

В центре внимания

Старт новых звёзд фтизиатрии

В столице состоялся форум молодых учёных, посвятивших себя борьбе с туберкулёзом

Несмотря на то, что практически все силы системы здравоохранения в последнее время брошены на преодоление свирепствующей в мире новой коронавирусной инфекции, жизнь показывает, что туберкулёз остаётся одним из самых смертельно опасных заболеваний, а фтизиатрия по-прежнему очень важна для государства, общества и пациентов. Традиционно 24 марта отмечается Всемирный день борьбы с туберкулёзом, который в 2022 г. прошёл под девизом «Мобилизуем ресурсы для борьбы с туберкулёзом! Спасём жизни!».

Центральный научно-исследовательский институт туберкулёза (ЦНИИТ) под эгидой Минобрнауки, Минздрава России, Российской академии наук, Всемирной организации здравоохранения на протяжении 25 лет ежегодно организует авторитетный и значимый для фтизиосообщества форум молодых учёных, проводящих научные изыскания с целью скорейшей ликвидации этой глобальной проблемы современности. Очередная XXII Всероссийская научно-практическая конференция молодых учёных с международным участием «Современные инновационные технологии в эпидемиологии, диагностике и лечении туберкулёза взрослых и детей» состоялась благодаря упорству директора ЦНИИТ Атаджана Эргешова. Одновременно она проходила в формате on line – off line в стенах ЦНИИТ и Новосибирского научно-исследовательского института туберкулёза, в ней участвовали все регионы РФ и ряд стран СНГ.

Работали две тематические площадки: «Научно-прикладные исследования во фтизиатрии и пульмонологии» и «Современные подходы к диагностике и лечению туберкулёза и других заболеваний органов дыхания». Речь шла о достижениях фтизиатрической службы страны. За последние 20 лет заболеваемость снизилась почти в три раза, смертность – более чем в четыре. В 2021 г. ВОЗ исключила Россию из списка стран с высокими бремени туберкулёза. Это результат межсекторального взаимодействия. Но проблемы остаются, поэтому пристальное внимание на форуме уделялось актуальным темам туберкулёза с множественной и широкой лекарственной устойчивостью, сочетанного с ВИЧ-инфекцией, детского туберкулёза и, конечно же, пандемии COVID-19, которая негативно отражается на эпидемиологической ситуации.

Надо отметить, что конференция молодых учёных в значительной степени влияет на формирование будущей смены специалистов



Атаджан Эргешов и председатель Совета молодых учёных института Анжела Полякова поздравляют победительницу Ольгу Пискунову (слева)

противотуберкулёзной службы. События на форуме молодёжь посвятила себя поиску свежих подходов и новых решений. «Одним из базовых компонентов борьбы с туберкулёзом является интенсификация научных исследований и инноваций, быстрая трансляция достижений в практическое здравоохранение. Впереди у вас, – подчеркнул А.Эргешов, – огромное поле работы, ведь проблемы с туберкулёзом остаются, мир ждёт современных технологий, вакцин, тест-систем, препаратов».

Участие в конференции важно тем, что в ходе общения старшие передают молодому опыт предшествующих поколений. Например, в рамках школы молодых учёных, посвящённой актуальным проблемам ликвидации туберкулёза в России и мире, начинающие исследователи имели уникальную возможность из первых уст получить самую свежую информацию. Перед ними выступили именитые учёные, практики, организаторы здравоохранения, ведущие специалисты в области фтизиатрии и пульмонологии – профессора Сергей Борисов, Александр Апт, Пётр Яблонский, Александр Мушкин, представитель ВОЗ Салтанат Егеубаева и др. Юные исследователи задали корифеям фтизиослужбы стра-

ны вопросы, в том числе острые. Это свидетельство того, что наставники поддерживают их, доверяют, предоставляют свободу выбора.

Обращаясь к молодёжи, представитель ВОЗ в РФ Мелита Вуйнович предложила активно публиковаться в научном журнале её родной страны, где достигнуты хорошие результаты в борьбе с туберкулёзом, чтобы специалисты были ближе и сообщали ликвидировали опасную инфекцию. Такой посыл – действительно реальный шанс для творческого развития и взаимообогащения.

Конференция – это ещё и конкурс, победители которого получили признание жюри и коллег. Тезисы участников форума будут опубликованы в специальном выпуске «Вестника ЦНИИТ» и научном журнале «Серби».

Решая сегодня сложные задачи, определяя перспективы развития фтизиатрии на ближайшие годы, молодые учёные оптимистичны, устремлены в завтра. Старшие коллеги ожидают, что новые изыскания уже скоро послужат сохранению и укреплению здоровья людей.

Александр МЕЩЕРСКИЙ.

Фото
Вилаята АЛИЕВА.



Александр ПЕТРОВ,
депутат Государственной Думы РФ:

Все законодательные решения должны быть нацелены на локализацию полного цикла производства лекарств в пределах нашей страны, то есть на обеспечение гарантированной фармакологической независимости.

Стр. 4-5



Александр БАРАНОВ,
главный специалист
педиатр Министерства
здравоохранения РФ,
академик РАН:

Образование и здоровье – фундаментальные вещи, от которых зависит наше будущее.

Стр. 6-7

Александр ГАБИБОВ,
директор Института
биоорганической химии
им. М.М.Шемякина и
Ю.А.Овчинникова, академик РАН:

При появлении не только новых штаммов коронавируса, но и других инфекций мы готовы меньше чем за месяц начать создавать терапевтические вируснейтрализующие антитела. В руках отечественной науки есть такая технология.

Стр. 10



Тенденции

От итогов — к планам

Министр здравоохранения России Михаил Мурашко доложил Комитету Госдумы РФ по охране здоровья об основных результатах работы отрасли в 2021 г. Состоявшаяся встреча была «репетицией» большого отчёта Правительства, намеченного на 7 апреля.

Основные силы медиков в прошлом году были направлены на оказание помощи больным COVID-19: пролечено более 4,4 млн пациентов в стационарах и более 10 млн амбулаторно. В то же время, подчеркнул министр, удалось нарастить на 11% объём оказания высокотехнологичной помощи по другим профилям.

Что касается нормотворческой деятельности в сфере здравоохранения, министр отметил появление в минувшем году беспрецедентного количества изменений в законодательстве, новых постановлений Правительства и ведомственных приказов, касающихся в первую очередь обеспечения доступности медицинской помощи и лекарственного обеспечения.

– Также благодаря этим регуляторным изменениям удалось поддержать отечественный медпром и фармацевтическую отрасль, которые твёрдо стоят на ногах и помогают нам справляться с вызовами пандемии, – заявил М.Мурашко.

От итогов перешли к планам. Отвечая на вопрос депутатов о гарантиях бесперебойного медицинского и лекарственного обеспечения

населения в нынешних политико-экономических условиях, министр сообщил: объём лекарств для пациентов с хроническими патологиями, в частности, сахарным диабетом, сердечно-сосудистыми заболеваниями, есть на пять месяцев. Для федеральных льготников уже более 85% препаратов от годовой потребности поставлено в регионы, более того, в настоящее время заключаются договоры на поставки препаратов на 2023 г.

Министр сообщил также, что Правительство России решило авансировать госзакупки для медицинских организаций, работающих в системе ОМС. В настоящее время более 240 млрд руб. на эти цели уже переведены в субъекты РФ для лечебных учреждений.

Глава Минздрава анонсировал новый правительственный проект «Медицинская наука для человека». Речь, в частности, идёт о создании оборудования для медицинской реабилитации и «персональных помощников» – индивидуальных электронных приборов, которые передают данные пациента в облачные системы для их мониторинга врачом.

В 2022 г. начнётся реализация проекта цифровой трансформации здравоохранения в части формирования электронной медицинской карты пациента. Кроме того, стартует ранняя диагностика ещё нескольких врождённых и наследственных заболеваний.

Елена БУШ,
обозреватель «МГ».

Новости
Будущее — за молодыми!

На форуме «Траектория профессионального и карьерного развития молодого врача 2022» были представлены члены первого созыва Совета молодых врачей. В него вошли 16 активных и инициативных докторов, которые хотят улучшить здравоохранение Алтайского края.

Участники совета будут представлять в Министерстве здравоохранения края интересы молодёжи медицинских организаций и способствовать взаимодействию ведомства с новым поколением врачей. Они также смогут участвовать в разработке проектов нормативно-правовых актов, оказывать консультативную поддержку коллегам в профессиональных вопросах. «Молодые специалисты могут внести в работу организации что-то новое, нужное, прогрессивное, поэтому их необходимо поддерживать», — считает врач анестезиолог-реаниматолог Рубцовской городской больницы № 1 Евгений Захаров.

Елена ОСТАПОВА.

Барнаул.

Создать собственную систему оценки

При выполнении федеральных проектов и программ, а также государственных заданий на научные исследования Правительство РФ намерено отказаться от требования по наличию у учёных публикаций в зарубежных изданиях.

«Правительство планирует при выполнении федеральных проектов и программ, а также государственных заданий на научные исследования отменить требование по наличию публикаций в зарубежных научных изданиях, включённых в системы цитирования Web of Science и/или Scopus», — заявил заместитель председателя Правительства РФ Дмитрий Чернышенко. Вице-премьер поручил Министерству науки и высшего образования РФ оперативно внедрить собственную систему оценки эффективности научных исследований.

В действующей методике, с помощью которой Минобрнауки оценивает, в каком объёме научные организации выполняют государственное задание, более высокую оценку получают те исследователи, которые публикуют свои статьи в зарубежных изданиях. Обязательное наличие публикаций в международных базах научных изданий содержится и в условиях предоставления грантов от Российского научного фонда и финансирования в рамках ряда госпрограмм и проектов.

Андрей ДЫМОВ.

Психиатры обсудили актуальные проблемы

В Омске состоялся V Западно-Сибирский психиатрический форум. Мероприятие было посвящено 80-летию со дня рождения профессора М.Усова, заведовавшего кафедрой психиатрии, медицинской психологии Омского ГМУ с 1984 по 2003 г.

В работе форума приняли участие врачи-психиатры, психиатры-неврологи, психотерапевты, научно-педагогические работники, аспиранты, студенты. С докладами приехали ведущие психиатры и психотерапевты из разных городов России. Основные направления были сфокусированы вокруг актуальных проблем психопатологии на современном этапе, методологии и подходах к терапии психических расстройств.

Всего в конференции приняли участие в очном и заочном форматах более 200 человек. Участники встречи заслушали 16 докладов. Вопросы собравшихся, активность слушателей, жаркие дискуссии свидетельствовали о том, насколько живым, интересным и актуальным получился диалог. Вне всяких сомнений, этот обмен мнениями психиатров, психиатров-наркологов и психотерапевтов оказался полезным для всех.

Татьяна БЕРЕЗОВСКАЯ.

Омск.

