к врачу на первый приём с уже готовым «диагнозом», который он сам у себя заподозрил. И когда специалист, отучившийся в медицинском университете, имеющий большой опыт работы отвергает этот «диагноз» и ставит другой, это вызывает неудовольствие пациента. Как реагирует врач? Он тоже не всегда способен предотвратить или погасить конфликт. В итоге – жалобы, судебные иски.

Да, я согласен с тем, что проблема обострилась, однако для её разрешения надо двигаться навстречу друг другу. Думаю, мы недорабатываем в образовательном процессе, в частности, обучая будущих докторов так называемым гибким навыкам. В нашей профессии умение разговаривать с больными и их родственниками важно не менее, чем умение оперировать. Наверное, в злополучные 1990-е и начале 2000-х годов, когда было лихо и в стране, и в отрасли, мы утратили навык культуры общения и никак не можем его восстановить, хотя давно пора этим заняться всерьёз.

И всё-таки увеличение «поверхностной информированности» людей о здоровье и медицине – лишь один из факторов, которые негативно отразились на отношении социума к медикам.

– **А что ещё? Может быть, появление системы платных медицинских услуг и самой формулировки «медицинская услуга»?**

– Именно! Слово «услуга» в здравоохранении категорически

неприемлемо. Нет ни одного человека в белом халате, которого бы оно не коробило. Услуга предполагает абсолютную стандартизацию результата при применении какой-то технологии, а в медицине это невозможно, потому что успешность лечения пациента зависит не только от нашего профессионализма, но и от особенностей течения болезни у того или иного человека. Понятие «медицинская услуга» означает, что пациенту гарантирован стопроцентно высокий результат вне зависимости от того, в каком состоянии он поступил. Людей к этому приучили, и они от нас именно этого ждут, а потому негативно и очень эмоционально реагируют, когда надежда не оправдывается.

К чему нас ведёт эта неправедная дорога? К тому, что студентам медицинских вузов к окончанию учёбы принимают решение либо вообще не работать в здравоохранении, либо пойти в те специальности, где у них будет наименьшая вероятность столкнуться с жалобами пациентов, а тем более с судебными исками. Это специальности, менее всего ассоциированные с рисками осложнений, то есть неинвазивные. В итоге у нас анестезиологи-реаниматологи уже давно стали самыми дефицитными позициями, а теперь и с хирургами та же картина формируется.

В одном из лечебных учреждений Новосибирска не так давно провели анкетирование хирургов, проработавших в медицине 20 и более лет. Их спросили, хотели ли они, начиная работать, чтобы их дети выбрали ту же специальность, и хотя бы они этого сегодня. На первую часть вопроса ответили «да» 90% хирургов, на вторую – 15%. Ещё немного, и явление «врачебная династия» останется в прошлом.

– **Насчёт культуры общения и необходимости встречного движения. Ваш коллега – хирург Бадма Башанкаев, зампреда Комитета Госдумы РФ по охране здоровья – считает необходимым поработать над имиджем российского врача.**

– Соглашусь с коллегой. На кафедре хирургии Новосибирского ГМИ, где я учился, профессора и преподаватели погружали нас в основы медицинской этики и деонтологии. Они были для нас примером не только того, что должен знать и уметь хирург, но и того, как он должен говорить и даже как выглядеть на работе.

Для меня абсолютно неприемлемо обращение ко взрослому пациенту на «ты», даже когда это больной, который находится в полубезытии на койке реанимации. Если обращение к пациенту на «ты» войдёт у врача или медицинской сестры в привычку, от неё сложно будет избавиться.

Когда кто-то из сотрудников больницы цепляет бейдж не к нагрудному карману халата, а куда-то на пояс, я обязательно прошу вернуть его на место. Скажете – мелочь? Но из таких мелочей и складывается наш коллективный имидж, то есть восприятие людьми всего врачебного сообщества.

При этом имидж медработника, как и корпоративную культуру учреждения здравоохранения невозможно «насаждать» законами, они формируются медицинской школой. Мои учителя не позволяли хирургу, который дежурил и

ночью оперировал, утром прийти с докладом на общебольничную планёрку небритым и в мятом хирургическом костюме. Это дурной тон, так меня учили, и то же самое я транслирую своим сотрудникам и ученикам.

Однажды меня, ещё студента, который брал дежурства в больнице, направили в палату посмотреть пациентку. Когда заведующая отделением увидела, что я сижу на краешке кровати и беседую с больной, она ответа меня в сторонку и спросила: «Доктор, а вас что, пациентка в постель пригласила?». Я запомнил это на всю жизнь: присаживаться на койку пациента – дурной тон. Равно как отдавать пациенту в руки «рекомендации», которые написаны не буквами, а какими-то нечитаемыми закорючками. Будь добр написать так, чтобы люди могли разобрать твой почерк, иначе не удивляйся, если они станут относиться к тебе без пиетета.

Можете оформить это в виде свода внутрибольничных правил и регламентов, можете не формализовать, но знать об этих правилах должен каждый сотрудник. Причём, их исполнения надо не просить, а требовать.

– **Будем объективны: хирург каждый день идёт в операционную, как на минное поле, он испытывает колоссальное эмоциональное напряжение. Ему порой вообще не с кем не хочется разговаривать, человек психологически выгорел, а мы требуем, чтобы он был любезен с пациентами и всем нравился.**

– Очень многое зависит от руководства лечебного учреждения, оно должно помочь врачу не выгореть, для чего внутри этого микросоциума создать психологически комфортную и желательную бесконфликтную среду для сотрудников и пациентов. Могу поделиться собственным опытом.

Много лет назад мы завели правило, что главный врач лично беседует с каждым новым сотрудником при его приёме на работу и с каждым врачом, который подал заявление об уходе. Я должен понимать, кто пришёл к нам в коллектив, и ещё важнее для меня знать, почему сотрудник решил уволиться. Эти беседы позволяют вовремя среагировать на возможные или уже появившиеся проблемы в коллективе.

Кроме того, служба управления персоналом регулярно проводит анонимное анкетирование сотрудников с целью выявить потенциальные очаги напряжённости, которые могут сформироваться из-за каких-то нерешённых вовремя вопросов организации работы подразделений, проблем с кадровой обеспеченностью, неких межличностных раздоров. С этой же целью много лет назад мы создали на внутреннем сайте больницы раздел «Здесь вас услышат», куда любой сотрудник может направить электронное письмо, которое приходит прямо ко мне. К слову, такие же почтовые ящики для обращений пациентов, но уже не виртуальные, а реальные размещены на всех этажах больницы. Их главная задача – предоставить недовольному человеку возможность высказаться и тем самым «сбросить пар», то есть не доводить дело до жалоб.

Одним словом, уставший хирург, конечно же, должен следовать нормам корпоративной этики, иначе так и будем обижаться на пациентов, а они на нас. В то же время руководителю лечебного учреждения необходимо постоянно держать в голове и контролировать не только все организационные и технологические процессы, но также эмоциональную обстановку в коллективе, чтобы в один прекрасный момент «выгоревший» доктор не ответил грубостью на грубость пациента или не допустил небрежность при оформлении медицинской документации.

Елена БУШ,  
обозреватель «МГ».

## КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 39 (2351)

**Язвенная болезнь (ЯБ) представляет собой хроническое рецидивирующее заболевание, протекающее с чередованием периодов обострения и ремиссии, ведущим проявлением которого служит образование дефекта (язвы) в стенке желудка и двенадцатиперстной кишки.**

**Этиология и патогенез заболевания или состояния.** Согласно современным представлениям, патогенез ЯБ в общем виде сводится к нарушению равновесия между факторами кислотно-пептической агрессии желудочного содержимого и элементами защиты слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки.

Агрессивное звено язвообразования включает в себя увеличение массы обкладочных клеток (часто наследственно обусловленное), гиперпродукцию гастрина, нарушение нервной и гуморальной регуляции желудочного кислотообразования, повышение выработки пепсиногена и пепсина, нарушение гастродуоденальной моторики (задержка или, наоборот, ускорение эвакуации из желудка, обсеменение слизистой оболочки желудка микроорганизмами *Helicobacter pylori*).

Ослабление защитных свойств слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки может возникнуть в результате снижения выработки и нарушения качественного состава желудочной слизи, уменьшения секреции бикарбонатов, снижения регенераторной активности эпителиальных клеток, ухудшения кровоснабжения слизистой оболочки желудка, уменьшения содержания простагландинов в стенке желудка (например, при приёме нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП)).

Решающая роль в развитии ЯБ в настоящее время отводится микроорганизмам *H. pylori*, обнаруженным в 1983 г. австралийскими учёными Б.Маршаллом и Дж.Уорреном.

Спектр неблагоприятного влияния *H. pylori* на слизистую оболочку желудка и двенадцатиперстной кишки достаточно многообразен. Эти бактерии вырабатывают целый ряд ферментов (уреазы, протеазы, фосфолипазы), повреждающих защитный барьер слизистой оболочки, а также различные цитотоксины. Наиболее патогенными являются *VacA*-штамм *H. pylori*, продуцирующий вакуолизирующий цитотоксин, приводящий к образованию цитоплазматических вакуолей и гибели эпителиальных клеток, и *CagA*-штамм, экспрессирующий ген, ассоциированный с цитотоксином. *H. pylori* способствуют высвобождению в слизистой оболочке желудка интерлейкинов, лизосомальных энзимов, фактора некроза опухолей, что вызывает развитие воспалительных процессов в слизистой оболочке желудка.

Обсеменение слизистой оболочки желудка *H. pylori* сопровождается развитием поверхностного антрального гастрита и дуоденита и ведёт к повышению уровня гастрина с последующим усилением секреции соляной кислоты. Избыточное количество соляной кислоты, попадая в просвет двенадцатиперстной кишки, в условиях относительного дефицита панкреатических бикарбонатов способствует прогрессированию дуоденита и, кроме того, обуславливает появление в двенадцатиперстной кишке участков желудочной метаплазии (перестройки эпителия дуоденальной слизистой оболочки по желудочному типу), которые быстро заселяются *H. pylori*. В дальнейшем при неблагоприятном течении, особенно при наличии дополнительных этиологических факторов (наследственная предрасположенность, O(I) группа крови, курение, нервно-психические стрессы и др.) в участках метаплазированной слизистой оболочки формируется язвенный дефект.

Ассоциированными с *H. pylori* оказываются около 80% язв двенадцатиперстной кишки и 60% язв желудка. *H. pylori*-негативные язвы чаще всего бывают обусловлены приёмом НПВП.

**Эпидемиология заболевания или состояния.** Показано, что 11-14% мужчин и 8-11% женщин в течение своей жизни могут заболеть ЯБ. В США ежегодно выявляют 500 тыс. пациентов с впервые обнаруженной ЯБ и более 4 млн пациентов с рецидивами заболевания. ЯБ с локализацией в двенадцатиперстной кишке встречается в 4 раза чаще, чем ЯБ с локализацией в желудке. Среди пациентов с дуоденальными язвами мужчины преобладают над женщинами, тогда как среди пациентов с язвами желудка соотношение мужчин и женщин оказывается примерно одинаковым.

В последние годы отмечена тенденция к снижению госпитализации пациентов с осложнёнными формами ЯБ как в зарубежных странах, так и в России. Анализ частоты и распространённости ЯБ в Российской Федерации, по статистическим данным Министерства здравоохранения РФ, за период с 2006 по 2017 г. заболеваемость ЯБ снизилась со 128,7 до 79,5 на 100 тыс. населения. В то же время во всём мире отмечено увеличение частоты осложнений ЯБ (кровотечений, перфораций), что обуславливается растущим приёмом НПВП. В Великобритании от осложнений язвенных поражений желудка и двенадцатиперстной кишки, связанных с приёмом НПВП, ежегодно погибает более 2 тыс. пациентов, в США – более 16,5 тыс. пациентов.