Первый шаг после инсульта

В пятигорской городской больнице теперь для лечения и восстановления пациентов после инсульта используют новейшие технологии. В частности тренажер LokoHelp. Медучреждение получило его в рамках госпрограммы по оснащению отделений первичных сосудистых и региональных сосудистых центров. Программа входит в Национальный проект «Здравоохранение». Тренажер помогает не только заново научиться ходить, но и выработать здоровую, правильную походку после перенесённого заболевания.

В медучреждении к реабилитации пациентов после инсульта приступают, когда они находятся ещё в реанимационной палате. На втором этапе подключаются тренировки с помощью нового тренажёра. Уже проведено более 2300 процедур.

— Реабилитация на тренажере в комплексе с антиспастической терапией, которая снимает спазм мышц, снижает вероятность тяжёлой инвалидности у пациента с инсультом. У него восстанавливаются утраченные функции в максимальной степени. Благодаря такому оборудованию наши пациенты возвращаются к полноценной активной жизни, — отметила заместитель главного врача по лечебной части Елена Шкрёбец.

Рубен КАЗАРЯН.

Ставропольский край.

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

Профилактика

Социально-профилактический проект «Будь здоров, тундровик!» проводится Ямальским центром общественного здоровья и медицинской профилактики уже более 10 лет. По доброй традиции каждый год в День оленевода коренные северяне не только принимают участие в спортивных состязаниях, но и проходят комплексное профилактическое обследование в «автобусе здоровья».

В очередной, 13-й раз, в течение двух дней диагностику прошли более сотни коренных жителей. Врачи оценили работу сердца и сосудов, артериальное давление, уровень глюкозы и холестерина, определили состав тела, провели другие важные исследования. По итогам каждого пациента проконсультировал терапевт. Также ямальцы приняли участие в «школах здоровья» по здоровому питанию и отказу от вредных привычек.

Итоги осмотра показали, что тундровики, сохранившие традиционный образ жизни, имеют более высокий потенциал здоровья, чем коренные ямальцы, проживающие в сёлах. Поскольку сам образ жизни тундровых мужчин предполагает больше движения, некоторые показатели у них лучше, чем у хранители очага. К примеру, повышенный уровень артериального давления зафиксирован только у четверти мужчин (по сравнению с 45% женщин). А низкая физическая активность и повышенный уровень глюкозы и вовсе отмечены только у северянок. В целом же примерно у половины обследованных отмечается нерациональное питание и избыток веса. Связано это с тем, что многие коренные жители переходят

Сберечь высокий потенциал здоровья

На Ямале подвели итоги обследования тундровиков



на европейский тип питания, который содержит больше углеводов.

— Именно поэтому в ходе индивидуальных консультаций мы особо подчёркиваем важность традиционного уклада жизни, активного движения и правильного питания. Нужно, чтобы в рационе обязательно были рыба, оленина, дикоросы, — отмечает заместитель главного врача окружного центра общественного здоровья и меди-

цинской профилактики Наталья Половодова. — Также мы призываем всех регулярно посещать врачей. Профилактическое обследование позволит выявить отклонения в состоянии здоровья и предотвратить риск тяжёлых осложнений после коронавируса.

Иван АЛЕКСАНДРОВ.

Ямало-Ненецкий автономный округ.

Инициатива
Иду на Z

Сотрудники станции скорой медицинской помощи Красноярка выразили поддержку специальной операции по защите населения Донбасса, которую проводит российская армия. В поддержку наших военнослужащих, рискующих жизнями в Украине, спасая русскоязычное население этой страны, красноярские медики оформили машины «скорой» символом этой спецоперации — знаком «Z» и слоганом «Своих не бросаем!», ставшим её девизом.

— События, происходящие в Украине — наша общая боль и забота. Мы поддерживаем решение Президента и верим, что спецоперация принесёт мир. Врачам и медсёстрам — нашим коллегам, работающим в зоне боевых действий, — желаем выдержки, они тоже совершают настоящий подвиг, — поясняет цель акции фельдшер Ирина Путинцева.

Своих не бросаем
Поможем коллегам на Донбассе!

В России продолжается набор врачей-волонтеров для работы в лечебных учреждениях Донецкой и Луганской народных республик. Организацией и координацией отправки медицинских работников на Донбасс занимается Комитет Госдумы РФ по охране здоровья.

Как пояснил председатель комитета доктор медицинских наук Дмитрий Хубезов, сегодня в республиканских, городских и



районных больницах Донбасса наиболее востребованы хирурги, травматологи, анестезиологи-реаниматологи, именно этих специалистов там ждут в первую очередь. Командировки возможны на две недели либо на месяц. Российские врачи-добровольцы, которые готовы в свой отпуск оказать помощь донбасским коллегам, могут обратиться по телефону + 7 952 122 81 85 либо заполнить электронную заявку, воспользовавшись QR-кодом.

республиках, опровергают фейки о спецоперации, благодарят народ братской России.

— Мы готовы сегодня оказывать помощь людям, уехавшим из зоны боевых действий, а потом готовы будем оказывать им помощь по восстановлению мирной жизни на Донбассе. Своих не бросаем! — подчёркивает главный врач Красноярской станции скорой помощи Сергей Скрипкин.

Елена СИБИРЦЕВА. Красноярск.



(подробное интервью Д.Хубезова о том, в каких условиях работают российские медики в ДНР и ЛНР и какие задачи они решают, читайте в ближайшем номере «МГ»).

Игеу

По типовым проектам

Президент РФ Владимир Путин поручил федеральному Правительству до 1 июня 2022 г. обеспечить разработку и реализацию федеральной программы по восстановлению и строительству до 2030 г. в регионах России «объектов отдыха детей и их оздоровления, в том числе строительство объектов из быстровозводимых конструкций по типовым проектам». Поручение дано по итогам состоявшегося 17 декабря 2021 г. заседания Совета при Президенте РФ по реализации государственной политики в сфере защиты семьи и детей.

Правительству также необходимо предусмотреть финансирование мероприятий будущей федеральной программы. Ассигнования должны предоставляться из федерального бюджета начиная с 2023 г.

В другом поручении президента говорится, что Правительство РФ

до 1 июня текущего года должно рассмотреть вопрос об ограничении доступа граждан к водным объектам общего пользования и их береговой полосе, «используемым в целях организации отдыха детей и их оздоровления». Кроме того, к этому же сроку правительству поручено внести поправки в законодательство, которые установят запрет на изменение целевого назначения земельных участков, предоставленных для детских санаториев и лагерей.

Группа сенаторов во главе с заместителем председателя Совета Федерации Галиной Кареловой 11 февраля 2022 г. уже внесла в Госдуму законопроект, который предлагает установить запрет на перепрофилирование детских оздоровительных учреждений всех форм собственности. Сейчас документ рассматривают депутаты.

Изменения предлагается внести в ст. 13 Федерального закона № 124-ФЗ от 24 июля 1998 г. «Об основных гарантиях прав ребёнка в

РФ» и в ст. 98 Земельного кодекса РФ. В последнем документе предлагается прописать, что не должно допускаться изменение разрешённого использования земель рекреационного назначения, на которых расположены оздоровительные учреждения для детей, в том числе при смене собственника. Исключением могут считаться случаи, когда целевое использование участков становится невозможным «ввиду стихийных бедствий или иных обстоятельств, носящих чрезвычайный характер», а также по вине собственника.

По данным Минпросвещения России, более 400 лагерей в 68 регионах закрыты и не функционируют с 2015 г. из-за несоответствия современным требованиям. За 2019-2021 гг. в 20 регионах также было закрыто или перепрофилировано 52 детских оздоровительных учреждения разных форм собственности.

Григорий МАТВЕЕВ.

Акценты

Миллионы для беженцев

Федеральное медико-биологическое агентство России будет оказывать медицинскую помощь гражданам, вынужденно покинувшим территорию Донецкой, Луганской народных республик и Украины. На эти цели федеральное правительство выделило 200,2 млн руб. Распоряжение опубликовано на официальном интернет-портале правовой информации.

Средства выделены из резервного фонда Правительства РФ.

Из этих денег в 2022 г. будут предоставляться субсидии подведомственным ФМБА учреждениям здравоохранения для приобретения оборудования для оказания медицинской помощи гражданам России, Украины, ДНР, ЛНР и лицам без гражданства, а также для проведения диспансеризации и ПЦР-тестирования.

ФМБА поручено контролировать целевое и эффективное расходование средств. Ранее руководитель ФМБА Вероника Скворцова сообщила, что вся медицинская по-

мощь, организованная ведомством для эвакуированных с территории республик, будет бесплатной.

Минюст России в свою очередь зарегистрировал приказ Минздрава России № 161н от 11.03.2022, которым утверждена форма заявки субъекта РФ о перечислении трансфертов из федерального бюджета на компенсацию расходов, связанных с оказанием региональными медицинскими организациями медицинской помощи беженцам, а также затрат на проведение им профилактических прививок.

Олег РОМАШОВ.

Лекарства и рынок

Продолжение стабильного лекарственного обеспечения россиян – вопрос государственной важности. Поэтому такое внимание и населением, и практикующими медиками, и организаторами здравоохранения уделяется современной позиции крупных фармацевтических компаний (см. МГ № 10 от 16.03.2022). В последнее время ряд из них сделали заявления, разъясняющие сегодняшнее состояние дел.

Так, компания «Такеда» сообщила, что продолжает поддержку пациентов в России и делает всё необходимое для бесперебойных поставок лекарственных препаратов, в которых они нуждаются. На настоящий момент операционная деятельность компании в России, а также работа завода «Такеда» в Ярославле осуществляется в штатном режиме.

Напомним, что этот завод открывшийся 10 лет назад, стал одним из первых фармацевтических предприятий, построенных в РФ международной фармацевтической компанией. За это время общий объём инвестиций в строительство и развитие производства составил более 98,9 млн евро.

Мощности завода способны удовлетворить спрос на ключевые препараты компании в России и странах ЕАЭС. Кроме того, вместе с правительством области «Такеда Россия» реализовала проект по созданию образовательного центра на базе Ярославского промышленно-экономического колледжа. Созданная учебно-производственная база воспроизводит условия фармацевтического производства с учётом требований международных стандартов GMP. На базе центра проходят обучение студенты высших и средних профильных учебных заведений области.

Фарма остаётся

Об этом заявляют многие компании

«Здоровье, а иногда и жизнь пациентов зависят от наших лекарственных препаратов и терапии. Нам важно оказывать поддержку пациентам, где бы они ни находились. Мы остаёмся верны корпоративным принципам, что в текущих условиях приобретает особую важность. Работа нашего завода в Ярославле крайне важна для реализации миссии по обеспечению пациентов препаратами, которые им необходимы», – говорит президент «Такеда Россия» Елена Карташева.

Согласно заявлению компании, «Такеда» следит за развитием текущей ситуации и будет действовать, сохраняя верность своим принципам.

Официальное заявление о том, что компания продолжает вести свою деятельность, несмотря на текущую непростую ситуацию, поступило от имени генерального директора Merck Вiorphanга в России и СНГ Александра Штайнбаха. В нём сказано: «Нашим главным приоритетом на текущий момент является принятие всех необходимых мер для сохранения безопасности людей и поддержки поставок дистрибьюторам, обеспечивающим доступность препаратов для пациентов в России и странах СНГ. Ответственность, уважение, честность и прозрачность ведения бизнеса – наши главные ценности на протяжении всей многовековой истории существования компании. Именно ими мы руководствуемся для поддержания всех необходимых процессов в это сложное время».

Добавим, несколько лет назад компания отметила юбилей – 120-летие своей деятельности в России, сумев преодолеть за этот значительный срок многие сложные периоды нашей истории. При этом ряд международных фармацевтических компаний, продолжающих оставаться на рынке, намерен приостановить проведение клинических исследований в России. Вот один из подобных комментариев. «Компания Pfizer продолжит поддерживать клинические центры, участвующие в текущих программах клинических исследований, и участников, уже включённых в данные исследования в России, в соответствии со своей неизменной приверженностью интересам пациентов. Поддерживать непрерывности оказания помощи данным пациентам остаётся в центре нашего внимания. Клинические исследования, в которых в настоящее время не набраны участники, будут закрыты. Новые не будут проводиться в России. Pfizer также прекратит набор новых пациентов в свои текущие исследования, проходящие на территории страны».

Продолжит лечение пациентов, которые уже зарегистрировались для участия в исследованиях, и французская биотехнологическая корпорация Sanofi, которая также не собираются набирать новых пациентов из России для клинических исследований. (При этом компания не намерена останавливать поставки жизненно важных лекарств и вакцин).

Награды

За борьбу с ковидом!

Согласно Указу Президента РФ «О награждении государственным наградами Российской Федерации», ордена и медали получили 223 медицинских работника.

За высокий профессионализм и добросовестную работу по организации и оказанию медицинской помощи, предупреждению и предотвращению распространения коронавирусной инфекции (COVID-19) 139 медиков награждены Орденом Пирогова. Среди них врачи больниц

и других медицинских учреждений Москвы и Московской области.

Медалью Ордена «За заслуги перед Отечеством» II степени награждены восемь медиков, пятеро из которых являются сотрудниками Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М.Сеченова.

Работа 76 врачей, научных сотрудников, фельдшеров, медицинских сестёр, медбратьев и санитарок отмечена медалью Луки Крымского.

Соб. инф.

Особые условия

Рекордный результат

Экспортные поставки лекарственных препаратов из России по итогам 2021 г. поставили абсолютный исторический рекорд как в отношении объёмных показателей, так и в части динамики. Обеспечивался он практически исключительно за счёт поставок вакцин.

Относительно результатов 2020 г. рублёвый объём поставок вырос почти в 21 раз, динамику определяли, естественно, вакцины для профилактики COVID-19.

Натуральный объём экспорта вакцин в 2021 г. составил 15,5 млн упаковок. При этом относительно 2020 г. поставки в упаковках выросли в 8,3 раза.

За год на экспорт отгружалось 36 торговых марок вакцин, причём 1-е, 4-е и 12-е места занимают препараты для профилактики новой коронавирусной инфекции. На 3-м месте расположился безусловный лидер прошлых лет – вакцина для профилактики жёлтой лихорадки (ФНЦИРИП им. М.П.Чумакова

РАН). Абсолютный лидер рейтинга Гам-Ковид-Вак от Национального исследовательского центра эпидемиологии и микробиологии им. Н.Ф.Гамалеи, суммарный объём экспорта (без учёта поставок в страны ЕАЭС) составил более 66,9 млрд. А если учесть поставки Спутник Лайт (4-я строчка), то общий объём экспорта продукции, разработанной институтом, приближается к 90%. А вот на вторую строчку довольно неожиданно врывается вакцина Р-Кови от компании «Р-Фарм», препарат производится по лицензии Оксфордского университета и «АстраЗенека», в общем объёме экспорта вакцин препарат занял 4,7%, интересно, что поставки стартовали только в апреле 2021 г. Отметим также, что препарат пока не зарегистрирован в России, процедура стартовала только в начале 2022 г.

Список стран получателей российских вакцин в 2021 г. расширился на 32 позиции и достиг 76 регионов.

Алексей ПИМШИН.

ских пациентов», – отмечает вице-президент по клинической разработке и исследованиям BIOCAD Юлия Линькова. В ближайшие месяцы компания планирует запуск семи новых клинических исследований.

Это – только один из примеров того, что жизнь не останавливается и деятельность по улучшению здоровья россиян будет продолжена. Важно и то, что сегодня российская фарма получила новый толчок к развитию.

А если перейти от глобальных масштабов к бытовым, можно заметить, что и очереди в аптеках, похоже, потихоньку идут на спад. Недавно комментарий по их поводу озвучил главный специалист фармаколог Минздрава России Владимир Петров, предостерегая население от закупки больших запасов лекарств впрок.

«Мы наблюдаем ажиотажный спрос на препараты; за неделю из аптек выбирается тот же объём лекарств, которого обычно хватает на 2-3 месяца. Но оснований для ажиотажа нет – производство работает, поставки препаратов идут, в том числе – импортных», – подчёркивает он. По его словам, дистрибьюторы и производители в создавшейся обстановке просто не успевали подвозить нужное количество упаковок в аптеки, но сейчас ситуация стала налаживаться. Подтверждение тому – недавнее заявление, в числе прочих, и американской компании Eli Lilly. Все свои основные жизненно важные препараты – инсулины, лекарства для лечения онкозаболеваний, ревматоидного артрита, псориаза и др., компания продолжит поставлять в Россию.

Алёна ЖУКОВА,
корр. «МГ»

Москва.

Знакомо ли вам, уважаемый читатель, состояние дежавю? Те, кому оно знакомо, поймут автора этих слов: после состоявшегося на днях в Госдуме «круглого стола», посвящённого созданию национальной системы лекарственной безопасности, возникло чёткое ощущение очередной реинкарнации обсуждаемой темы. Другая площадка и другие участники дискуссии, но суть разговора и провозглашаемые лозунги точь-в-точь те, что были произнесены в декабре 2015 г. на сессии общего собрания Российской академии наук, посвящённой... правильно – достижению фармакологической независимости России.

По итогам той сессии РАН в «Медицинской газете» вышла статья, которая называлась «Фарма-независимость: цель или игра? Больше денег и меньше бюрократии – вот всё, что нужно для решения в России «лекарственного вопроса»». Ровно об этом же говорили участники нынешнего совещания в Госдуме с той лишь разницей, что семь лет назад свои просьбы и предложения к государству о поддержке разработки и производства отечественных лекарств адресовали учёные, а в этот раз – непосредственные участники фармацевтического рынка.

«Лопату в руки и пошли...»

Открывая дискуссию, руководитель экспертного совета по вопросам регулирования обращения лекарственных средств и медицинских изделий (Комитет Госдумы РФ по охране здоровья) Александр Петров сразу задал разговору оптимистичный настрой.

– Независимо от того, какая будет ситуация, на каждую гайку мы найдём свой болт, – сформулировал парламентарий задачу, стоящую перед законодателями. Как он пояснил, отечественная фарма и население «напряглись», все ждут от власти решений, и отвечать на многочисленные вопросы дипломатическим языком уже не хватает сил.

По его словам, в Российской Федерации сложилась государственная система лекарственного обеспечения, а должна быть национальная. Иными словами, фармацевтическая безопасность страны – забота не только органов власти, но и всех, кто в этом бизнесе участвует. Вот почему при принятии решений высокого уровня необходимо учитывать консолидированное мнение фармацевтического сообщества тоже.

– Сегодня в повестке четыре главные стратегические темы. Первая – создать не условную, а реально действующую систему лекарственной безопасности в России. Вторая – передать Правительству максимальные полномочия для оперативного принятия решений в этой области государственной политики. Третье – обеспечить, чтобы все российские фармпредприятия, стандартизованные по GMP, не обанкротились в нынешних условиях санкционного давления. И, наконец, главная задача – бесперебойно обеспечивать россиян лекарствами. Получилось так, что на фоне повышенного спроса буквально за три дня 10% населения успели запастись нужными препаратами, а 90% остались без них, – обозначил точки старта и финиша А.Петров.

Он также напомнил, что в России формируется программа ФАРМА-2030, базовой точкой которой должен быть запуск отечественного производства субстанций для лекарственных препаратов. «Лопату в руки и пошли копать фундаменты и строить новые заводы», – образно сформулировал задачу депутат.

Ещё один член Комитета по охране здоровья Леонид Огуль отметил: люди жалуются не столько на дефицит импортных препаратов, сколько на то, что отечественные лекарства в аптеках подпрыгнули в цене буквально на глазах. По его мнению, необходим оперативный мониторинг цен в аптечной сети со стороны контрольно-надзорных органов. Поддержку отечественному фармбизнесу в условиях санкций Госдума и Правительство обеспечили, но не для того же, чтобы он сказочно обогатился на трудностях, переживаемых страной и людьми.

Правительство не дремлет

В Федеральной антимонопольной службе, как заверил замести-

– Сегодня, в период санкций, направленных на ограничение возможностей нашей страны, особенно значимым становится формирование её фармакологической независимости, – ответила тогда научному сообществу руководство Минздрава России, поддержав его озабоченность и пообещав всяческое содействие министерства решению данной задачи. Ещё раз напомним, речь идёт о событии 2015 г. Прошло семь лет...

Не будем сейчас давать оценку действиям (или бездействию) Правительства и законодательной власти в прошедший временной промежуток, пусть это делает Президент России. Сосредоточимся на том, как видят пути достижения лекарственной безопасности Российской Федерации новое поколение чиновников и депутатов, а также отечественные производители и продавцы лекарств. Самое время задуматься и поговорить об этом: жареный петух явился в очередной раз. Страну обложили санкциями по всему периметру, что при нашей лекарственной импортозависимости создало угрозу больших проблем для системы здравоохранения и граждан.

тактическое влияние на ассортимент фармацевтического рынка. Здесь ключевое слово заместителя министра «тактические», так как глобальных проблем с лекарственным обеспечением отрасли и аптек, по его заверению, случиться не должно.

– Этот сложный период дан нам для того, чтобы мы могли донести до системы лекарственного обеспечения, а именно проанализировать ситуацию со всех сторон, спрогнозировать её дальнейшее развитие и оперативно внедрить комплекс регуляторных мер. Среди них я бы отметил, прежде всего, многоступенчатое реагирование на риски дефектуры. Первая ступень – индексация цен на лекарственные препараты как импортные, так и отечественные, которые в подавляющем большинстве случаев имеют в себестоимости

Как живёшь, страна?

Картинка, которую рисуют представители органов исполнительной власти, контрольно-надзорных органов, увы, не всегда совпадает с тем, как видят происходящее «на местах». Так, комментируя выступления чиновников о том, что с лекарственным обеспечением населения проблем нет, депутат Александр Петров предложил им не пользоваться официальными справками, которые присылают из субъектов РФ, а чаще общаться с людьми. К примеру, в Еврейской автономной области, из поездки в которую он только что вернулся, на отложенном спросе стабильно находятся почти 5 тыс. льготных рецептов, и люди просят парламентариев помочь навести порядок.