# Язвенная болезнь

В настоящее время во всём мире наметилась тенденция к снижению числа пациентов с осложнёнными формами течения язвенной болезни, во многом благодаря эффективности современных схем противоязвенной терапии, повышению доступности эндоскопической диагностики и активному использованию скрининговых тестов для уточнения наличия *H. pylori*. Согласно докладу главного хирурга Минздрава России от 25 октября 2018 г., в России с 2000 по 2017 г. существует тенденция к снижению абсолютного числа пациентов с перфоративной язвой желудка и двенадцатиперстной кишки (с 37,6 до 19,1 тыс. человек), при этом увеличивается доля поздних госпитализаций (спустя 24 часа – с 13,7 до 23,4%) и наблюдается рост послеоперационной летальности. Абсолютное число пациентов с желудочно-кишечными кровотечениями, в том числе язвенной этиологии, за анализируемый период времени также уменьшилось, однако послеоперационная летальность снизилась незначительно. Аналогичная ситуация отмечена группой японских учёных, указавших на снижение значимости наличия *H. pylori* для пациентов с язвенными кровотечениями.

**Классификация заболевания или состояния.** Общепринятой классификации ЯБ не существует. Прежде всего, в зависимости от наличия или отсутствия инфекции *H. pylori* выделяют ЯБ, ассоциированную и не ассоциированную с инфекцией *H. pylori*. Последнюю форму иногда также называют идиопатической. Также различают ЯБ как самостоятельное заболевание (эссенциальная язвенная болезнь) и симптоматические язвы желудка и двенадцатиперстной кишки (лекарственные, «стрессовые», при эндокринной патологии, при других хронических заболеваниях внутренних органов), которые возникают на фоне других заболеваний и по механизмам своего развития связаны с особыми этиологическими и патогенетическими факторами.

В зависимости от локализации выделяют язвы желудка (кардиального и субкардиального отделов, тела желудка, антрального отдела, пилорического канала), язвы двенадцатиперстной кишки (луковицы, постбульбарного отдела, а также сочетанные язвы желудка и двенадцатиперстной кишки). При этом язвы могут располагаться на малой или большой кривизне, передней и задней стенках желудка и двенадцатиперстной кишки.

По числу язвенных поражений различают одиночные и множественные язвы, а в зависимости от размеров язвенного дефекта – язвы малых (до 0,5 см в диаметре) и средних (0,6-1,9 см в диаметре) размеров, большие (2-3 см в диаметре) и гигантские (свыше 3 см в диаметре) язвы.

В диагнозе отмечают стадию течения заболевания: обострения, заживления, рубцевания (эндоскопически подтверждённая стадия «красного» и «белого» рубца) и ремиссии, а также имеющаяся рубцово-язвенная деформация желудка и/или двенадцатиперстной кишки.

При формулировке диагноза указывается наличие осложнений ЯБ (в том числе, и анамнестических): кровотечения, прободения, пенетрации, рубцово-язвенного стеноза, а также характер оперативных вмешательств, если они проводились.

**Клиническая картина заболевания или состояния.** Ведущим симптомом обостре-

ния ЯБ являются боли в подложечной области, которые могут иррадиировать в левую половину грудной клетки и левую лопатку, грудной или поясничный отдел позвоночника. Боли возникают сразу после приёма пищи (при язвах кардиального и субкардиального отделов желудка), через полчаса-час после еды (при язвах тела желудка). При язвах пилорического канала и луковицы двенадцатиперстной кишки обычно наблюдаются поздние боли (через 2-3 часа после еды), «голодные» боли, возникающие натощак и проходящие после приёма пищи, а также ночные боли. Боли проходят после приёма антисекреторных и антацидных препаратов.

При обострении ЯБ часто встречаются также отрыжка кислым, тошнота, запоры. Рвота кислым желудочным содержимым, приносящая облегчение и потому вызываемая пациентами искусственно, всегда считалась признаком ЯБ, однако в настоящее время она встречается сравнительно редко. При обострении заболевания нередко отмечается похудание, поскольку, несмотря на сохранённый, а иногда даже повышенный аппетит, пациенты ограничивают себя в еде, опасаясь усиления болей.

Клинические симптомы, наблюдаемые при обострении язвенной болезни, не являются патогномоничными и могут встречаться при других заболеваниях (например, хроническом гастрите и дуодените с синдромом функциональной диспепсии), поэтому диагноз ЯБ должен обязательно подтверждаться инструментальными методами исследования.

В период обострения ЯБ при объективном исследовании часто удаётся выявить болезненность в эпигастриальной области при пальпации, сочетающуюся с умеренной резистентностью мышц передней брюшной стенки. Также может обнаруживаться локальная перкуторная болезненность в этой же области (симптом Менделя). Однако эти признаки не являются строго специфичными для обострения ЯБ.

Типичными для ЯБ являются сезонные (весной и осенью) периоды усиления болей и диспепсических симптомов.

В неосложнённых случаях ЯБ протекает обычно с чередованием периодов обострения (продолжительностью от 3-4 до 6-8 недель) и ремиссии (длительностью от нескольких недель до многих лет). Под влиянием неблагоприятных факторов (например, таких, как физическое перенапряжение, приём НПВП и/или препаратов, снижающих свёртываемость крови, злоупотребление алкоголем) возможно развитие осложнений. К ним относятся кровотечение, перфорация и пенетрация язвы, формирование рубцово-язвенного стеноза, малигнизация язвы).

Язвенное кровотечение наблюдается у 15-20% пациентов с ЯБ. Факторами риска его возникновения служат приём ацетилсалициловой кислоты и НПВП, инфекция *H. pylori* и размеры язв >1 см. Язвенное кровотечение проявляется рвотой содержимым типа «кофейной гущи» (гематемезис) или чёрным дегтеобразным стулом (мелена). При массивном кровотечении и невысокой секреции соляной кислоты, а также локализации язвы в кардиальном отделе желудка в рвотных массах может отмечаться примесь неизменённой крови. Иногда на первое место в клинической картине язвенного кровотечения выступают общие жалобы (слабость, потеря сознания, снижение артериального давления, тахикардия), тогда как мелена может появиться лишь спустя несколько часов.

Перфорация (прободение) язвы встречается у 5-15% пациентов с ЯБ, чаще у мужчин. К её развитию предрасполагают физическое перенапряжение, приём алкоголя, переизбыток. Иногда перфорация возникает внезапно, на фоне бессимптомного («немого») течения ЯБ. Перфорация язвы клинически манифестируется острейшими («кинжальными») болями в подложечной области, развитием коллаптоидного состояния. При обследовании пациента обнаруживаются «доскообразное» напряжение мышц передней брюшной стенки и резкая болезненность при пальпации живота, положительный симптом Щёткина – Блюмберга. В дальнейшем, иногда после периода мнимого улучшения, прогрессирует картина разлитого перитонита.

Под пенетрацией понимают проникновение язвы желудка или двенадцатиперстной кишки в окружающие ткани: поджелудочную железу, малый сальник, желчный пузырь и общий желчный проток. При пенетрации язвы возникают упорные боли, которые

теряют прежнюю связь с приёмом пищи, повышается температура тела, в анализе крови выявляется повышение СОЭ. Наличие пенетрации язвы подтверждается рентгенологически и эндоскопически.

Стеноз привратника формируется обычно после рубцевания язв, расположенных в пилорическом канале или начальной части двенадцатиперстной кишки. Нередко развитию данного осложнения способствует операция ушивания язвы данной области. Наиболее характерными клиническими симптомами стеноза привратника являются рвота пищей, съеденной накануне, а также отрыжка с запахом сероводорода. При пальпации живота в подложечной области можно выявить «поздний шум плеска» (симптом Василенко), у худых пациентов становится иногда видимой перистальтика желудка. При декомпенсированном стенозе привратника может прогрессировать истощение пациентов, присоединяются электролитные нарушения.

Малигнизация (озлокачествление) доброкачественной язвы желудка является не таким частым осложнением, как считалось раньше. За малигнизацию язвы нередко ошибочно принимаются случаи своевременно не

распознанного инфильтративно-язвенного рака желудка. Диагностика малигнизации язвы не всегда оказывается простой. Клинически иногда удаётся отметить изменение характера течения ЯБ с утратой периодичности и сезонности обострений. В анализах крови обнаруживаются анемия, повышение СОЭ. Окончательное заключение ставится при гистологическом исследовании биоптатов, взятых из различных участков язвы.

Определённые особенности клинической картины присущи симптоматическим язвам, возникающим на фоне других заболеваний или при приёме лекарственных препаратов.

Так, к стрессовым гастродуоденальным язвам относятся острые, обычно множественные язвы желудка и двенадцатиперстной кишки, возникающие при распространённых ожогах (язвы Курлинга), после черепно-мозговых травм и нейрохирургических операций (язвы Кушинга), обширных полостных операций, особенно связанных с трансплантацией органов, при остром инфаркте миокарда, у пациентов с терминальной стадией хронической почечной и печёночной недостаточности и других критических состояниях. Стрессовые язвы обычно бывают острыми, множественными, часто протекают малосимптомно, отличаются наклонностью к желудочно-кишечным кровотечениям и характеризуются высокой летальностью, обусловленной часто тяжёлым течением фонового заболевания.

Среди лекарственных язв желудка и двенадцатиперстной кишки наиболее значение имеют острые эрозивно-язвенные поражения, связанные с приёмом НПВП (НПВП-гастропатия), блокирующих фермент циклооксигеназу-1, отвечающий за синтез простагландинов в стенке желудка. Гастродуоденальные язвы возникают у 20-25% пациентов, длительно принимающих НПВП, эрозивные поражения – более чем у 50% пациентов. К факторам риска их развития относятся пожилой возраст пациентов, наличие в анамнезе ЯБ, сопутствующие заболевания сердечно-сосудистой системы и печени, высокая доза НПВП, одновременный приём антикоагулянтов.

Гастродуоденальные язвы и эрозии, обусловленные приёмом НПВП, также часто имеют множественный характер, нередко протекают малосимптомно и манифестируются внезапными желудочно-кишечными кровотечениями (меленой или рвотой содержимым типа «кофейной гущи»). Риск их развития у таких пациентов возрастает в 4-5 раз.

## Диагностика

**Критерии установления диагноза заболевания/состояния**  
**Диагноз язвенной болезни устанавливается на основании**

1. анамнестических данных (характерные жалобы, выявление язвенной болезни прежде);
2. физикального обследования (обнаружение болезненности и резистентности мышц брюшной стенки при пальпации);
3. инструментального обследования (обнаружение язвенного дефекта при эндоскопическом и рентгенологическом исследовании желудка и двенадцатиперстной кишки).

**Лабораторные диагностические исследования.** Всем пациентам с ЯБ с целью





– Давайте посмотрим, как проявили себя уже известные возбудители респираторных инфекций во время пандемии COVID-19. В конце 2021-начале 2022 г., когда на смену дельта-штамму пришёл омикрон и заболеваемость коронавирусной инфекцией сначала на короткое время немного «просела», свято место тут же оказалось заполнено гриппом H3N2. Мы привыкли думать, будто вирусы подавляют друг друга, поскольку это суть их жизни. С появлением новой коронавирусной инфекции всем нам показалось, что исчезли куда-то пневмококк, менингококк, вирус гриппа. Тем не менее, как только стали меняться подвиды коронавируса SARS-CoV-2 со штамма дельта, вызывающего генерализованную инфекцию, на штаммы, более похожие на «обычные» респираторные, в частности, омикрон, вирус гриппа тут же поднял голову. И вот картина текущей эпидемиологической ситуации по гриппу и ОРВИ в настоящее время: идёт всплеск. Да и другие респираторные вирусы, как выяснилось, никуда не исчезли: лабораторно выделяются и аденовирус, и парагрипп, и риновирус, и метапневмовирус, и респираторно-синцитиальный вирус, – резюмировал профессор.