Министр здравоохранения Ростовской области Юрий Коб-

Острая тема

Реинкарнация проблемы или второе пришествие «жареного петуха»

Фармзависимость России снова оказалась в центре внимания власти



тель руководителя ФАС Тимофей Нижегородцев, будут подходить к разрешению об индексации цен на лекарственные препараты дифференцированно, а не «чохом» для каких-то целых товарных групп или производителей. Главное для производителей – вовремя подать соответствующую заявку в ведомство.

Что же касается активного переписывания ценников в аптеках, заместитель руководителя Росздравнадзора Дмитрий Пархоменко пояснил: повышение цен происходит в сегменте товаров вне перечня жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов (ЖНВЛП), то есть там, где цены не регулируются государством. Что касается препаратов из категории ЖНВЛП, цены на них если и меняются, то исключительно в рамках допустимого коридора.

– Плановые проверки аптечных организаций на определённый период отменены, но внеплановые проводятся будут. И не только по ценообразованию и ассортименту, но и по правилам отпуска. В этой связи хочу напомнить аптекам, что рецептурные препараты должны отпускаться исключительно по рецепту врача. Ситуации, когда они продаются десятками упако-

вок без предъявления рецепта, имеют место, и это недопустимо, – подчеркнул Д.Пархоменко, недвусмысленно давая понять, что стремление аптек заработать на повышенном спросе населения может обернуться для них серьёзными неприятностями со стороны контрольно-надзорных органов и прокуратуры.

О том, есть ли реальный дефицит каких-то препаратов или риски его возникновения, рассказал заместитель министра здравоохранения России Сергей Глаголев.

– За время пандемии коронавирусной инфекции нами накоплен опыт регулирования препаратов с потенциальным риском дефицита, – сразу обозначил чиновник уровень готовности Минздрава к работе в условиях форс-мажора.

По словам заместителя министра, в текущей ситуации спорадические случаи перебоев могут быть, с одной стороны, результатом повышенного спроса на медицинские органы управления здравоохранения и потребителями в аптеках, а с другой, у поставщиков существуют объективные логистические проблемы и сложности с банковским кредитованием. Данные обстоятельства оказывают

валютную составляющую. Соответствующее постановление уже подготовлено в Правительстве РФ. Вторая ступень – изменение процедуры допуска производителей и поставщиков лекарств на наш рынок. Мы можем при необходимости быстро обеспечить ввоз в страну препаратов в импортной упаковке, зарегистрированных в РФ. А следующим этапом может быть решение о разрешении на ввоз незарегистрированных в РФ препаратов, – перечислил С.Глаголев.

Таким образом, в Минздраве и Правительстве создаётся система фаст-трек для лекарств, которые необходимо завозить из-за рубежа, и для отечественных препаратов, которые требуют срочной замены субстанций. «Превращаем внешние вызовы в нашу силу», – вдохновил аудиторию чиновник. Он заверил участников дискуссии в том, что Минздрав рад взаимодействовать со всеми субъектами фармрынка, так как «полировка регуляторных решений крайне важна для их эффективной реализации».

Забегая вперёд, скажем, что не все, кто принимал участие в обсуждении, использовали для «полировки» идеи регулятора мягкие салфетки. Некоторые эксперты прошли по ним наждаком.

зев сообщил, что в целом ситуация с лекарствами пока стабильная. Наблюдается снижение ассортимента лекарств в розничной сети, это коснулось 115 товарных наименований, однако есть синонимическая и аналоговая замена для этих препаратов. Складских запасов препаратов для системы льготного лекарственного обеспечения достаточно на календарный год. При этом у региона есть своё видение того, как страна могла бы избежать возможных последствий санкций.

– Да, Госдума и Правительство принимают решения оперативно, но цены меняются ещё быстрее. В частности, на расходные материалы для глюкометров, из-за чего мы не можем их закупить, стоимость меняется каждый день. Предлагаем ввести государственную регистрацию цены производителя, а также ограничить размер наценок на медицинские изделия, включённые в льготный перечень. А с целью профилактики перебоев в поставках лекарств считаем необходимым централизовать закупки ряда препаратов. Данная мера позволит также снизить их стоимость и получить существенную экономию бюджетных средств, – такие предложения озвучил Ю.Кобзев.

Видимо, для сведения федеральных чиновников, которые пытались успокоить аудиторию, региональный министр заметил, что в настоящее время происходит заметный рост цен на препараты вне перечня ЖНВЛП, а также на лекарства в ценовом сегменте дороже 500 руб.

– Мы пообщались со всеми поставщиками и аптеками, у них, естественно, на всё есть объяснения: увеличилась стоимость кредитных денег, выросли затраты на логистику и хозяйственные расходы, и даже почему-то они закладывают в стоимость лекарств рост цен на бумагу, – недоумевает представитель субъекта РФ.

Министр здравоохранения Республики Алтай Валерий Елыколов доложил, что, посчитав остаток препаратов, здесь пришел к выводу: совершенно спокойно можно жить до середины года, даже если будут скачки цен. Но дальше, подчёркивает министр, хотелось бы подстраховаться на

случай отказа поставщиков от исполнения контрактов, а такие риски существуют.

– Наше предложение в этой связи: внести дополнения в закон о бюджете Федерального фонда ОМС на 2022-2024 гг. в части возможности использования средств нормированного страхового запаса на приобретение лекарств. Сегодня такой законной возможности нет. Второе наше предложение – создать на федеральном уровне справочник-каталог лекарственных препаратов и медицинского оборудования, производимого в РФ и странах Юго-Восточной Азии, чтобы не допустить срыв поставок этого товара, – обратился к парламентариям и чиновникам В.Елыкомов.

Последнее предложение подержала директор Федерального центра планирования и организации лекарственного обеспечения граждан Елена Максимикина. Она считает важным через СМИ активно продвигать фармацевтическую продукцию, производимую на территории Российской Федерации. Это необходимо потому, что до сих пор врачебное сообщество не ориентировано на то, чтобы перекладывать пациентов на лекарства и изделия медицинского назначения отечественного производства.

Что думает бизнес

Разумеется, первым делом бизнес хочет даже в столь непростых экономических условиях сохранить возможность получать прибыль, но при этом и человеческое лицо сохранить. Всё-таки речь идёт о производстве и продаже товара, без которого обойтись невозможно. Отсюда и предложения, адресованные Правительству, ФАС и Госдуме.

– Учитывая, что лекарства – это социально значимый товар, принимать решения об индексации цен на ЖНВЛП, как бы необходимо это ни было, можно только параллельно с решениями, которые помогут снять часть финансовой нагрузки с потребителей. В частности, считаю целесообразным инициировать установление нулевой ставки налога на добавленную стоимость по препаратам из перечня ЖНВЛП и по лекарствам, в отношении которых ограничиваются торговые наценки. Параллельно считаю необходимым введение адресной лекарственной поддержки тех граждан, которые в этом нуждаются, – дипломатично сформулировал президент «Деловой России», председатель совета директоров компании «Р-Фарм» Алексей Репик.

Кроме того, А.Репик считает необходимым принять решения, которые упрощали бы для лечебных учреждений процедуру госзакупки медикаментов в условиях нынешних технологических рисков, которые случаются из-за разрыва цепочек поставки препаратов.

Выступление следующего эксперта заставляет вновь и вновь задаваться вопросом, о чём думали в течение всех предшествующих лет, от кого это зависит, прекрасно зная, что страна сидит на западной лекарственной игле? Даже имея достижения в разработке оригинальных фармакологических соединений и биотехнологических препаратов, мы не можем их произвести без того, чтобы не поклониться в ноги зарубежным партнёрам и конкурентам.

Итак, генеральный директор Ассоциации российских фармацевтических производителей Виктор Дмитриев напомнил, что фармацевтическая промышленность, с одной стороны, наукоёмкая отрасль, а с другой – она очень тесно завязана на смежниках.

– Я выделил четыре составляющих, которые необходимы для достижения фармацевтической независимости страны: технологическая, регуляторная, финансовая и ментальная. Самая уязвимая позиция – технологическая, в России не выпускается оборудование для производства лекарств, здесь мы на 100% зависимы от импорта.

Понятно, что мы завтра не можем полностью воспроизвести это оборудование, но задуматься хотя бы о выпуске отдельных запчастей для экстренного ремонта следовало бы. Далее, выяснилось, что мы и от импортного картона тоже зависимы. На картоне, который производится у нас в стране, маркировка лекарств расплывается. Мы будем браковать качественную продукцию только из-за того, что картон не держит печать штрих-кода, получается клякса, – говорит В.Дмитриев.

Ментальная составляющая не менее важна. Понятно, что лучший способ борьбы с ажиотажным спросом – заполненные товаром полки аптек, но не всегда это возможно. Так, приводит пример эксперт, пропали лекарства для лечения заболеваний щитовидной железы. Глава производителя компании-производителя наиболее востребованного препарата заверяет, что поставки в Россию продолжают, но на фоне повышенного спроса за одну неделю из розницы «вымели» двухмесячный объём этого лекарства.

– То есть препараты импорта в страну идут, но у населения складывается впечатление, что они уже не поступают. Надо вести разъяснительную работу с людьми, иначе так и будем постоянно оправдываться и опровергать фейки, – сделал важное замечание эксперт.

Генеральный директор группы компаний «Герофарм» Пётр Родионов пояснил, что происходит с ценами на лекарства, с точки зрения самого бизнеса.

– Наши предприятия производят препараты не только из перечня ЖНВЛП. И на сегмент вне списка ЖНВЛП мы сами цены не поднимаем. Но в аптеках они выросли в 2-3 раза как в Москве, так и в регионах. Разговариваем с руководителями аптечных сетей, они объясняют, что у них деньги дорогие, но самое главное – говорят, что есть спрос даже при возросших ценах, – говорит П.Родионов.

Таким образом, аптеки не видят ничего плохого в том, чтобы на волне повышенного спроса продавать лекарства дороже. Это важное замечание производителя лекарств явно адресовано контрольно-надзорным органам, которые пока весьма благосклонно воспринимают происходящее.

– В отношении препаратов из списка ЖНВЛП дела с рентабельностью обстоят хуже. За семь лет цены на наши инсулины выросли всего на 1%, так как мы сами их сдерживали. Но запас прочности исчерпан. Сегодняшние внешние цены не позволяют нам укладываться в прежнюю себестоимость. Отправили письмо в ФАС просьбой об индексации цен, но скорее всего просьба не будет учтена, да и Росздравнадзор не видит здесь риска возникновения дефектуры. Тем не менее, мы свои предостережения им озвучили, – предупредил бизнесмен.

Он также не разделяет оптимизма многих своих коллег в отношении того, что зарубежные фармкомпании выполняют все свои обещания о поставках в Россию. В мировой истории есть примеры обратного.

Его мнение поддержал президент компании «Активный компонент» Александр Семёнов: в ситуации, когда с Россией ведётся реальная экономическая война, говорить о том, что будут какие-то послабления со стороны иностранных фармпроизводителей, как минимум наивно. По его словам, уже двадцать лет ведутся разговоры о том, что России нужны свои стандартные образцы для фармацевтического производства. Неделю назад поступили официальные письма из европейской и американской агентств о том, что в Россию прекращаются поставки стандартных образцов. Между тем, 99,9% нашей фармпродукции разработано на основе либо европейской, либо американской фармакопеи. Какие-то остатки образцов на российских предприятиях есть, но новых поступлений

больше не будет. И теперь экстренно в течение полугода нам нужно разработать как минимум 800 позиций стандартных образцов и примесей, а это крайне сложная работа, предупреждает А.Семёнов.

– На мой взгляд, есть некая связка: когда нас лишают стандартных образцов, на основе которых каждый день мы можем анализировать качество лекарственных препаратов, производимых в России, и в это же время раздаются предложения о поставках зарубежных препаратов без регистрации и в иностранных упаковках, – это, на мой взгляд, отличный способ за один год убить российскую фарму и получить выжженную пустыню. Что произойдёт после этого, будут ли по-прежнему поставаться импортные лекарства в Россию, и куда пойдут деньги от их продажи, бог его знает, – высказал мнение представитель российского фармбизнеса, тем самым «отполировав» предлагаемые решения регулятора, как тот и просил.

А.Семёнов уверен в том, что надо поддерживать реальное импортозамещение на фармрынке, сейчас самое время это делать. Нужны долгосрочные инвестиционные контракты под льготные кредиты. Также крайне важно наладить всю цепочку производства фармсырья, включая реактивы и реагенты, которые на 90% получаются из нефти, газа и угля, которыми наша страна, к счастью, богата.

Исполнительный директор Национальной ассоциации производителей фармпродукции Надежда Дороган поддержала коллегу, сказав, что ещё в ноябре 2021 года направила в Минпромторг письмо с конкретными предложениями о налаживании выпуска отечественных субстанций для фармпроизводства. Не получив ответа, через некоторое время напомнили о своём письме чиновникам. И вот на дворе март 2022 года, но никакого ответа из министерства в Ассоциации так и не получили.

Выступавшие на площадке Госдумы представители фармацевтической отрасли предложили государству при подготовке любых регуляторных мер сначала обсуждать это со специалистами, работающими в фарминдустрии. Помимо этого звучали вполне конкретные идеи поддержки данного бизнеса: льготное кредитование, снижение или отмена НДС и даже, возможно, обнуление ввозных таможенных пошлин. В ответ на это член Комитета по охране здоровья Александр Петров заметил, что само по себе предложение об отмене НДС на лекарства неплохое, однако есть сомнения в том, что эта налоговая льгота снизит цены на лекарства в продаже. Даже если они реально снизятся у фармпроизводителей, длинная цепь дистрибуторов, которая выстроилась за каждым препаратом, нивелирует своими накрутками эту налоговую льготу.

Обобщая сказанное, организаторы дискуссии подчеркнули: все законодательные решения должны быть нацелены на одно – локализацию полного цикла производства лекарств в пределах нашей страны, то есть на обеспечение гарантированной фармакологической независимости. У нас есть фармаука, есть сеть фармпредприятий, но нет собственного производства субстанций, вспомогательных веществ, упаковочных материалов и собственно станков для выпуска таблеток и растворов.

– Два завода по производству отечественных инсулинов могут в любой момент остановиться только из-за того, что станки, выпущенные немецкой компанией, подключены и управляются ею через интернет. Даже бомбу бросать не надо – достаточно кому-то по ту сторону границы внести изменения в программное обеспечение, – грустно заметил А.Петров. Куда уж более убедительное подтверждение того, насколько сильно мы от них зависим.

Елена БУШ,
обозреватель «МГ».

Ориентиры

Праздник науки

В РНИМУ прошла очередная Пироговская студенческая научная конференция

В Российском национальном исследовательском медицинском университете им. Н.И.Пирогова состоялась XVII Международная (XXVI Всероссийская) Пироговская научная медицинская конференция студентов и молодых учёных. В ней приняли участие студенты, ординаторы, аспиранты, выпускники вузов из разных регионов России и других стран мира. Мероприятие традиционно стало настоящим праздником науки. Уже второй год оно проходит в онлайн-формате.

выявлять самые талантливые молодые умы. Умение анализировать материал, видеть за целым деталями – важные качества любого врача, – подчеркнула заведующая кафедрой общественного здоровья и здравоохранения им. Ю.П.Лисицына РНИМУ академик РАН Наталья Полунина.

Экспертиза работ участников проходила в два этапа. Девяносто два эксперта, среди которых как сотрудники РНИМУ, так и независимые представители сторонних организаций, отбирали научные труды в рамках первого (заочно-го) тура. В день презентации до-

Студенческое научное общество РНИМУ им. Н.И. Пирогова

XVII

Международная Пироговская научная медицинская конференция студентов и молодых ученых



Подчёркивая масштабность научной встречи ректор РНИМУ академик РАН Сергей Лукьянов отметил: «Мы очень рады, что мероприятие проводится, несмотря ни на какие трудности. Конференция носит отчётливо международный характер. Мы обнаружили, что целый ряд организационных вопросов в онлайн-формате решается более эффективно. Но это не компенсирует потери с точки зрения живого общения и обмена в эмоциональной сфере».

Действительно, Пироговская научная конференция – важное событие для представителей научного мира. В нынешнем году подано 614 тезисов, из которых 264 были представлены в финальный день мероприятия. Участники выступили с докладами в рамках 14 секций, среди которых акушерство, гинекология и репродуктология, болезни сердечно-сосудистой системы, медицинская психология и гуманитарные науки, фармакология, фундаментальная медицина и т.д. В конференции приняли участие студенты и молодые учёные более чем из 10 стран. Среди российских городов максимальное количество тезисов было подано из Москвы, Санкт-Петербурга, Белгорода, Екатеринбурга, Ижевска, Краснодара, Казани, Красноярска, Саранска, Хабаровска.

Важность конференции как интеллектуальной площадки для обмена практическими и теоретическими знаниями отметил ректор по научной работе РНИМУ, руководитель Центра высокоточного редактирования и генетических технологий для биомедицины, доктор биологических наук, профессор РАН Денис Ребриков: «Биомедицинская наука – самый активно развивающийся сегмент научно-исследовательских работ. Уверен, что проведение таких молодёжных конференций послужит толчком к появлению новых инновационных подходов в практическом здравоохранении и развитию фундаментальных научных исследований».

«То, что мы проводим всероссийскую конференцию в 26-й раз, говорит о том, что мы смогли найти инструмент, позволяющий

кладов 120 членов компетентного жюри (не только из России, но и Белоруссии, Казахстана, Узбекистана) оценивали выступления начинающих медиков и деятелей науки».

Проректор по инновационной деятельности, директор филиала РНИМУ в Ташкенте, кандидат биологических наук Дмитрий Шагин в приветственном слове вспомнил косвенного «виновника» научного торжества – Николая Пирогова и его знаменитую фразу, ставшую девизом для медицинского сообщества: «Учиться и жить есть одно и то же».

О важном тренирующем факторе конференции, который готовит молодых специалистов к будущей жизни, напомнил декан педиатрического факультета, заведующая кафедрой госпитальной педиатрии № 2, доктор медицинских наук, профессор Лидия Ильенко.

Помимо докладов участники и гости мероприятия смогли прослушать лекцию «Образовательные траектории выпускников медицинских специальностей» проректора по послевузовскому и дополнительному образованию, заведующей кафедрой организации профессионального образования и образовательных технологий факультета дополнительного профессионального образования РНИМУ, кандидата медицинских наук Ольги Природовой.

В завершение форума председатели секций, жюри и гости поблагодарили организаторов конференции – студенческое научное общество университета, его научного руководителя декана международного факультета Надежду Былову, а также волонтеров, которые обеспечивали бесперебойную работу всех подразделений.

Члены жюри отметили высокий уровень подготовки докладов, которые охватили огромный пласт научного знания. Итак, студенты и молодые учёные сделали первый важный шаг на профессиональном пути. Пожелаем им новых достижений в научной работе.

Александр ОДЕР.

Вряд ли сегодня можно назвать более масштабное мероприятие среди медиков страны, чем XIX съезд педиатров. Несмотря на пандемию COVID-19 и сложную общеполитическую обстановку, он собрал свыше 12 тыс. участников. Из них 2229 присутствовали лично, прибыв в Москву из большинства регионов Российской Федерации, остальные присоединились онлайн. И надо сказать, гибридный формат несколько не снизил значимость форума. Конечно, все были рады встрече вживую, но и общение в онлайн-пространстве приносило глубокое удовлетворение. Дискуссии порой столь накалялись, что стиралась и без того незаметная грань между теми, кто находился по разные стороны экрана. Симпозиумы, совещания, пленарные заседания, «круглые столы», лекции, дискуссионные сессии – все форматы были востребованы.

Что там новенького?

Конгрессы педиатров проходят ежегодно, а съезды раз в 5 лет, причём регулярность мероприятий незыблема. И всякий раз в их проведение привносится что-то новое, хотя, казалось бы, всё возможное исчерпано. Ан, нет! Организаторы находят, чем заинтересовать, удивить, о чём упомянуть с приставкой «первые».

Впервые в рамках съезда прошёл конгресс педиатров Восточной Европы и Центральной Азии. Детские врачи Азербайджана, Белоруссии, Казахстана, Сербии, Узбекистана представили свои доклады. Эти заседания были продолжены сессией с участием докторов из Европейской и Международной педиатрических ассоциаций.

– Нам представляется, что в нынешнее сложное время все детские врачи должны сплотить свои усилия в интересах детей, а не подвергаться каким-то ненужным делениям, в том числе по национальному признаку, – отметила президент Союза педиатров России академик РАН Лейла Намазова-Баранова, открывая съезд.

Стало уже традицией напоминать и о юбилейных датах. В 2022 г. их немало, в частности 175 лет со дня рождения одного из основоположников педиатрии в России Николая Филатова. Но с нынешнего года решено посвящать историческим личностям специальные симпозиумы, лекции. Так, мордовским отделением Союза педиатров России организована секция в честь 175-летия Н.Филатова. Иркутским и екатеринбургским отделениями – секция, посвящённая 110-летию академика Валентины Бисяриной. Неонатологи своё заседание посвятили 225-летию Повивального института при Петербургском воспитательном доме.

Ещё из новостей. Переформатировали вакцинальную ассамблею, теперь она называется «Защита поколения». Педиатры объединились с другими профессиональными ассоциациями: терапевтов, семейных врачей, эпидемиологов, инфекционистов, онкологов, акушеров-гинекологов, постаравшись сплотить всех вокруг проблемы предотвращения инфекционных болезней.