Коль скоро одновременное сочетание в человеческой популяции традиционных респираторных вирусов и коронавируса SARS-CoV-2 возможно, то актуальными становятся вопросы диагностики и лечения. И как раз в части диагностики врачи могут столкнуться с реальными объективными сложностями. Главный инфекционист Минобороны назвал три главных. Во-первых, лабораторные тесты для верификации возбудителя не всегда бывают доступны и к тому же требуют времени для их проведения. Во-вторых, повышенный уровень провоспалительных цитокинов может наблюдаться как при COVID-19, так и при тяжёлых формах острого респираторного дистресс-синдрома, характерных для гриппа и ОРВИ. В-третьих, если развиваются осложнения со стороны лёгких, инструментальные методы диагностики не всегда позволяют дифференцировать COVID-19, грипп и другие острые респираторные вирусные инфекции.

– До эпохи COVID-19 мы компьютерной томографией при респираторных инфекциях не пользовались. Но если бы сделали КТ, то получили абсолютно идентичную картину пневмонии при гриппе и при коронавирусной инфекции, – высказал предположение эксперт. – Вспомним 2009 г., вспышку свиного гриппа H1N1. Как много было тогда летальных исходов и гриппозных пневмоний, связанных с сосудистой недостаточностью – то же самое, что мы видели при COVID-19.

Все перечисленные сходства в проявлениях респираторных инфекций врачу необходимо учитывать при дифференциальной диагностике. При этом К.Жданов, скорее всего, неслучайно поделился воспоминанием о том, как его, когда он был студентом, учили на цикле по инфекционным болезням клинически дифференцировать парагрипп, грипп, аденовирусную инфекцию, РС-вирусную инфекцию. Специалист назвал это большим искусством и признал, что сегодня докторам бывает очень сложно воспользоваться мастерством клинической дифдиагностики на практике. Правда, осталось за кадром, почему именно сложно: из-за того, что респираторные инфекции со временем обзавелись неотличимыми клинико-ла-



Экспертный уровень

# Доверяй, но сомневайся

## Клиницисты на практике оценивают то, что предлагают теоретики

**Завершилась очередная ежегодная школа по клинической иммунологии, аллергологии и инфектологии, которую проводят научные общества и ведущие профильные исследовательские институты РАН и ФМБА для врачей. В роли лекторов академики, члены-корреспонденты, профессора, одним словом – лидеры мнений. Освежить забытые и получить новые фундаментальные знания о патогенезе наиболее распространённых заболеваний, а также узнать о новых подходах к диагностике, лечению и профилактике никому не повредит. И всё-таки, пожалуй, самым ценным разделом школы является обмен мнениями и личным опытом между клиницистами, которые наверняка имеют полное право ставить оценки теориям, проверив их на практике.**

бораторными признаками, или потому, что нынешние поколения врачей просто-напросто не обучены большому искусству отличать одну инфекцию от другой без помощи медтехники и реагентов?

Теперь о лечении. Говоря о терапии, начальник кафедры и клиники инфекционных болезней ВМА им. С.М.Кирова обратил внимание коллег на три нюанса, которые чрезвычайно важно иметь в виду. Первый – эпидемические волны новой коронавирусной инфекции «приносят» заболевания, которые отличаются от предыдущих вариантов. По словам К.Жданова, «уханьский» COVID-19 и тот, который вызван омикрон-штаммом, – это не просто абсолютно разные штаммы одного вируса, но и два абсолютно разных заболевания. Второй нюанс – высокая летальность регистрируется не только при генерализованной форме коронавирусной инфекции, но и при пандемическом гриппе.

– Мы в клинической практике увидели главное: если развивается осложнённое течение острой респираторной вирусной инфекции, не важно, чем вызванной, она течёт по одним и тем же принципам. Это абсолютно закономерные общебиологические этапы, а мы с вами зачастую об этом не думаем. Тяжёлое течение COVID-19 проходит все те же стадии, которые будут при тяжёлом гриппе или тяжёлой аденовирусной инфекции, когда наслаивается бактериальная инфекция, – акцентировал К.Жданов.

Наконец, третий нюанс: имеет ли смысл сосредоточиваться

на вакцинопрофилактике? Согласно данным, размещённым в открытом доступе, полную вакцинацию против COVID-19 прошли 89,4 млн россиян, при этом коллективный иммунитет в нашей стране на сегодняшний день составляет всего 7%.

– Надо честно сказать, нынешняя вакцинация не работает в отношении омикрон-штамма. Если при генерализованной коронавирусной инфекции в первый год пандемии люди вакцинировались, чтобы избежать тяжёлых форм болезни и летальных исходов, то сейчас-то зачем? Заболевание, к счастью, протекает в лёгкой фор-

при коронавирусной инфекции и тяжёлых формах гриппа, – обозначил научную задачу К.Жданов.

Что же сегодня имеется в арсенале российских врачей для лечения COVID-19, и как этот «противоковидный» арсенал формировался? Участникам школы была показана таблица сравнения трёх вариантов методических рекомендаций по лечению коронавирусной инфекции – предложенных Всемирной организацией здравоохранения, принятых в США и утверждённых в августе 2022 г. Минздравом России (16-я версия). Весьма любопытная картина! Так вот, в отечественной

Итак, подытожим. Сочетание ОРВИ, гриппа и COVID-19 вряд ли можно считать глобальной нерешённой проблемой, в основном здесь всё уже ясно. А что нас ждёт дальше? К.Жданов считает, что встреча человечества с новыми биологическими угрозами высоковероятна. Правда, в нынешних политических условиях рассчитывать на некий всемирный альянс противодействия инфекционным вызовам уже невозможно по понятным причинам. Равно как на межгосударственный обмен опытом оказания помощи при массовом поступлении инфекционных больных. Так что «выплывать»

Один из таких авторитетных клиницистов – начальник кафедры и клиники инфекционных болезней Военно-медицинской академии им. С.М.Кирова, главный инфекционист Министерства обороны РФ, член-корреспондент РАН Константин Жданов. Он представил свой взгляд на вопрос, является ли сочетание ОРВИ, гриппа и COVID-19 действительно глобальной нерешённой проблемой, или, по большому счёту, опасаться нечего.

**Итак, несмотря на то, что при COVID-19 происходит подавление других вирусных инфекций, эпидемические волны ОРВИ, гриппа и коронавирусной инфекции, особенно вызванной штаммом омикрон, могут накладываться. Это первый вывод, предложенный экспертом.**

версии «методички» количество этиотропных препаратов для лечения инфекции, вызванной SARS-CoV-2, значительно превышает зарубежные рекомендации – их в этом перечне 13. Сравним: в рекомендациях США – 7, в рекомендациях Всемирной организации здравоохранения – всего 3, а при омикроне вообще только 2!

При этом ВОЗ высказалась против применения при COVID-19 двух конкретных препаратов, которые, однако же, включены в методические рекомендации Минздрава России. Таким образом, в российском списке есть 7 препаратов, которые не применяются ни в США, ни в тех странах, которые пользуются рекомендациями ВОЗ.

– А теперь давайте вспомним, как первые методические рекомендации создавались: на основании доказательной базы, полученной по итогам масштабных клинических исследований? Ничего подобного. На основании клинических наблюдений, гипотетической пользы для больного. Именно так в первую версию методических рекомендаций залетел препарат, который вызвал удивление профессионалов, но нам сказали его использовать, и мы использовали. А 16-я версия, такое впечатление, создана лишь затем, чтобы засунуть туда ещё один конкретный препарат, прежде не пользовавшийся высоким спросом, – дал оценку один из участников школы.

Что делать с этой информацией, каждый специалист, работающий с пациентами, будет решать сам.

в случае очередной пандемии нашей системе здравоохранения придётся, скорее всего, в одиночку.

– Важная мера противодействия инфекционным угрозам – борьба с микробной резистентностью, сегодня она стала ещё актуальнее. Этим необходимо всерьёз заняться и учёным, и клиницистам. COVID-19 убедительно показал, как активизируется вторичная бактериальная флора на фоне вирусной инфекции, – предупредил К.Жданов.

Он закончил своё выступление перед участниками форума многозначительной цитатой из Антуана де Сент-Экзюпери: «Я верю, настанет день, когда неизвестно чем болеющий человек отдастся в руки физиков. Не спрашивая его ни о чём, эти физики возьмут у него кровь, выведут какие-то постоянные. Перемножат их друг на друга, потом, сверив с таблицей логарифмов, они вылят его одной-единственной пилюлей. Однако если я заболел, обращусь к какому-нибудь сельскому врачу. Он взглянет на меня краем глаза, пощупает пульс и живот, послушает, потом кашляет, раскурит трубку, потрёт подбородок, улыбнётся мне, чтобы лучше успокоить боль. Естественно, я восхищаюсь наукой, но я также восхищаюсь мудростью».

Это, видимо, – к вопросу об исчерпающем большом искусстве клинического мышления.



Елена БУШ,  
обозреватель  
«МГ».

Рядом с нами

Как известно, здоровье и активность в пожилом возрасте – своего рода «билет» в относительно благополучную старость. На Ставрополье развёрнута целая сеть геронтологических кабинетов, где людям старшего возраста оказывают специализированную медицинскую помощь. Так, на начало 2022 г. в медицинских организациях края открыто 28 гериатрических кабинетов и 167 геронтологических коек. В гериатрических кабинетах принято около 7 тыс. человек, на геронтологических койках лечение получили более 1,2 тыс. пожилых людей.

# Жить с мотивацией и вдохновением

Ставропольские геронтологи «держат руку на пульсе» пожилых людей

– Кроме медицинской помощи следует уделять внимание здоровому образу жизни, – говорит главный врач краевого центра общественного здоровья и медицинской профилактики Яна Манкевич. – Необходимо полноценно спать, правильно питаться, заниматься спортом и поддерживать когнитивные функции. Ежедневный восьмичасовой сон – это самый эффективный способ для восстановления психического и физического здоровья человека. Укрепляет иммунную систему, улучшает метаболизм организма, помогает поддерживать нервную и сердечно-сосудистую системы в здоровом состоянии.

Также пожилым людям необходимы дозированные физические нагрузки, отмечает Я.Манкевич. Они способствуют увеличению продолжительности жизни. Даже небольшое количество ежедневных физических нагрузок позволяет стать здоровее. Ещё один важный пункт: следование здоровому питанию может иметь огромный и немедленный положительный эффект и в конечном итоге увеличить продолжительность жизни.

– Снижение потребления сахара, мучных продуктов, соли, а также жареного, исключение



фастфуда, достаточное потребление овощей и фруктов – залог долголетия, – говорит врач. Необходимо позаботиться и о достаточных интеллектуальных нагрузках.

– Мышление – это то, что можно изменить прямо сейчас, чтобы жить более здоровой и

полноценной жизнью. Оно зависит от многих факторов: с кем проводите время, что читаете, и читаете ли вообще, чем себя окружаете, какие увлечения, как давно путешествовали или просто выходили на природу, гуляли в парке? Любой, кто хочет дожить до 120 лет, должен иметь цель.

Надо найти нужные смыслы в жизни, и будем не просто жить ради ещё одного дня рождения, а жить по-настоящему – с мотивацией и вдохновением, – говорит она.

**Рубен КАЗАРЯН,**  
соб. корр. «МГ».

Ставропольский край.

Опыт

# Пензенские онкологи освоили метод фотодинамической терапии рака

Врачи Пензенского областного онкологического диспансера начали применять проведение фотодинамической терапии, сообщили в Минздраве области.