В общем, отличительных моментов было немало. Но и устоявшийся ход форума не нарушался. Как всегда, в нём нашлось место и для плодотворной работы, и для отдохновения души.

Съезд был организован большим количеством министерств и ведомств, 16 профессиональными ассоциациями, 10 университетами, 8 НИИ и НМИЦ, 3 учреждениями здравоохранения ФМБА. Но инициатором и вдохновителем являлся Союз педиатров России, роль которого неоспорима.

– Трудно переоценить значение Союза педиатров России и его многолетнего лидера академика Александра Александровича Баранова как идеолога и активного участника развития российской системы охраны здоровья матери и ребёнка, – отметил в видео-приветствии министр здравоохранения России Михаил Мурашко.

Спасибо за то, что существует такая мощная профессиональная организация как Союз педиатров России, и что проводятся конгрессы. Мы рады к вам приехать. Когда видим объявление, что очередной съезд педиатров состоится, понимаем, значит, всё хорошо.

Из выступления заместителя главного врача медицинской службы «Артека» Анны Кошечевой

У съезда, конечно, по сравнению с конгрессом, свои задачи – прежде всего, проанализировать происходящее в детском здравоохранении, вскрыть проблемы, наметить пути их решения. Поэтому обсуждались актуальные вопросы в

нинга на 36 заболеваний. Сложность, как отметила Е.Байбарина, заключается в логистике. Так как оборудование для тандемной масс-спектрометрии имеет колоссальные мощности, то если поставить его в каждый субъект РФ, оно будет

Акценты

С ЧУВСТВОМ, С ТОЛКОМ

Так в Москве прошёл съезд педиатров России



Пленарное заседание открывает А.Баранов

педиатрическом образовании, фундаментальной науке, практической деятельности. Среди них – подготовка квалифицированных кадров, обеспечение высоких стандартов работы, качественное ведение пациентов.

Неоднозначные показатели

– Около 30 млн детей страны находится под наблюдением педиатров, – напомнила директор Департамента медицинской помощи детям и службы родовспоможения Минздрава России Елена Байбарина. – И хоть в целом детское население пока ещё растёт, число младенцев первого года жизни начало снижаться, так же как и количество женщин репродуктивного возраста. И это возлагает на нас особые обязательства, – мотивировала педиатров представитель штаба отрасли, отметив достижения и недочёты.

По её словам, инфраструктура службы стремительно меняется. Дооснащены современным оборудованием 96% детских поликлиник, построено 9 больниц. Внедряются новые технологии, способы профилактики и лечения.

Есть подвижки в нормативно-правовом поле. Внесены изменения в Федеральный закон № 323-ФЗ в части применения препаратов офф-лейбл при оказании помощи детям. Вступил в силу приказ о медицинской реабилитации. С 2022 г. стартовал новый федеральный проект «Оптимизация для восстановления здоровья медицинская реабилитация», куда входят и взрослые, и дети. Самое главное – предусматриваются средства на дооснащение реабилитационных отделений.

Планируется, что с 1 сентября вступит в действие приказ о новом порядке оказания помощи по профилю «детская онкология и гематология».

Принята стратегия развития иммунопрофилактики, которой предусматривается внедрение в ближайшие годы вакцинации против ротавирусной инфекции, ветряной оспы, вируса папилломы человека. Совершенствуется Национальный календарь профилактических прививок. В него уже включена вакцинация против гемофильной инфекции для всех детей.

Ведётся работа по обеспечению расширенного неонатального скри-

Съезд педиатров страны – важная площадка для эффективного обмена клиническим, научным и преподавательским опытом. Хочу выразить благодарность Союзу педиатров России за эффективное сотрудничество. Вы – наш надёжный, верный партнёр.

Из приветствия заместителя председателя Счётной палаты РФ Галины Изотовой

простаивать. Поэтому принято решение оснастить этими приборами 8 наиболее крупных медико-генетических центров и прикрепить к ним регионы.

Касаясь показателей, характеризующих работу службы, Е.Байбарина привела ряд данных.

– Нас часто упрекают, что уменьшается количество детских коек, – сказала она. – Но уменьшается количество тех коек, которые менее востребованы, например, туберкулёзных (из-за снижения заболеваемости), гнойной хирургии. Зато увеличивается число высокотехнологичных и реабилитационных.

Особо остановилась Елена Николаевна на профилактическом направлении, отметив его как отличительную черту российского здравоохранения, которое является преемником советской системы.

– Не должно быть утеряно положительное, – подчеркнула Е.Байбарина. – К сожалению, охват профилактическими осмотрами в связи с пандемией снизился. В 2020 г. – до 68%, за неполный 2021 г. – до 80%. Беспокоит и качество профосмотров. Задача педиатров – не только выявить патологию, но и правильно, своевременно проводить лечебные мероприятия, осуществлять профилактику факторов риска.

Как отметила руководитель «детского главка», снижается первичная заболеваемость, что радует. Однако нужно понять, с чем это связано.

– Очень важно не просто назвать, а объяснить показатели детского здравоохранения, – считает профессор Николай Ваганов. По его словам, заболеваемость снизилась потому, что в период пандемии COVID-19 резко сократилось число обращений в детские поликлиники. По той же самой причине уменьшился охват профилактическими осмотрами.

Количество детей в объёмах госпитализации в областные, краевые и республиканские детские стационары, где оказываются все виды специализированной медицинской помощи, тоже уменьшилось.

– Мы думали, что дневные стационары могут компенсировать недостатки круглосуточных, но нет. И в дневных стационарах резкое снижение получивших помощь, – обрисовал ситуацию Н.Ваганов.

На 1,5 млн меньше, чем в предыдущие годы, оказалось число поступивших на стационарное лечение. А вот больничная летальность и у детей первого года жизни, и у детей от 0 до 17 лет серьёзно повысилась. Профессор обратил внимание на то, что дети первого года жизни в 90% случаев погибали в условиях стационара.

открытие медицинских факультетов сейчас осуществляется без согласования с Минздравом и Минобрнауки, то есть сам вуз готовит документы, получает лицензию и определяет свою дальнейшую работу, не имея порой ни должной базы, ни научной составляющей, ни преподавателей. Можно себе представить качество такой подготовки.

Из года в год плановый приём на первый курс увеличивается, особенно на лечебный и стоматологический факультеты, в отличие от педиатрического. Но это увеличение не влияет положительно на

образом на численность врачей в стране. Потому что наблюдается огромный отток врачебных кадров в частную медицину и вообще уход из профессии.

– Получается, мы за государственные деньги готовим специалистов для частных клиник, – поставил вопрос Н.Володин.

Динамика обеспеченности педиатрами снижается, количество поступивших на первый курс сокращается. Как отметил Н.Володин, много говорится о роли симуляционных центров в подготовке кадров. Но эти центры недоступны большому количеству медицинских факультетов из-за высокой стоимости. А если даже они и есть, то при таком объёме студентов не могут обеспечить должный уровень освоения мануальных навыков. И самое главное – нет преподавателей, чтобы эти симуляционные центры использовались как следует.

На Западе отсутствие объёмов подготовки у постели больного компенсируется на этапе последипломного образования обучением в резидентуре (от 3 до 7 лет). У нас в этом плане проблемы. Отменена даже интернатура. Выпускник сразу идёт работать в первичное звено, где концентрируется огромное количество детей, в том числе с хронической патологией, глубоко недоношенных. Только через 3 года он может поступить в ординатуру, и то, как правило, в платную. Ему остаётся продолжать трудиться на том же месте, без перспектив дальнейшего профессионального роста или перехода в высокотехнологичные клиники.

Происходит старение преподавательских кадров в вузах.

– Наши предшественники создали цепочку, которая позволяла сохранить школу. Сегодня цепочка «научный студенческий кружок – ординатура – аспирантура – сотрудник кафедры» нарушена, – считает Н.Володин.

О необходимости сохранения отечественных традиций медицинского образования говорил и профессор из Волгограда, заведующий кафедрой акушерства и гинекологии Николай Жаркин. По его словам, учебные программы

Это счастье – быть членом Союза педиатров России, быть педиатром, дарить здоровье детям.

Из выступления главного врача Челябинской областной детской клинической больницы Галины Киревой

– Уровень подготовки выпускников клинической ординатуры по неонатологии и акушерству-гинекологии не может нас удовлетворять, – сказал академик РАН Николай Володин. – Довольно большой процент имеет низкую степень освоения теоретических знаний и самое главное – мануальных навыков.

Ещё хуже обстоят дела у выпускников медицинских вузов. Подготовка медицинских кадров ведётся в 48 вузах Минздрава России и на 45 медицинских факультетах университетов Министерства науки и высшего образования. Причём

меняются каждые 3-5 лет, причём в сторону сокращения, примитивизма и удаления от медицинской практики. Постулат великого Мудрова и Боткина «Учите у постели больного» сейчас считается вообще неприличным. Потому что это якобы затрагивает право пациента на своё волеизъявление. Замену нашли в манекенах, иногда в роботизированных, симуляционных аппаратах. В результате этого у студентов и ординаторов за годы учёбы формируется отношение к пациенту как к бездушной кукле, которая находится в полной власти и зависимости от врача. С другой стороны, когда



Награды – лучшим

молодой доктор встречается с живым пациентом, он не знает, что делать, как правильно оценить его состояние. Из-за этого случаются ошибки, затягивание лечения и разочарование в профессии.

– Считаю, что студенты-медики должны с первого курса участвовать в практической работе, – уверен Н.Жаркин.

По его мнению, следует прекратить манипуляции с учебными программами медицинских вузов, восстановить вступительные экзамены. Сейчас нет оценки профпригодности, это приводит к тому, что в медицину приходят люди, неспособные врачевать. Нужно не бояться отчислять неуспевающих как профессионально непригодных. В России практически все поступившие оканчивают вузы, отчисляются единицы. А, например, во Франции, в Сорбонне из 5 тыс. принятых бесплатно на первый курс медицинского факультета к моменту выпуска остаётся не более 100 человек.

нодефицитов, считает А.Румянцев. Кроме того, должны быть условия для проведения полногеномного секвенирования.

– Неонатальный скрининг – не самоцель, – заметил на это директор Национального медико-генетического центра член-корреспондент РАН Сергей Куцев. – Заболевание, которое выявляется, должно иметь лечение. Поэтому относительно первичных иммунодефицитов не всё так просто.

По выражению С.Куцева, скрининг имеет смысл только тогда, когда существует лечение, ведь он всего лишь выявляет группы риска. Затем идёт подтверждающая диагностика. А самое главное – маршрутизация и ведение этих пациентов.

Межведомственное взаимодействие

Прекрасно понимаю, что одним детским врачам трудно противостоять напору негативных факто-

говоря, не приветствует, особенно в старших классах, где высока учебная нагрузка.

Не обозначена роль дошкольно-школьных отделений внутри поликлиники, отсутствует ресурсное обеспечение профилактической работы в образовательных организациях. В ряде регионов – разные источники финансирования этих отделений и участковой службы (бюджет, ОМС). Как организовывать профилактику, в частности профосмотры, если нет внутренней системы взаимодействия. Как передавать документы? Много разговоров по поводу создания единого цифрового контура, но пока его нет.

– С одной стороны, мы заявляем о колоссальной потребности в профосмотрах. С другой, у нас нет возможности проанализировать результаты и скоординировать деятельность участковой педиатрической службы и дошкольно-школьной, то есть неорганизованного и организованного детства, – резюмировал А.Ким.

Что касается обеспечения медицинскими кадрами, то даже в Санкт-Петербурге укомплектован-



Как всегда зал был полон

ность образовательных учреждений врачами снизилась с 62 до 59%. Около 70% работающих в дошкольно-школьных отделениях врачи старше 50 лет. А что будет завтра? Послезавтра?

Плюс социальный аспект

Большое значение в педиатрии всегда придавалось социальным факторам, воздействующим на ребёнка. Эта тема нашла отражение и на нынешнем съезде, в том числе в связи с пандемией COVID-19, которая, кроме непосредственно инфекционной составляющей, привнесла очень серьёзные изменения в жизнь всех детей страны. Закрытие школ, локдаун, изоляция отразились на их эмоциональном и физическом благополучии.

– COVID-19 – это не просто пандемия, это – синдемия, – утверждает Наталья Устинова, руководитель отдела социальной педиатрии НИИ педиатрии и охраны здоровья детей Центральной клинической больницы РАН.

Синдемический характер обозначает необходимость комплексного мультидисциплинарного подхода к защите здоровья детей.

НИИ педиатрии было инициировано масштабное исследование влияния пандемии COVID-19 на детское население. Кроме клинической составляющей активно изучали медико-социальные последствия для семей с детьми. Выяснилось, что в период пандемии значительно уменьшилось количество тех, кто удовлетворён качеством медицинской помощи. Почти половина родителей считают, что изменения в организации медицинской помощи, перерывы в оказании плановых медицинских услуг, отсрочка в госпитализации негативно отразились на здоровье ребёнка. Причём семьи с детьми с инвалидностью сильнее пострадали, чем семьи без нарушений здоровья у детей.

– Педиатрическая помощь, включая вакцинацию, не должна прерываться, – подчеркнула Н.Устинова.

Конгресс педиатров России – великолепная платформа для расширения пространства знаний.

Из выступления президента Европейской педиатрической ассоциации Массимо Мантовани

Съезд – самая широкая, самая главная площадка в нашей стране, где можно говорить правду. Правду о состоянии системы детского здравоохранения, состоянии педиатрии. Только здесь, благодаря комплексному подходу всего педиатрического сообщества, реально выработать оптимальное решение и попытаться что-то изменить в существующем положении дел.

Из выступления главного врача городской поликлиники № 37 Санкт-Петербурга Андрея Кима

Тему продолжил профессор Леонид Чичерин из Национального НИИ общественного здоровья им. Н.А.Семашко, сделал акцент на медико-социальных аспектах. По его словам, в стране из 17 млн семей с детьми 5,7 млн – это семьи с матерями-одиночками, ещё 600 тыс. с отцами-одиночками. Если в 1950 г. распалось 4% браков, то в 2020 г. – 73%. Неблагополучие в семье, естественно, сказывается на детях. Порядка 30 тыс. мальчиков и девочек до 12 лет ежегодно убегают из дома, пропадают (правда, 94% находят живыми и невредимыми). Оказать поддержку такому контингенту были призваны отделения медико-социальной помощи поликлиник, создаваемые в

Профессор Линда Арнольд, работающая в отделении неотложной помощи Йельского университета (США), подняла вопрос охраны психического здоровья детей в эпоху COVID-19. (Кстати, несмотря на глубокую ночь, она вышла на связь и представила доклад «живую»).

По её словам, до пандемии 20% детей в возрасте от 3 до 17 лет в США имели различные психические, эмоциональные, поведенческие проблемы. 50% детей с диагнозом психических расстройств получали неадекватную терапию. То есть большое бремя заболеваний существовало ещё до пандемии коронавируса. Пандемия усугубила ситуацию с психическим здоровьем детей.

К сожалению, в обществе культивируются многие отрицательные качества, такие как ненависть, национализм, расхождение. Дети это всё особо чувствуют.

– Как педиатры мы понимаем важность продвижения здорового социально-эмоционального воспитания и должны заняться им, в том числе и среди родителей, и среди представителей правительства, чтобы дети могли правильно и хорошо развиваться. Нам надо быть адвокатами, чтобы больше финансов выделялось для служб и охраны психического здоровья подрастающего поколения, – сказала Л.Арнольд и призвала к активной жизненной позиции:

– Часто говорят: «Дети – наше будущее». Но будущее детей – в наших руках. Мы должны сделать всё возможное, чтоб убедиться, что дети защищены, что они в безопасности, что они накормлены должным образом, что у них есть нормальные возможности для развития.

Вместо заключения

Спектр тем, обсуждаемых на съезде, был настолько широк, что даже упомянуть всё невозможно. Скажу только, что он простирался от клинических аспектов до организационных. Посудите сами. В его рамках, помимо упомянутых мероприятий, прошёл форум для родителей пациентов, саммит медицинских специалистов и организаторов здравоохранения «Нутритивные компоненты программирования здоровья», конференция детских дерматологов, семинар «Страховая медицина в охране здоровья детей», форум «Волонтеры – детям России», Евразийский форум по редким болезням, форум детских медицинских сестёр, Международный форум детских хирургов, урологов-андрологов и травматологов-ортопедов. А ещё были предконгрессные заседания, мастер-классы.

А предвзяла съезд олимпиада для аспирантов и ординаторов, а также интерактивная игра для школьников – мероприятие, организованное в содружестве с Российским национальным исследовательским медицинским университетом им. Н.И.Пирогова и вызвавшее неподдельный интерес у десятков учеников и их преподавателей, прибывших из разных регионов страны.

Помимо деловой части, состоялась и торжественная, включившая чествование победителей конкурсов, организованных Союзом педиатров России, награждение, поздравления. Этого момента детские врачи всегда ждут с воодушевлением, потому что он позволяет каждому ощутить себя полноправным членом профессионального сообщества. Как сказала одна из участниц съезда: «Союз педиатров России – это для нас маленькая страна, но не сказочная, а реальная, которая даёт надежду на лучшее будущее».

Валентина ЕВЛАНОВА,
корр. «МГ».

Воспитать будущего педиатра – непростое дело. Без участия нашей профессиональной организации – трудновыполнимо. СПР даёт возможность почувствовать вкус к профессии, атмосферу дружбы, взаимопонимания, сопричастности. Все наши прошлые, настоящие и будущие победы мы связываем с Союзом педиатров России и лично с академиком А.Барановым.

Из выступления ректора Уральского государственного медицинского университета Ольги Ковтуна

Заглядывая в завтра

Академик РАН Александр Румянцев свой доклад посвятил врождённому ошибкам иммунитета, объясняя выбор темы тем, что это – дело будущей педиатрии. Первичные иммунодефициты, так называются врождённые ошибки иммунитета, к нынешнему году объединяют уже 450 заболеваний. Педиатры о них практически ничего не знают, поэтому выявляемость в России в 4 раза ниже, чем в Европе. Между тем генетические исследования позволяют установить дефект и в ряде случаев назначить этиологическое лечение.

Изменение ситуации А.Румянцев связывает со скринингом. Тест на определение иммунодефицитов уже сделан в России, зарегистрирован и производится.

По мнению академика, каждый новорождённый ребёнок, попавший в отделение реанимации и интенсивной терапии, должен проходить обязательное тестирование на первичный иммунодефицит или на какое-то другое расстройство, сопряжённое со снижением клеточного иммунитета. Это относится и к детям с пороками развития, и с экстремально низкой массой тела.

– При введении неонатального скрининга на иммунодефициты мы получим в 10 раз больше пациентов, чем имели, – полагает А.Румянцев.

А что дальше? А дальше, по замыслу А.Румянцева, необходимо организовать новую педиатрическую систему наблюдения. Дети, имеющие тяжёлый комбинированный иммунодефицит, должны сразу попадать в руки трансплантологов и получать пересадку в первые месяцы жизни. Дети с другими первичными иммунодефицитами вовремя обеспечиваются иммуноглобулинами. Недоношенные – находятся под специальным присмотром неонатологов и планово обследуются.

Межрегиональные центры должны быть снабжены возможностью определения 450 известных имму-

ров, влияющих на здоровье детей, Союз педиатров России выступил с инициативой об организации альянса педиатров, педагогов и родителей как уникальной платформы для объединения усилий.

– Образование и здоровье – фундаментальные вещи, от которых зависит наше будущее, – подчеркнул академик РАН Александр Баранов, открывая заседание секций педиатров и педагогов.

Необходимость совершенствования и развития школьной медицины обострил главный врач городской поликлиники № 37 Санкт-Петербурга Андрей Ким, подкрепив тезис фактами, свидетельствующими об изменении состояния здоровья школьников Северной столицы. Число детей первой группы здоровья за 3 года сократилось в 2 раза, а третьей-пятой (то есть с хронической патологией) наоборот, увеличилось в 2 раза.

За период обучения в школе болезни кровообращения возрастают в 4 раза, аномалии рефракции – в 6,5, щитовидной железы – в 7,5. Язвенная болезнь показывает рост в 16 раз, сколиозы – в 22,5. Эти данные идентичны в большинстве регионов РФ.

К сожалению, на сегодняшний день нет ни одного документа, который бы регулировал порядок межведомственного взаимодействия между Министерством просвещения и Министерством здравоохранения, хотя в своё время совместные приказы были. Отсутствует типовый договор между образовательной и медицинской организациями об оказании обучающимся медпомощи в школах. Не узаконены имущественные отношения между образовательными и медицинскими организациями. Доходит до смешного: кто должен платить за свет, отопление, ремонты.

Возникают сложности с организацией профилактических осмотров среди учащихся. Их проведение система образования, мягко

КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 11 (2323)

(Продолжение. Начало в № 11 от 23.03.2022.)

Рекомендовано в терапии инфекционных камней руководствоваться основными направлениями: по возможности полное удаление камней, подкисление мочи, обильное питье чистой воды и поддержание стерильности с помощью длительной химиофилактики (11, 12, 21) (УУР – С, УДД – 5).

Комментарий: Даже небольшие резидуальные фрагменты могут стать очагом колонизации и роста бактерий.

Все пациенты с инфекционными конкрементами относятся к группе высокого риска развития рецидива. Инфекционные конкременты состоят из струвита и/или карбонатапатита, и/или урата аммония. Бактериологический анализ мочи, как правило, показывает присутствие уреазопродуцирующих бактерий.