«Эта методика лечения основана на применении светочувствительных веществ и воздействия определённой длины световой волны на клетки опухоли, – говорит заместитель главного врача областного онкологического диспансера Сергей Никишин. – Она является практически безболезненной и не вредит здоровым клеткам, поражая лишь опухоль, и позволяет отказаться от сложных хирургических вмешательств и химиотерапии. Более того, практика показала, что методика является безрецидивной, то есть позволяет остановить распространение рака».

Фотодинамическая терапия проводится посредством введения внутривенно специального препарата, фотосенсибилизатора, который накапливается опухолевыми клетками, а потом на эту зону производится воздействие светом. В результате такого воздействия опухолевая ткань разрушается. Это методика является малоинвазивной и может применяться как при злокачественных, так и при доброкачественных новообразованиях.

Важным преимуществом новой методики является и косметический эффект. Если при хирургическом вмешательстве на теле, как правило, остаются рубцы и ожоги, то при фотодинамической терапии этого удаётся избежать. Это особенно важно, если операцию необходимо провести на лице.

Фотодинамическая терапия применяется как при небольших зло-

качественных новообразованиях на коже, в бронхиальном дереве, пищеводе, толстой кишке, желудке, шейке матки, мочевом пузыре, так и при большом раке, который не поддается радикальному оперативному лечению и вызывает серьёзные последствия. Изначально эта методика была опробована при раке кожи, затем специалисты пошли дальше и стали применять её гораздо шире.

Для того, чтобы работать на аппаратах для фотодинамической терапии, онкохирурги Пензенского областного онкологического диспансера прошли обучение на базе государственного научного центра лазерной медицины ФМБА.

Внедрение в практическое здравоохранение нового метода стало возможным благодаря оснащению областного онкоцентра. В рамках программы «Борьба с онкологическими заболеваниями» Национального проекта «Здравоохранение» в лечебное учреждение поступило три специальных лазерных аппарата. Финансовые средства в размере почти 2,5 млн были выделены из федерального бюджета.

«Ещё год назад мы были вынуждены отправлять многих наших пациентов, особенно с базальноклеточным раком, в другие регионы для фотодинамической терапии, – говорит главный врач диспансера Антон Столяров. – Теперь такая необходимость отпала и мы можем проводить процедуру на своей базе. Планов по использованию методики очень много. Мы будем и дальше расширять высокотехнологичные методики на новые локализации, привлекать большее число специалистов для лечения предраковых состояний и решения многих других проблем».

**Виктор КОТЕЛЬНИЧЕСКИЙ.**

Точка зрения

# Запад – не всегда образец для подражания

Интервью главного психиатра Москвы профессора Георгия Костюка (см. «МГ» № 35 от 07.09.2022) по стилю больше походит на ответы военного – гражданскому лицу.

Он отвечает чётко, без колебаний, с решительным в своей абсолютной правоте напором, но при этом с военной хитростью верно подданного Президенту страны. Портрет Президента в кабинете главного врача центральной психиатрической больницы и даже главного психиатра столицы – не лучший, хотя и откровенный стиль. Собственно, тогда всё, что делается, – превосходно.

Мы далеки от того, чтобы считать Георгия Петровича ответственным за реформу психиатрической службы в Москве и планы распространения этой практики на всю страну. Он, как полковник медицинской службы, образцово следует полученному заданию. Мы были свидетелями восторженной реакции ректора МГУ В.Садовниченко на организационные способности Г.Костюка. Вот уж, действительно, как на военный лад.

Но как представитель гражданского общества, я не верю и не считаю научно обоснованной практику строительства гражданской

психиатрии по военному образцу и стилю.

Главное, что я считаю неприемлемым и глубоко вредным считать критику вредительством. Костюк не мог не знать, для каких читателей он отвечает. Вряд ли им стоит объяснять, что такое деинституционализация, разве что толкуя это понятие на свой лад – буквально. Все понимают это как резкое сокращение стационарной, а не амбулаторной службы.

Говоря, что в Москве постоянно проживают 13 млн и теперь имеется пять больниц на 7 тыс. коек вместо 16 больниц и 16 тыс. коек, Георгий Петрович преподносит это как достижение. Но оно, прежде всего, экономическое, неизбежно за счёт многого другого. У нас же «за последние годы на треть снизилась психическая заболеваемость!» Вот только инвалидов вследствие психического заболевания почему-то меньше не становится, и появляются они в поле зрения психиатра тогда, когда активное лечение уже неэффективно. Может быть, снижается не заболеваемость, а выявляемость? Может, это говорит о снижении доступности психиатрической помощи и падении доверия, которое понемногу стало восстанавливаться в 90-е годы после принятия закона о

психиатрической помощи? Но вместо того, чтобы укреплять это доверие кропотливой работой психиатра, мы сокращаем сроки госпитализации, переводим на долечивание в дневной полустационар, где «за шесть занятий больной должен понять, что с ним произошло, понять природу своего заболевания и способы борьбы с ним» и стать «квалифицированным получателем психиатрической помощи». А не станет, так признаем недееспособным и отправим в психоневрологический интернат, а это другое ведомство и другая статистика.

По данным доктора медицинских наук Н.Букреевой, 18 лет возглавлявшей научно-организационный отдел Национального центра психиатрии и наркологии им. В.П.Сербского, количество психиатрических коек в стране с 2005 по 2012 г. сократилось с 11,8 до 10,2 на 10 тыс. населения, при этом в Москве их было 17, а в Чеченской Республике, где крепки семейные связи, и помещение члена семьи в психиатрическую больницу возможно лишь в самом крайнем случае, – 3,3. И это снижение шло постепенно, в значительной мере за счёт освобождения коек от пациентов, находящихся в стационарах по социальным показаниям.

А теперь оказывается, что и пять психиатрических коек на 10 тыс. населения в Москве нам не нужно, поскольку они в значительной степени в центральной больнице города остаются незанятыми. Вот уж, действительно, оздоровление жителей Москвы идёт ударными темпами! Одновременно с этим в Москве с приходом нового главного психиатра ежегодно недееспособными признаются около 400-500 человек, и этот поток не ослабевает.

Георгий Петрович ссылается на то, что во всём мире первичный приём осуществляют врачи общей практики. Как во всём мире? Но Запад – не идеал и поэтому не образец для обезьянничанья, так как у них другой контекст за счёт другой инфраструктуры и активного гражданского общества. Западные коллеги восхищаются советской системой здравоохранения, а современные руководители российского здравоохранения копируют современную западную систему, – выразительный круг. А ведь диагностически пограничная психиатрия значительно труднее и чревата ошибками даже узких специалистов. Получается, что, как во всём мире, врачи общей практики, имея право выписывать нейролептики, будут предвирать

консультацию психиатра и посылать к нему. Такая система дешёвая, но понятно, чем это чревато.

Г.Костюк, в качестве члена Комиссии по охране здоровья граждан и развитию здравоохранения Общественной палаты РФ, давно говорит, что закон о психиатрической помощи устарел, и возглавил рабочую группу по разработке изменений и дополнений к нему, а фактически пытается подменить его новым гораздо более обширным законом о психическом здоровье. При этом его не смущает, что общественная организация с наиболее крупными юридическими наработками в этой сфере – Независимая психиатрическая ассоциация России – не привлечена к этой работе, тогда как у него самого имеется очевидный конфликт интересов, как у государственного чиновника. Не смущает его и памятный всем выход из Общественной палаты Леонида Рошаля, неудовлетворённого её деятельностью в области здравоохранения.

**Юрий САВЕНКО,**  
президент Независимой психиатрической ассоциации России,  
кандидат медицинских наук.

Москва.

## Индустрия здоровья

Коллектив Казанского государственного медицинского университета принял активное участие в международной специализированной медицинской выставке «Индустрия здоровья. Казань», которая в течение 3 дней проходила в столице Республики Татарстан.

Это традиционное место встречи производителей и поставщиков медицинского оборудования, материалов и фармацевтических препаратов, медицинской и научной элиты, практикующих врачей и специалистов со всего мира.

В период её проведения представители медуниверситета участвовали не только в работе самой выставочной площадки, но и в деловой программе. Её тематический вектор – «Профилактика гриппа и коронавирусной инфекции COVID-19».

Выставочная площадка Казанского ГМУ представлена выездным пунктом вакцинации, который был организован совместно с городской поликлиникой № 21. В ходе мероприятия все желающие прошли иммунизацию против новой коронавирусной инфекции и гриппа.

Команда профессорско-преподавательского состава университета провела «круглый стол» – «Специфическая профилактика гриппа и коронавирусной инфекции» (в целевом порядке мероприятие проводилось для врачей республики).

В работе «круглого стола» приняли участие заведующий кафедрой детских инфекций профессор Владимир Анохин, заведующая кафедрой инфекционных болезней доктор медицинских наук Ирина Николаева, профессор кафедры клинической иммунологии и аллергологии доктор медицинских наук Резеда Хакимова, доцент кафедры профилактической медицины и экологии человека факультета повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов кандидат медицинских наук Дмитрий Лопушов и другие.

## Уверенный шаг в специальность

Для олимпийской сборной по хирургии Курского государственного медицинского университета начало этого месяца ознаменовано яркой победой во Всероссийской олимпиаде студентов-медиков Medical Quest (с международным участием), которая состоялась в стенах Казанского федерального университета

новорождённых, детей, обеспечение проходимость дыхательных путей, первую помощь при ожогах, переломах и многое другое.

Во второй день командам необходимо было продемонстрировать свои знания и практические умения на хирургическом поприще в следующих областях: урология, абдоминальная, сердечно-сосудистая, микрососудистая, пластическая хирургия, эндоскопическая хирургия, травматология, вязание хирургических узлов.

Команда Курского ГМУ, продемонстрировав высочайший уро-

## Диалог на равных

Профильная смена «Медико-биологические классы», организованная Волгоградским государственным медицинским университетом совместно с региональным центром одарённых детей «Волна» в течение недели проходила в лагере в Дубовском районе.

В первый день смены для школьников прошли спортивные соревнования (эстафеты, дартс, настольный теннис и шахматы), а преподаватели кафедры общей и клинической психологии универси-

## В медицинских вузах страны

# Каждый день учиться спасать жизни

вень теоретической и практической подготовки, была награждена дипломами I степени – в конкурсах «Эндовидеохирургия», «Урология»; дипломом II степени – в конкурсе «Обеспечение проходимости верхних дыхательных путей: интубация трахеи»; дипломами III степени – в конкурсах «Судебно-медицинская экспертиза: исследование колотрезанной раны», «СЛР новорождённых», «СЛР. Расширенный комплекс», «Абдоминальная хирургия».

## Есть ли альтернатива имплантату?

Уникальную разработку кафедры ортопедической стоматологии и ортодонтии Рязанского государственного медицинского университета им. И.П.Павлова, которая является конкурентной альтернативой различным традиционным методам ортопедического лечения «Покрывной зубочелюстной протез для множественного отсутствия зубов» представил заведующий кафедрой ортопедической стоматологии и ортодонтии университета профессор Александр Гуськов во время собрания участников и председателей проекта «ВОИР-технополза», которое состоялось в стенах Рязанского политехнического института.

Покрывной протез используют

тета провели с участниками смены занятия и тренинги.

В следующие дни смены 94 юных химика присоединились к школьному этапу всероссийской олимпиады, проходящему в 18 регионах страны на платформе «Сириус». Также для них прошли лекции по химии, истории медицины, занятие-погружение в научно-исследовательскую деятельность совместно с организацией НОМУС ВолгГМУ.

Представители студенческого образовательного клуба «Диалог на равных» познакомили школьников с направлениями работы клуба, рассказали о его возможностях и постарались приобщить их к студенческой среде.

Главным образовательным мероприятием недели стали занятия по оказанию первой медицинской помощи, которые провёл проректор по учебной работе университета, заведующий кафедрой медицины катастроф, доктор медицинских наук Сергей Поройский. Школьники отработали приёмы проведения сердечно-лёгочной реанимации, приём Геймлиха для взрослых и детей на манекенах-фантамах нового поколения, предоставленных университетом.

– Было очень интересно слушать подробные объяснения состояний, узнать отличия организма взрослого и ребёнка. Особенно понравилось, что была возможность отработать приёмы первой медицинской помощи на практике. Очень волнительно было представить, что полученные сегодня навыки, возможно, помогут нам спасти чью-то жизнь, – говорит участница смены Диана Жорина.

## Студенческий туризм

Группа из 16 студентов Пятигорского медико-фармацевтического института (ПМФИ) – филиала Волгоградского ГМУ, совершила ознакомительную поездку в курортно-посёлок Домбай Карачаево-Черкесской Республики.

Поездка была организована заведующим кафедрой фармацевтической технологии с курсом медицинской биотехнологии ПМФИ доктором фармацевтических наук Дмитрием Компанцевым совместно с доцентами кафедры кандидатами фармацевтических наук Анной Чахировой и Еленой Кульгав.

Молодые учёные совершили туристический поход к истокам реки Домбай-Ульген, посетили Чучхурские водопады, находящиеся на территории Тебердинского заповедника. Студенты убедились, насколько богата и разнообразна флора Северного Кавказа, которая является неисчерпаемым источником уже известных, а в перспективе и новых лекарственных средств. Именно в таких познавательных вылазках на дику природу и зарождаются новые научные идеи и проекты.



Е.Бувич и И.Шереметьева во время посадки мемориальной ели

способствует расширению круга знаний, формирует научное мировоззрение и способность использовать знания вне среды учебной аудитории, а также в доступной форме рассказывать о них «непосвящённым». Эти компетенции очень пригодятся студентам в будущем. Например, умение доступно информировать посетителей аптеки про лекарства при их отпуске (фармацевтическая консультация) входит в профессиональную деятельность провизоров – специалистов с высшим фармацевтическим образованием, – отметил Д.Компанцев.

– Надеемся, что подобные мероприятия станут неотъемлемой частью научно-образовательного процесса наших молодых учёных и студентов, ведь научный туризм – это самый высокоинтеллектуальный вид путешествий, позволяющий пополнить багаж собственных знаний, практического опыта и впечатлений, – подчеркнула важность познавательного студенческого туризма директор института, доктор психологических наук, профессор, заслуженный врач РФ Ольга Ахвердова.

## Почёт ветеранам

Аллея почётных профессоров Алтайского государственного медицинского университета, расположенная около главного корпуса вуза, пополнилась деревом, высаженным в честь Евгения Бувича.

– Аллея в честь почётных профессоров университета приросла новой памятной елью, – прокомментировала событие ректор вуза Ирина Шереметьева. – И посвящена она нашему учителю, врачу высшей категории, отличнику здравоохранения, профессору кафедры пропедевтики внутренних болезней им. З.С.Баркагана, доктору медицинских наук, заслуженному врачу РФ Евгению

Ивановичу Бувичу. Стоит отметить, что это уже наша третья встреча с Евгением Ивановичем в 2022 г. по торжественному поводу: в феврале – присвоение звания почётный профессор АГМУ, а в мае – вручение медали «За заслуги в труде».

– Отрадно, что Евгений Иванович не просто лично приехал, чтобы принять участие в сегодняшнем мероприятии, но и активно участвовал в посадке, да так, что мы едва за ним поспевали, – улыбается проректор по учебной работе Игорь Бабушкин.

– Сегодняшнее мероприятие для меня судьбоносно. Вся жизнь для меня был только один ориентир – это медицинский университет, а сегодня часть моей души остаётся с альма-матер в этой прекрасной пушистой ёлочке-красавице. Пройдут годы, одно десятилетие сменит другое, но память обо мне будет всегда здесь. От всего сердца хочу поблагодарить руководство вуза за то, что так высоко ценит нас, ветеранов главной кузницы медицинских кадров Алтайского края, и делает всё, чтобы увековечить память о нашем труде, – в этих искренних словах весь профессор Е.Бувич.

## У фотовыставок – гастроли

Красноярский государственный медицинский университет им. В.Ф.Войно-Ясенецкого представляет в столице края выставку «На стекле», посвящённую 80-летию вуза.

«На стекле» – фотоза экспозиция, объединившая работы учёных и студентов. Проект, являющийся по сути завершающим аккордом фестиваля «Трамплин в науку – 2022», стал результатом плодотворного сотрудничества КрасГМУ и Сибирского государственного института искусств им. Дмитрия Хворостовского и грантовой поддержки Красноярского краевого фонда науки.

Экспозиция включает более 30 научных и студенческих фоторабот. Фотографии выполнены с использованием самого современного оборудования в рамках различных научно-исследовательских проектов и учебных практикумов. Каждая из представленных микрофотографий уникальна!

Стартовой площадкой фотоза экспозиции стал музейный центр «Площадь мира», где и состоялось её торжественное открытие.

Подготовил Владимир КОРОЛЁВ, соб. корр. «МГ».



Команда Курского ГМУ

(КФУ) и была приурочена к 10-летию Института фундаментальной медицины и биологии КФУ.

Студенты-куряне соревновались в знаниях и умениях со студентами Северо-Западного ГМУ им. И.И.Мечникова, Первого Санкт-Петербургского ГМУ им. И.П.Павлова, КФУ, Белгородского, Марийского государственных университетов, Ханты-Мансийского ГМА, Саратовского ГМУ им. В.И.Разумовского, Российского университета дружбы народов, Башкирского ГМУ.

Для участников была подготовлена насыщенная программа. Первый день олимпиады включал в себя проверку навыков неотложной помощи: расширенную сердечно-лёгочную реанимацию (СЛР), СЛР

как альтернативу имплантации, когда у человека остаётся мало своих зубов. При этом его стоимость в несколько раз меньше, чем у аналогичных конструкций.

– Чем она выгодно отличается от других конструкций? Максимальный эстетический эффект при использовании данного вида протеза. Себестоимость достаточно умеренная по сравнению с другими альтернативными конструкциями. Эта имеет полулабильные соединения между протезом и опорными зубами, тем самым рассеивается жевательное давление, благодаря чему не страдает костная ткань, – резюмирует А.Гуськов.

Такой протез можно установить только в стоматологической поликлинике РязГМУ.

**К сожалению, иммунная система, защищающая нас от многих напастей, может «истощаться», что объясняет неудачу иммунотерапий. К этому можно добавить резистентность опухолевых клеток к применяемому лечению, даже «когда нельзя без радиолога».**

Взгляд

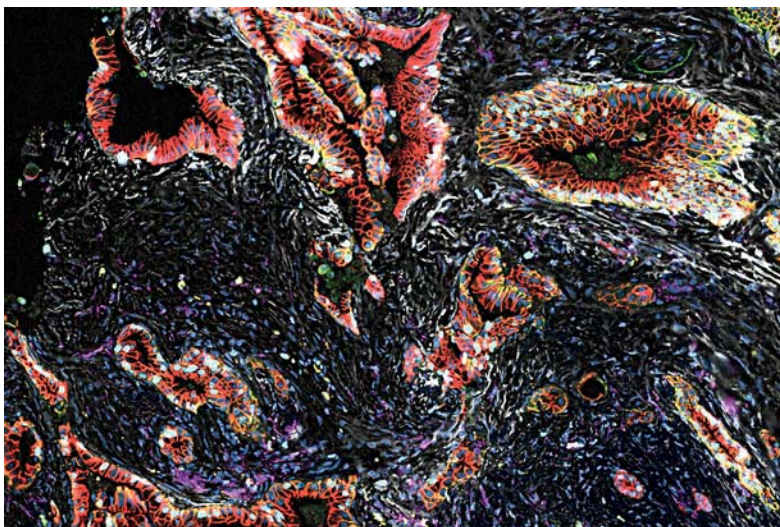
# Как лечить

Одна из причин «сопротивляемости» при росте в поджелудочной железе (аденокарциноме), по мнению учёных Университета Вашингтона в Сент-Луисе, связана с киназой, то есть ферментом, который «ассоциирован» с белковым рецептором интерлейкина. Это белок связи лейкоцитов белой крови, в том числе и лимфоцитов (Т-клеток), «призванных» бороться с изменёнными клетками. Им вторят специалисты Технического университета Мюнхена, полагающие, что Т-клетки являются ключевыми в плане обеспечения иммунного ответа (ИО), зависящего от активности Т-клеточного рецептора (ТКР) – белка, интегрированного в мембрану лимфоцита. Мюнхенцы с помощью ген-редактирования сумели выявить биомаркеры-сигнатуры активации опухолеспецифических рецепторов Т-лимфоцитов в циркулирующей крови, что поможет более адресно стимулировать ИО.

В Стэнфорде 5 лет назад было показано, что в образовании глиом мозга принимает участие нейрוליлин, то есть один из протеинов, «скрепляющий» синапсы, или точки межнейронных контактов. Открытие подтвердили в Гейдельберге, где установили, что развитие опухолей из клеток глии, требует вовлечения нейронных механизмов тканевой инвазии. Известно, что нервные клетки «инвазируют» и мозговую ткань, посылая в неё свои отростки. Немцы выяснили, что активность нейронов сопровождается выбросом и поглощением возбуждающих ионов кальция, которые необходимы глияльным

клеткам опухоли для формирования микротрубочек между ними. Авторы пишут, что молекулярные и функциональные данные указывают на «помощь» нейронов в инвазии глияльных опухолей. Немаловажную роль в росте глии играет и их микроокружение (TME – Tumor MicroEnvironment). В Лаборатории геномной медицины штата Коннектикут в городе Фармингтон, которая сотрудничает с Амстердамским университетом, обратили внимание на участие киназы CDKN (Cyclin-Dependent) в «прогрессе» глии. Известно, что фермент включается под действием белка циклина, регулирующего клеточный цикл, начинающийся после и до следующего деления.

Долговременное «чтение» РНК-копий генов в отдельных клетках показало включение активности пространственного взаимодействия изменённых клеток, которое подавляется ингибитором CDKN. При этом активируется противоопухолевый ген «ретинобластома» (Rb, или Rbl), мутации которого приводят к опухоли сетчатки-ретины у детей. Опухоли развиваются как следствие изменений в геноме, который и в норме несёт около 3 млн «отклонений» в виде «снимов», или изменений одиночных нуклеотидов (SNV – Single Nucleotide Variants). Подобного рода изменения, или структурные варианты в гене HER – Human epidermal growth factor Receptor (белковый рецептор и фактор роста, открытого поначалу в эпидермисе кожи) определяют в 25% опухолей молочной железы. Такого рода новообразования лечат с по-



Участки опухолевого перерождения в поджелудочной железе

мощью моноклональных антител «герцептина», или трастузумаба-Trastuzumab в Венском медицинском университете ими провели 2-ю фазу клинических испытаний препарата при метастазах рака молочной железы в мозг.

Одним из элементов TME являются фибробласты, ассоциированные с опухолью. Известно, что фибробласты, синтезирующие в коже волокна коллагена, довольно легко переходят в стволовое состояние, особенно под действием инсулиноподобного рогового фактора (IGF). В Онкологическом центре Моффитта в городе Тампа выяснили, что фибробласты секретируют протеины, связывающие IGF, что стимулирует резистентность опухолевых клеток

лёгких к лечению. А в Кембридже показали, что иммунодефицит, развивающийся под действием мутантного TRAF (Tumor necrosis factor Receptor-Associated Factor), который в норме кодирует синтез рецепторного фактора для белка некроза опухолей. Довольно часто мутации TRAF выявляются в клетках В-клеточных лимфом. Подобный протеиновый фактор имеется и у Т-клеток (Tcf), который необходим для геномной перестройки, вызванной появлением опухолевых неоантигенов. Специалисты медицинского центра в городе Натледже, считают, что мутации гена Tcf нарушают необходимые изменения геномной архитектуры, что и вызывает опухолевый иммунодефицит.

## Исследования

К проблемам, с которыми каждый день сталкиваются трансплантологи, по мнению микробиологов Университета Гронингена, выявился ещё и дисбиоз кишечной микрофлоры (микробиома-микробиоты). Они показали под микроскопом различие микробов кишечника после пересадки печени или почки по сравнению с нормой. Вывод голландцев был сделан после анализа 1370 образцов кишечной флоры, взятых у 415 реципиентов печени и 672 почки.

## Ещё и дисбиоз

Анализ был проведён на самом современном уровне с привлечением метагеномного секвенирования. При этом обращалось внимание на активность генов, определяющих микробную таксономию, то есть видовой состав, пути обмена различных веществ и антибиотиковую резистентность, а также протеинов вирулентности. Для контроля были использованы 1183 образца, полученных от людей, «сбалансированных» с реципиентами по полу и возрасту, упитанности (индексу массы тела BMI) и другим популяционным показателям.

Авторы проводили долговременный мониторинг состояния 78 реципиентов почки как перед пересадкой, так и в течение 2 лет после неё. К сожалению, все «получатели» печени и почек страдали от дисбиоза, проявляющегося в снижении микробного и метаболического разнообразия, «вторжения» нежелательных видов микроорганизмов, на фоне чего увеличивалась активность генов вирулентности и антибиотиковой резистентности. Нежелательные последствия всего этого сохранялись на протяжении 20 лет после пересадки органа. Авторы связывают дисбиоз и с повышением смертности людей после трансплантации на фоне необходимого применения после пересадки иммунодепрессантов. Учёные полагают, что выявленный ими дисбиоз должен стать потенциальной мишенью таргетного воздействия терапевтических интервенций, которые должны максимально возвращать микрофлору реципиентов к нормальным показателям и разнообразию.

## Выводы

Многочисленные картины, созданные в конце XIX века, живописуют триумфальное возвращение «Христонисителя» Колумба в порт Барселоны, где он припал к ногам отправившей его «в Индию» королевской четы. В самом городе можно натолкнуться на красочную изразцовую стену с надписью сверху BARCELONA, изображающую всё тот же праздничный день. Прошло чуть более четверти века, и известный в своё время Джироламо Фракасторо – поэт, математик и врач, практиковавший в Падуе, – представил миру свою *Poemata Omnia*.

В ней говорилось о болезни, которую наши лекари называли «истечение удов» (т.е. из гонад, или детородных органов), которой мстительный Аполлон награждал оскорбившего его пастуха Сифилуса. Пять веков идут нескончаемые споры, действительно ли её привезли в Испанию матросы Колумба. Статьи Фракасторо писал и о «контагиях», которые считал некими спорами, или «тиндером». Так в Европе называется всё легковоспламеняющееся и, естественно, воспаление, которое предлагал лечить ртутью. Сифилисом страдали Бодлер и Мопассан, а в последнее время «грешат» и на вождя мирового пролетариата. Легенда гласит, что после высадки американцев на Сицилии тамошняя мафия увела целый караван грузовиков с драгоценным пенициллином, направлявшимся в армию для борьбы с бледной трепонемой. Провозвестники сексуальной революции начала 60-х годов считали, что пенициллин избавил людей от страха перед микробом, что наряду с появившимися тогда же гормональными контрацептивами стимулировало промискуитет...

В конце марта 2020 г. на фоне набравшей силу ковидной пандемии одна из газет привела слова С.Бёрнса, сценариста нашумевшего в 2011 г. фильма С.Содерберга «Заражение». Автор говорил, что «пандемия – это вопрос «когда», а не «если», и добавлял, что «люди придумывают идеи, которые обеспечат нашу безопасность». Это, конечно же, верно, так как учёные действительно придумали и снабдили мир вакцинами, которые помогли уменьшить опасность. Но на фоне резкого снижения заболеваемости этим вирусом на повестку

# Смена «поста»

дня вышла обезьянья оспа, вирус которой не так страшен, но всё же несколько человек от неё уже умерли. К этому можно добавить появление в Южной Африке – колыбели человечества – новых вариантов COVID, относительно которых много неясности. Известно, например, что в геноме этого вируса имеется 15 РНК-регуляторных элементов, которые согласно данным ЯМР обретают независимую друг от друга 3D-форму, или пространственную конформацию, как это установили в Франкфуртский университет. В Копенгагенском университете выявили, что COVID после заражения меняет биологию хозяина, атакуя короткие последовательности аминокислот в его протеинах. Авторы назвали их SliMs, или Short Linear Motifs и предложили искать средства для их защиты.

Акторами иммунного ответа являются Т-лимфоциты, название которых «цитотоксические» (CTL) и «натуральные киллеры» (NK) говорят сами за себя. Они убивают не только инфицированные вирусом и изменённые клетки, но также контролируют кишечную микрофлору, которая в свою очередь может подавлять лимфоциты слизистой кишечника, о чём писали иммунологи Рокфеллеровского университета. Можно напомнить, что микробы ротовой полости буквально «выедают» зубную эмаль и пульпу, что в Риме называли кариесом. Для его предупреждения патриции и плебс «чистили» зубы... уриной, при этом лучшую доставляли из нынешней Португалии.

Известно, что в клетках при воспалении формируются инфламмосомы, представляющие собой большие белковые «тельца». Компьютерный анализ, проведённый в Исследовательском центре Сиэтла, показал, что главную роль в этом играет ICOS, или индуктор «иммунного костимулятора» Т-клеток, которому помогает интерлейкин-1. Их резкий выброс при заражении COVID вызывает нежелательный шок или шторм. Детализацию структуры и функции инфламмосом представили микробиологи Боннского университета. Они выяснили с

помощью криоэлектронного микроскопа, что инфламмосома взаимодействует с протеином ASC (Apoptosis-associated with CARD). Можно пояснить, что апоптоз – это запрограммированная смерть клетки, в результате которой клетки эпидермиса кожи (кератиноциты) превращаются в ороговевшие чешуйки. CARD в свою очередь представляет собой белковый домен рекрутирования каспазы, или апоптозного фермента. Под микроскопом было видно, что удлинение адапторного ASC приводит к образованию нити-филамента. В будущем можно будет создать противовоспалительное лекарство, прекращающее направленный рост подобных нитей. Большую проблему создаёт и антибиотиковая резистентность. Сотрудники Мичиганского университета представили картину взаимодействия наночастицы оксида цинка с протеином MRSA (NCS), или золотистого стафилококка, который устойчив к действию метициллина (основного винновика внутрибольничных инфекций). Устойчива сегодня к антибиотикам и трепонема (бледная спирохета), давшая вспышку в 2020 г., что Nature связал с ковидной пандемией. Локауты привели к тому, что семьи распадались, а разрыв семейных и парных уз привёл к большому промискуитету. Следствием этих сложных процессов и тенденций стало резкое увеличение числа обращений к венерологам, давно быющих тревогу. Последняя связана с возрастанием изолятов трепонемы, которые резистентны к пенициллину и другим антибиотикам. Поэтому остаётся актуальным призыв об осторожности и опасении незащищённого секса!

Подготовил Игорь ЛАЛАЯНЦ,  
кандидат биологических наук.

По материалам Cell, Clinical Cancer Research, Gastroenterology, Nature Genetics, Nature Immunology, PNAS, Scientist, Science Immunology, Science Signaling, Angewandte Chemie, Ancient Origins, Nature Computational Science, Science Advances.

Несмотря на огромное количество сделанных на планете прививок, кажется, что COVID-19 останется с нами ещё надолго. Спустя почти 3 года после начала пандемии, вирус SARS-CoV-2 столкнулся с серьёзной задачей, а именно – необходимостью найти новые способы обхода иммунитета, который появился в результате вакцинации или же был выработан у огромного количества людей, перенёвших инфекцию. Недавно пришли тревожные известия: вирус вполне способен справиться с этой задачей. В последние недели внимание учёных привлекли несколько новых штаммов вируса, которые «научились» эффективно уклоняться от человеческого иммунитета; один или несколько таких штаммов вполне могут вызвать нынешней осенью и зимой новые большие волны COVID-19.

## Ситуация

# Большие волны новых штаммов

Мир медленно, но верно приближается к очередной годовщине пандемии коронавируса

«В настоящее время мы наблюдаем, и это не удивительно, что в вирусе происходят изменения, которые снова помогают ему уклоняться от иммунного ответа», – говорит специалист в области молекулярной эпидемиологии Эмма Ходкрофт из Бернского университета. По её словам, перед SARS-CoV-2 стоит «всё та же задача, с которой ежегодно сталкиваются вирусы ОРВИ и гриппа, а именно – необходимость вернуться к нам».

Все штаммы, которые, судя по всему, готовы ему в этом помочь, относятся к подтипам омикрона, распространившегося за последний год по всему миру. Некоторые из них произошли от штамма BA.2, который пришёл на смену первоначальному штамму BA.1, но затем в большинстве регионов его вытеснил штамм BA.5, который стал доминировать в последние месяцы. Один из них (а именно подтип BA.2.75.2), похоже, быстро распространяется в Индии, Сингапуре и некоторых регионах Европы. Другие новые штаммы, умеющие уклоняться от иммунитета, произошли от штамма BA.5, включая BQ.1.1, который был обнаружен во многих странах мира.

У нескольких новых штаммов, несмотря на их различное происхождение, появилась похожая комбинация мутаций, способствующая преодолению иммунной защиты, – это поистине поразительный пример конвергентной эволюции. По словам биолога-эволюциониста Джесси Блума из онкологического центра им. Фреда Хатчинсона, у всех них имеются изменения в полудюжине ключевых локусов вирусного генома, обуславливающих механизм, при помощи которого нейтрализующие антитела, выработанные в результате вакцинации или перенесённой инфекции, связываются с вирусом.

Для того, чтобы быстро оценить, насколько эффективно любой из новых подвариантов вируса способен обходить иммунитет, учёные создают копии шиповидных (спайковых) белков вирусов и подвергают их воздействию моноклональных антител или сыворотки, а затем выясняют, насколько эффективно антитела способны препятствовать заражению клеток вирусными штаммами. С помощью таких тестов, учёные из Китая и Швеции обнаружили, что спайковый белок

штамма BA.2.75.2 вполне способен успешно уворачиваться почти от всех моноклональных антител, используемых при лечении COVID-19. Вот почему можно предположить, что все эти методы лечения могут оказаться в итоге бесполезными.

Обе группы учёных также обнаружили, что штамму BA.2.75.2, судя по всему, очень хорошо удаётся преодолевать иммунную защиту человека. В препринте статьи, опубликованном 19 сен-

заявляют, что новые варианты вируса, по-видимому, не утратили способности прочно связываться с расположенным на клетках человека специфическим рецептором, посредством которого вирус их заражает. Это означает, что контагиозность вирусных штаммов, скорее всего, не уменьшилась. Кроме того, учёные привели некоторые доказательства того факта, что в результате инфицирования, вызываемого упомянутыми ви-

рября, иммунолог Бен Мюррелл из Каролинского института и его коллеги утверждают, что эффективность образцов сыворотки, взятых в Стокгольме у 18 доноров крови, при нейтрализации штамма BA.2.75.2 по сравнению с штаммом BA.5 снижена менее чем в 6 раз. «Это самый устойчивый штамм из всех, которые нам приходилось исследовать», – говорит вирусолог Дэниел Шевард из Каролинского института.

Аналогичные результаты для штамма BA.2.75.2 были обнаружены иммунологом Юньлуном Ричардом Цао из Пекинского университета и его коллегами после того, как они проверили образцы крови 40 человек, вакцинированных тремя дозами CoronaVac (вакцины, изготовленной из инактивированного вируса), и ещё 100 человек, которые сначала вакцинировались, а затем после вакцинации заразились штаммами BA.1, BA.2 или BA.5. Учёные обнаружили, что столь же поразительной способностью уклоняться от воздействия антител обладает штамм BQ.1.1.

В препринте статьи, обновлённой 23 сентября, Цао и его коллеги

русскими вариантами, происходит пропорциональное увеличение количества антител неправильного типа. «Мы раньше никогда не наблюдали столь сильную способность вирусов уклоняться от иммунитета. При этом вирус быстро эволюционирует, – говорит Цао. – Это дурной знак».

Д.Шевард и Б.Мюррелл согласны с тем, что в ближайшие несколько месяцев следует ожидать увеличения числа инфицированных. Однако в отличие от Цао они менее пессимистичны, ведь, по их мнению, гораздо больше людей уже успели выздороветь после перенесённой инфекции или ревакцинироваться (в том числе с помощью бустерной вакцины против омикрон-штамма, вакцинация которой уже началась в текущем месяце). В результате, по мнению Шеварда, общий уровень антител повысится, а спектр антител, скорее всего, расширится: «Не думаю, что мы вернулись к исходной точке».

«Решение о включении BA.5 в бустерную вакцину по-прежнему нам представляется удачным», – считает Д.Блум.

## Кстати

### Новые правила в Португалии

Теперь коронавирус рассматривается как и другие заболевания, по крайней мере, с юридической точки зрения. Единственное правило, которое все ещё действует, – это «использование маски в медицинских учреждениях и службах, а также в жилых помещениях для пожилых людей».

Новые правила COVID-19 для Португалии означают, что больше нет необходимости в обязательной изоляции, если вы заразились вирусом, и изменение процедур, связанных с тестами на него. Линия SNS24 больше не назначает анализы на COVID, которые теперь компенсируются на 100% при наличии медицинского рецепта «в медицинском учреждении Национальной службы здравоохранения».

Теперь, если у кого-то появились симптомы, «как при любом респираторном заболевании», он должен «стремиться снизить риск заражения окружающих, в особенности наиболее уязвимых», рекомендуя использовать маску. В случае обострения или сохранения симптомов следует «обратиться за медицинской помощью, причём в центр здоровья/отдел семейного здоровья или в SNS24» или в случае чрезвычайной ситуации связаться по телефону 112.

В отношении рабочих целей, отсутствия на работе или в школе «действуют те же механизмы, что и в отношении других заболеваний». Таким образом, механизм отнесения временной нетрудоспособности в связи с COVID-19 и соответствующей субсидии заканчивается, то есть начинает действовать режим для ситуаций с другими заболеваниями.

## Ну и ну!

### Первая пересадка кишечника от мёртвого человека

В Испании провели первую в мире операцию по трансплантации кишечника от мёртвого человека. Учёные из испанской Университетской больницы Ла-Пас в Мадриде провели операцию 13-месячной девочке по пересадке кишечника от мёртвого человека.

У маленькой пациентки была диагностирована кишечная недостаточность с самого первого месяца жизни. Ранее подобные хирургические процедуры (с органом от асистолического донора) успешно никогда не проводились. Больница, в которой совершили пересадку, единственная в Испании, где разрешены все виды педиатрических трансплантаций. Девочку уже выписали из госпиталя, у неё наблюдаются хорошее самочувствие.

Как мы уже писали, в июле 2022 г. группа американских специалистов провела пересадку сердца генетически модифицированной свиньи 72-летнему мужчине, у которого была зафиксирована смерть мозга.

Подготовила  
Юлия ИНИНА.

По материалам PNAS,  
News the Portugal,  
Journal of Zoology, Science,  
Reuters.

## Почему бы и нет?

### Хоть у тихоходок остановить старение

Учёные Штутгартского университета (Германия) обнаружили, что у тихоходок в состоянии криобиоза, который наступает при экстремально низкой температуре, останавливается процесс старения. Результаты исследования, которое подтверждает гипотезу «Спящей красавицы», опубликованы в Journal of Zoology.

Известно, что некоторые тихоходки могут пережить замораживание, даже если внутри их тела образуются кристаллы льда. Было предложено несколько гипотез, объясняющих, что происходит с процессами старения организма, находящегося в состоянии криобиоза. Первая модель, называемая «Спящая красавица», утверждает, что во время неактивного периода старение не происходит, в то время как две другие модели предполагают, что старение либо замедляется, либо идёт с обычной скоростью. В то же время было показано, что гипотеза «Спящей красавицы» применима к тихоходкам в ангидробиотическом, то есть в обезвоженном состоянии.

В исследовании, целью которого было определить влияние криобиоза на биологические часы, были использованы 716 тихоходок вида *Milnesium incertum*. Через 28 дней после вылупления их разделяли на подгруппы, каждую из которых помещали в чашки Петри. Большинство животных подвергали воздействию низкой температуры (-30°C) в морозильной камере, где они содержались 7 дней. По-

сле этого тихоходок в течение ночи согревали в изотермическом боксе, где поддерживалась комнатная температура. Затем следовал семидневный период откорма, и наступал следующий цикл замораживания. Чередование периода замораживания и периода кормления происходило до тех пор, пока все тихоходки не погибли. Контрольная группа, которую никогда не замораживали, включала шесть чашек Петри по 25 особей в каждой.

Оказалось, что тихоходки, которые подвергались заморозке, в среднем прожили дольше контрольной группы, если включить время, проведённое в состоянии криобиоза. Если принимать во внимание только период активности, из которого исключается время заморозки, продолжительность жизни опытной и контрольной группы была одинакова. Так, самое старое животное в группе заморозки прожило 169 дней, если учитывать время, проведённое в состоянии криобиоза, или 94 дня, если исключить время в замороженном состоянии. Самое старое животное в контрольной группе прожило 93 дня.

По словам учёных, эксперимент впервые доказывает гипотезу «Спящей красавицы» для криобиоза, а не только для обезвоживания, хотя механизмы обоих стрессовых состояний не являются идентичными. Хотя в исследовании использовался только вид *Milnesium incertum*, результаты могут быть, вероятно, применимы и к другим видам.

## Перспективы



### Молекула против сотрясения мозга

Разработано устраняющее последствия сотрясения мозга соединение ISRIB. Учёные Калифорнийского университета Сан-Франциско нашли молекулу ISRIB, которая способна устранить последствия сотрясения мозга.

Черепно-мозговая травма – основная причина нарушения функциональности в области неврологии, при котором страдает концентрация внимания и памяти. Кроме того, это самый сильный фактор риска развития деменции.

Разработанное соединение является блоком комплексного ответа на стресс (ISR) – процесс контроля производства белка, кото-

рый разрушает клетки. Воздействие препарата позволяет восстановить участки нейронов, называемые дендритными шипиками, отвечающие за рабочую память. У подопытных мышей после ввода ISRIB наблюдались устойчивые эффекты улучшения когнитивных и нейронных функций.

Авторы предполагают, что в будущем ISRIB можно использовать для лечения многих неврологических расстройств: болезни Альцгеймера, Паркинсона, рассеянного склероза и бокового амиотрофического склероза.

Ещё в сентябре учёные из США рассматривали, что после сотрясения мозга время восстановления должно занимать до 28 дней.

**Борис Корнилов (1907-1938) – талантливый, самобытный советский поэт. Родители его были сельскими учителями в городе Семёнове, деды крестьянствовали. Он рано начал писать стихи, в 18 лет опубликовал первое стихотворение в нижегородской газете и уехал в Ленинград. Там оказался в литературной группе «Смена». В тридцатые годы один за другим вышли сборники стихов молодого поэта. Огромную популярность завоевала «Песня о встречном», успех имели поэмы «Триполье», «Моя Африка». В стихах ощущается не только темперамент автора, но и своеобразное дыхание времени, когда молодая советская поэзия пыталась создать «лирический эквивалент социализма». В его творчестве поражает этический размах, сильное лирическое начало. Поэт прожил бурную короткую жизнь, но многие его произведения выдержали испытание временем и вошли в золотой фонд советской поэзии.**

**Так мало и так тяжело**

Исследовательская литература, посвящённая творчеству Б.Корнилова, огромна. Особый вклад в дело увековечения памяти его, которого в Питере считают земляком, внесли ленинградские (петербургские) поэты. Казалось бы, освещены все грани яркой жизни, трагической гибели, творчества Бориса Петровича. Но остался один аспект, практически не затронутый исследователями. Не затронутый потому, что не сохранилось соответствующих документов. Это – состояние здоровья, медицинская характеристика личности. Именно поэтому мне, как врачу, показалось интересным прикоснуться (не познать!) к этим аспектам жизни поэта. Не секрет, что состояние здоровья, болезни, анатомо-физиологическая конституция накладывают яркий отпечаток на творчество писателей, поэтов, художников, композиторов. Яркие примеры этого – М.Лермонтов, Ф.Достоевский, С.Есенин, М.Врубель, Ван Гог и многие другие.

Непрофессиональному литературоведу написать статью о Корнилове было непросто. И дело не только в том, что в его творчестве сочетаются гениальные и, порой, не самой лучшей «пробы» стихи. Дело в том, что в его наследии отразилась противоречивая эпоха, сложное бытие поэта, как и большинство его собратьев по перу, прожившего так мало и так тяжело. Всю жизнь в Корнилове шла подспудная борьба «Руси уходящей», генетически наследственной от родителей, и новой страны, испытывавшей каждого на верность и прочность, испытывавшей, как правило, жестоко. И это чувствует каждый читающий стихи поэта. Даже после официальной реабилитации сохранялось разделение Корнилова на яркого национального творца и, как бы сказать, на человека с тяжёлым характером, не всегда трезвого, с тёмными страницами личной жизни. А разве у других наших национальных гениев пера было по-другому, разве была среди них хоть одна роза без шипов?

В мою жизнь Б.Корнилов вошёл очень рано. Дело в том, что в небогатой, но очень дружной ленинградской семье родителей существовала традиция: по воскресеньям гостеприимная квартира превращалась в собрание родственников и друзей. После обеда обычно пели песни. Именно тогда, ещё не зная автора, маленьким мальчиком я услышал и запомнил «Нас утро встречает прохладой...» – одну из любимых песен отца, «Песню о встречном». Б.Корнилов продолжает и сегодня жить в своих стихах, песнях. Выходят любовно подготовленные сборники его произведений с фотографиями, комментариями. Как и любой гений, он неповторим, его страстная поэтическая манера сразу запоминается. «Песня о встречном», которой научил меня отец шестьдесят лет назад, поётся, словно её писали вчера.

Известно, что в царской России на селе было два образованных человека – врач и учитель. Нередко те и другие обладали базовыми знаниями для оказания первой медицинской помощи и привития детям навыков чтения и письма. Именно от родителей маленький Борис получал и необходимое лечебное пособие, и начальные медицинские познания, необходи-

мые каждому человеку. Возможно, в детские и юношеские годы у будущего поэта были проблемы с зубами – слишком часто (и профессионально!) возвращается он к труду стоматолога.

*Боль проникла, как пронира,  
заходила ходуном,  
сразу дёрнуло, заныло  
в зубе правом коренном.  
Засвистело, затрясло,  
щёку набок разнесло.  
Обмотал её рогожей,  
потерял медведь покой.*

У «позднего» Корнилова иногда упоминается «болящее сердце», «ноет грудь», «наливается свинцом». Откуда эти признаки? Истоки в тяжёлом ударе судьбы: бесспорно, болезнь и смерть дочери от болезни сердца дали Б.Корнилову знания кардиологической симптоматики и лечения. Из поэмы «Интернациональная»: «Впрыснута для сердца камфара» – эти знания о лекарстве не от ухода ли за больным ребёнком? В этом плане должна рассматриваться и многолетняя болезнь лёгких у отца – Петра Тарасовича (умер в 1939 г. от туберкулёза), и термин «чахотка» укоренился в текстах Корнилова. Только очень наблюдательный человек, многократно видевший увядающее человеческое тело, мог написать: «...качается дрябло над нами/ омертвевшая кожа небес...».

**Имена и судьбы**

# Противоречивая эпоха

## Медицинские аспекты биографии и творческого наследия Бориса Корнилова

Сравнений с болезненными процессами в стихах поэта немало: например, звёзды «высыпали, как сыпь», небо – в золотой «коросте». А здесь перед нами типичный облик эпилептика: «звали его Припадочным Ваней, был он высок, перекошен, зобат, был он известен злобой кабаньей, страшною рубкой и трубой в зубах...» («Триполье»).

Иногда его «медицинские» сравнения могут раздражать щепетильного читателя («протухший творог мозга», «тошнотворный черёмухи вызов», «апоплексическая багровость» лица, «лиловая тяжесть крови»). С точки зрения врача, они оказываются «к месту», образно характеризуют происходящее. Откуда же у поэта базовые медицинские познания? В доступной литературе я не нашёл сведений о его какой-либо специальной подготовке. Видимо, Корнилов, как и все талантливые люди, активно ассимилировал из окружающего мира все сведения, относящиеся к главному объекту своего творчества – человеку во всех его проявлениях.

**Работа большим топором**

А теперь – несколько медицинских наблюдений, характеризующих облик и анатомо-физиологические характеристики поэта. Известно несколько фотографий Б.Корнилова в разном возрасте. И они дают представление о физическом облике человека. Так, наблюдательный женский взгляд Елены Серебровской (1980) запомнил поэта таким: «Внешне Корнилов был отнюдь не красавец: среднего или даже ниже среднего роста, с покатыми, не широкими плечами, с грубоватым лицом, создавая которое, приро-



себя внимание «жирность» письма – такое обычно бывает, когда текст исполняется с нажимом на перо. Подпись крупная, разборчивая, без витиеватых украшений. Из особенностей стоит отметить отсутствие в ряде букв поднимающихся вверх завершающих фрагментов, элементы скорописи отсутствуют. Вышеизложенное позволяет утверждать, что перед нами почерк взрослого молодого мужчины, правши. У писавшего отсутствовали дефекты зрения и патологии нервных центров, ответственных за координацию движения руки при выполнении мелких операций. Текст исполнен организованным, волевым, энергичным, последовательным человеком, принимающим решения без спешки...

**Мистическая связь**

В работе о Корнилове я не смог, хотя бы пунктирно, не упомянуть имя Сергея Есенина. Не только меня, изучившего жизнь глазами врача буквально по дням, поражает мистическая связь судьбы и творчества этих поэтов. Корнилов: «Без тоски, без грусти, без оглядки./Сокращая житие на треть,/Я хотел бы на шестом десятке/От разрыва сердца умереть...».

Петербургский литературовед Кирилл Козлов так прокомментировал это стихотворение: «Обнаруживаемая отсылка к Есенину («Не жалею, не зову, не плачу») позволяет говорить о том, что именно этот поэт являлся первым наставником Корнилова. Виссарион Саянов в этом смысле был реальным наставником, но не столь желанным, сколь Есенин. Есенинская русская печаль обнаруживается во многих стихах Корнилова, когда сердце поэта обливается кровью, а душа предчувствует скорую гибель. (А я добавил бы и жёстче – предчувствует насильственную смерть). И далее: «Тема несоответствия пьющего героя эпохе строительства социализма экстенсивно развёрнута в стихотворении 1931 г. «Снова звёзды пылают и

кружатся...» В этом произведении изложено предчувствие грядущей гибели, но не от руки врага, как, например, в стихотворении «Война» 1930 г., а от самой республики, которую поэт воспевал: «и в конце концов от республики мы получим особый счёт./А по счёту тому огулом по заслугам/и по делам нашу жизнь назовут прогулом/с безобразием пополам».

Ощущение собственной чужеродности по отношению к эпохе

связано в этом стихотворении с тоской, пьянством, осознанием неправильности, ненужности своей деятельности. Для лирического субъекта жизнь и творчество в соответствии со своей природой невозможны в условиях современного ему социально-политического устройства».

А теперь – о медицинской генетике, изучающей наследование от предков конституции, образа жизни, болезней. «Я себя разрываю на части/за родство вековое с тобой,/прадед Яков – моё несчастье – / снова вышедший на разбой».

Выпирало из поэта не красящее его мрачное родство, но Корнилов не был бы так самобытен, если бы не оставался верен правде своих переживаний и правде жизни, отстаивая право на «собственную поэтическую самобытность». И ломающие его противоречия таили ту же самую мистическую глубину Светлояра, в которую был погружён сказочный Китеж его родных мест. Особая тема жизни и творчества Б.Корнилова – злоупотребление алкоголем. Корнилов хорошо знал разные лики этого друга-врага: «Спирт горячий, зелёный, злой» («Моя Африка»)...

Обойдём деликатно разрыв с Ольгой Берггольц (следствие влияния «зелёного змия», или последний повод к утрате самоконтроля при винопитии). Так в жизни Корнилова появилась «16-летняя Ципа Борнштейн, Люся. Вскоре они стали жить гражданским браком. Люся бойко читала наизусть его стихи, выполняла поручения. Об этом вспоминали писатели, побывавшие в гостях у молодой четы. Было заметно, что он стал прикладываться к рюмке, при этом становился шумным и запальчивым, а юная Люся смотрела на него покорно» (Л.Калинина). Корнилов знал своё слабое место и беспощадно, не стыдясь, писал об этих переживаниях.

Редкий нарколог так опишет клинику опьянения и выхода из неё:

*«Не лирике больше звенеть...  
В конвульсиях падаю наземь я,  
Миражи ползут по стене,  
По комнате ходит фантазия.  
Но уходит синдром похмелья,  
наступает ремиссия – и снова творчество, иногда с ноткой иронии над собой: «...и качает меня работа, лучше спирта...».*

У Корнилова, как и у многих великих, звучит пророческое произведение трагического завершения своего жизненного пути. И снова пророчество – в стихотворении «Смерть»: «И когда меня, играя шпорами,/поведёт поручик на расстрел, – /я припомню детство, одиночество,/погляжу на ободок луны/и забуду вовсе имя, отчество/той белёсой, как луна, жень».

**Юрий МОЛИН,  
профессор,  
заслуженный врач России,  
член Союза писателей России.**

А ещё был случай

С надеждой и опорой



К нам, студентам 4-го курса стоматологического факультета Смоленского государственного медицинского института, пришла на приём семидесятилетняя бабушка с единственным «надёжным» зубом.

улыбка года». Её красота была в сердце каждого из нас. Лето, конечно, замечательная пора года, но с наступлением осени весь мир словно меняется.

ние на осень за окном. Но и через 10 минут у старушки «не грело».

Первоочередная задача студентов на приёме проста – изготовление слепка. Для этого размешиваем гипс до сметанообразной консистенции, заливаем в ортопедическую ложку и «водружаем» её в рот нашей престарелой клиентки со словами: «Как будет греть – скажите»...

Осенило нас всех практически одновременно: «Эту бабушку уже ничто не согреет»... А слепок надо всё же как-то снимать. И гипс был качественным, и развели мы его правильно, и он надёжно «зацементировал» немногочисленные оставшиеся во рту нашей пациентки зубы, во главе с самым главным – опорным...

А дальше – как у классика, иначе зачем же он писал про фельдшера Курятину и дьячка Вонмигласова... Прощалась с нами старушка отнюдь нелюбезно, шепеляво проклиная студентов и грозясь написать жалобу. В глазах её читалось: «Насажали вас здесь, иродов, на нашу погибель!»

Конечно, мы поклонники творчества А.Чехова, но не настольно, чтобы иметь какой-то злой умысел в отношении бабушки и её зуба... «Зуб, выходит, застарелый, глубоко корни пустил...» В общем, вспомнили мы о нашей пациентке минут через двадцать. Но она нас успокоила: «Ещё не греет». Решили дать бабушке «форы» ещё минут на 5-10 (видимо гипс попался какой-то «некачественный» или мы его «некачественно» развели) и вновь обратили всё своё внима-

Дмитрий ДАВИДЕНКО, врач-стоматолог. Брянская область.

Мимоходом

Лев КРУГЛЫЙ

День догорает слепо

От разводов стекольных стрекоз До последней души пешеходовой Навсегда выстужает мороз Безразличной горечью содовой. Растираешь трезвон по вискам, Оставляя прошедшее в памяти, И вмерзаешь в хрусталь как дискант,

Чистая красота Делает бесполезным. Делает бесполезным Чистая красота, Словно прижгли железным Губы и угол рта. День догорает слепо: Там, за спиной, пожар В алом глазу у неба, Ты – наверху – комар. Серый бетон ограды Где-то внизу. Задень, Словно они монады, Плоских, смешных людей. Двигая, как бумажки, Ветер спрямил углы Шестнадцатизатяжки На острие иглы.

На острие иглы – Шестнадцатизатяжки Ветер спрямил углы, Двигая, как бумажки, Плоских, смешных людей, Словно они монады Где-то внизу. Задень Серый бетон ограды: Ты – наверху – комар В алом глазу у неба, Там, за спиной, пожар – День догорает слепо. Губы и угол рта Словно прижгли железным.

ОБ АВТОРЕ. В 2011 г. окончил Сеченовский университет, в 2012 г. интернатуру на базе того же вуза, в 2014 г. ординатуру по специальности «кардиология» на базе НМИЦ кардиологии им. Е.И. Чазова. В 2019 г. защитил кандидатскую диссертацию. Работает кардиологом в НМИЦ. Публиковался в сборнике «Стихоплёт» (2010), книге «Пирожки. Альманах» (2013), журнале «Литература» (2021).

Размышлизмы

Виктор КОНЯХИН

Жизнь – дело наживное

- ✓ Кто в баню не ходил, тот даже себя настоящего не видел.
✓ Где цветёт, там будет новая жизнь.
✓ Табличка в музее: «Эротические памятники – глазами не трогать».
✓ Клоп со всеми одной кровью.
✓ Жизнь дворника на кончиках его метлы.
✓ Мечта любого гиганта мысли – спрятаться под твёрдой обложкой.
✓ А ну дыхни. Проверим твою духовность.
✓ Одни лгут от души, другие – от кармана.
✓ Кто-то всё время проходит мимо. Оказалось, это жизнь.
✓ Мечта любого гиганта мысли – спрятаться под твёрдой обложкой.
✓ Человечеству хочется жить. И литература обязана ему помогать.
✓ В споре – истину рожают. На «базаре» – продают.
✓ Кентавр: «Всё человечество мне – тело».
✓ У нас с эпидемиями бои без правил.
✓ «Золотое перо» – до первого ржавого слова.
✓ Не перегибай папку, станешь соломенной вдовой.
✓ История музыки начиналась с танцев вокруг костра.
✓ Острые углы вымирают в «круговой поруке».

СКАНВОРД. Crossword grid with words and clues. Includes a list of words like 'Ловчая птица', 'Актриса... Тышкевич', 'Греч. богиня охоты', etc.

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