Наиболее важные виды уреазопродуцирующих бактерий:

– облигатные уреазопродуцирующие бактерии (> 98%): *Proteus spp.*, *Providencia rettgeri*, *Morganella morganii*, *Corynebacterium urealyticum*, *Ureaplasma urealyticum*;

– факультативные уреазопродуцирующие бактерии: *Enterobacter gergoviae*, *Klebsiella spp.*, *Providencia stuartii*, *Serratia marcescens*, *Staphylococcus spp.*

Примерно 0-5% штаммов *Escherichia coli*, *Enterococcus* и *Pseudomonas aeruginosa* могут вырабатывать уреазу.

Рекомендовано при цистиновых конкрементах применение основного способа предотвращения кристаллизации цистина: поддержание уровня pH мочи > 7,5, чтобы повысить растворимость цистина, и в обеспечении соответствующего восполнения жидкости — не менее 1,5 л/м² поверхности тела (табл.4) (11, 12, 21) (УУР – С, УДД – 5).

Комментарий: все пациенты с цистиновыми конкрементами относятся к группе высокого риска рецидива.

Таблица 4

Площадь поверхности тела

Новорождённый	0,25 м ²
Ребёнок 2 года	0,5 м ²
Ребёнок 9 лет	1,07 м ²
Ребёнок 10 лет	1,14 м ²
Ребёнок 12-13 лет	1,33 м ²
Взрослые	1,7 м ²

Для расчёта площади поверхности тела (ППТ) используются множество формул. Одной из них является формула Мостеллера

$$ППТ \text{ м}^2 = \sqrt{\frac{\text{вес (кг)} \times \text{рост (см)}}{3600}}$$

Рекомендовано применение следующего состава при цистиновых конкрементах: калия гидрокарбонат+лимонная кислота+натрия цитрат (дозировка подбирается индивидуально, согласно инструкции к препарату, для достижения pH мочи больше 7,5) в течение 6 месяцев под врачебным наблюдением и контролем общего анализа мочи не реже 1 раза в месяц (УУР – С, УДД – 5).

Рекомендовано применение при цистиновых конкрементах пенициллина** (противопоказан детям до 3 лет) внутрь по 20 мг/кг/сутки в 4 приёма (большая часть дозы – перед сном) (51) (УУР – С, УДД – 5).

Комментарий: Из-за серьёзных побочных эффектов пенициллина**, который образует с цистином растворимые комплексы, применяется в педиатрии с ограничениями, под строгим врачебным наблюдением и ежемесячным контролем клинического анализа крови и мочи, длительность определяется индивидуально в связи с возможностью развития пролонгированного эффекта.

Все пациенты с конкрементами из 2,8-дигидроксиаденина и ксантина относятся к группе высокого риска рецидива. Оба вида конкрементов встречаются редко. В целом диагностика и специфическая профилактика аналогичны таковым при конкрементах из мочевой кислоты.

Генетически обусловленная недостаточность аденин-фосфорибозилтрансферазы вызывает повышенное выведение с мочой плохо растворимого 2,8-дигидроксиаденина.

Рекомендовано рассмотреть применение пациентам с конкрементами из 2,8-дигидроксиаденина и ксантиновыми камнями аллопуринола** в высокой дозировке под контролем регулярных лабораторных исследований (21, 25) (УУР – С, УДД – 5).

Комментарий: У пациентов с ксантиновыми конкрементами, как правило, отмечается значительное понижение содержания мочевой кислоты в сыворотке крови. В настоящее время лекарственные препараты для коррекции этого состояния отсутствуют.

Рекомендуется назначение препаратов для лечения нефроуролитиаза калия гидрокарбонат+лимонная кислота+натрия цитрат у пациентов со склонностью к образованию уратных камней с целью растворения камней и профилактики их образования (1) (УУР – С, УДД – 5).

Мочекаменная болезнь

Национальные клинические рекомендации

Рекомендуется назначение аллопуринола** пациентам при стойком повышении уровня мочевой кислоты и её солей с целью уменьшения размера конкрементов и для профилактики камнеобразования (1) (УУР – С, УДД – 5)

3.2 Хирургическое лечение

Эффективными методами удаления конкрементов у детей в настоящее время являются дистанционная литотрипсия (ДЛТ), контактная литотрипсия с литоэкстракцией (контактная цистолитотрипсия), чрескожная нефролитотрипсия (перкутанная нефролитотрипсия с литоэкстракцией (нефролитолапаксия).

Рекомендуется решение об активном лечении по поводу конкрементов верхних отделов мочевыводящих путей принимать на основании состава конкремента, его размера и симптоматики (УУР – С, УДД – 5).

Комментарий: Конкременты почек могут существовать бессимптомно, тогда как конкременты мочеточника в большинстве случаев приводят к острой боли по типу почечной колики.

Рекомендовано активное удаление конкрементов мочеточника при:

- конкрементах с низкой вероятностью самостоятельного отхождения
- постоянной боли, несмотря на адекватное обезболивание
- стойкой обструкции
- нарушении функции почек (почечная недостаточность, двусторонняя обструкция, единственная почка) (1) (УУР – С, УДД – 5).

Рекомендовано активное удаление конкрементов почек при:

- росте конкремента
- конкрементах у пациентов с высоким риском камнеобразования
- обструкции, вызванной конкрементами
- инфекции
- конкрементах, сопровождающихся клиническими проявлениями (например, болью, гематурией)

- конкрементах размером > 15 мм; для детей (1-5 лет) > 1мм
- конкрементах размером < 15 мм, если наблюдение не является предпочтительной тактикой

- конкрементах, существующих > 2-3 лет (УУР – С, УДД – 5).

Комментарий: При выборе метода лечения следует учитывать предполагаемый состав конкремента, анатомические особенности чашечно-лоханочной системы и время нахождения конкремента.

Рекомендовано проведение дистанционной литотрипсии (ДЛТ) в случае камней почки до 20 мм у подростков и до 15мм у детей младшей (1-3 года) и средней (4-12 лет) возрастных групп, невысокой плотности до 1100 – 1200 Нс (УУР – С, УДД – 5).

Комментарий: современные литотриптеры имеют меньший размер и зачастую встроены в урентенологический стол. Они позволяют выполнять не только ДЛТ, но и другие связанные с ней диагностические и вспомогательные процедуры.

Эффективность ДЛТ зависит от литотриптора и следующих факторов:

- размер, локализация (в мочеточнике, лоханке или чашечке) и структура (плотность) конкремента

- особенности телосложения пациента
 - особенности проведения ДЛТ.
- Каждый из этих факторов оказывает большое влияние на частоту повторных сеансов лечения и исход ДЛТ.

Частота ударной волны
При снижении частоты ударной волны со 120 до 60-90 ударных волн в минуту достигается более высокая частота полного избавления от конкрементов.

Количество импульсов ударной волны, мощность и повторные сеансы ДЛТ.

Количество импульсов ударной волны, которые можно использовать за сеанс, зависит от типа литотриптера и мощности ударной волны. Повреждение тканей увеличивается по мере увеличения частоты ударной волны и с целью предотвращения повреждения почек следует в начале ДЛТ использовать импульс низкой мощности с дальнейшим постепенным повышением, благодаря чему достигается вазоконстрикция.

Не рекомендовано проведение ДЛТ при:
• геморрагическом диатезе (заболевания должны быть компенсированы минимум за 24 часа до и 48 часов после ДЛТ)

- нелеченных инфекциях мочевыводящих путей (ИМП)

- серьёзных деформациях опорно-двигательного аппарата и тяжёлой степени ожирения, которые не позволяют точно навести ударную волну на конкремент

- аневризме артерии, расположенной вблизи от конкремента, на который направлена ударная волна анатомической обструкции мочевыводящих путей дистальнее конкремента с целью предотвращения осложнений (УУР – С, УДД – 5).

Всем пациентам рекомендуется для минимизации пузырьков воздуха контактный гель выдавливать на головку литотриптора непосредственно из флакона, а не наносить гель рукой с целью предотвращения снижения эффективности дробления (УУ – С, УДД – 5).

Комментарий: большое значение имеет хороший акустический контакт между головкой литотриптора и кожей пациента. Дефекты (пузырьки воздуха) в контактном геле отражают 99% ударных волн, снижается эффективность дробления.

Во время процедуры ДЛТ (дистанционной уретеролитотрипсии/нефролитотрипсии) рекомендуется обязательно использовать методы визуализации для определения локализации конкремента с целью контроля проведения лечения (УУР – С, УДД – 5).

Рекомендуется обязательно обеспечить адекватное обезболивание во время процедуры ДЛТ, с целью ограничения движения пациента и увеличения дыхательной экскурсии (УУР – С, УДД – 5).

Рекомендуется проводить ДЛТ пациентам с внутренним стентом и с высокой вероятностью инфицирования (например, при наличии постоянного катетера, нефростомической трубки, инфекционных конкрементах) с лечебной целью (УУР – С, УДД – 5).

Не рекомендуется проводить внутреннее стентирование перед ДЛТ (дистанционной уретеролитотрипсии/нефролитотрипсии), так как оно не повышает количество успешных исходов с полным избавлением от конкрементов (УУР – С, УДД – 5).

Комментарий: В ряде случаев стентирование не обеспечивает эффективный отток гнойных и слизистых выделений, что приводит к увеличению риска развития обструктивного пиелонефрита.

При лихорадке и обструкции проводится срочная чрескожная пункционная нефростомия (ЧПНС).

При локализации конкрементов в нижней чашечке рекомендуется выполнение ПНЛ, даже если размер конкремента превышает 1,5 см с целью повышения эффективности лечения (УУР – С, УДД – 5).

Комментарий: При местонахождении камня в нижних чашечках после ДЛТ частота полного избавления от конкрементов ниже, чем при других локализациях. Это обусловлено тем, что фрагменты часто остаются в чашечке и приводят к повторному камнеобразованию.

Лечение пациентов с МКБ с помощью ДЛТ может оказаться неэффективным при наличии следующих факторов:

- острый угол между шейкой чашечки и лоханкой
- длинная чашечка

- узкая шейка чашечки.

«Каменная дорожка»

«Каменная дорожка» может не вызывать симптомов, а возможно будет сопровождаться болью в боку, лихорадкой, тошнотой и рвотой либо раздражением мочевого пузыря. Основная опасность заключается в обструкции мочеточника, высоком риске почечной недостаточности.

Если «каменная дорожка» не вызывает симптомов, рекомендуется начинать лечение консервативными методами – литокинетическая терапия значительно облегчает отхождение конкрементов и уменьшает необходимость в эндоскопической операции. Если самостоятельное отхождение «каменной дорожки» маловероятно, рекомендованы другие виды лечения (установка стента или ЧПНС) (УУР – С, УДД – 5).

Комментарий:

ДЛТ назначается как при наличии симптомов, так и без них, если отсутствует инфекция мочевых путей (ИМП) и присутствуют крупные фрагменты конкрементов (искусство ДЛТ – не допускать образования крупных фрагментов).

Уретероскопия в лечении «каменной дорожки» не уступает по эффективности ДЛТ.

Перкутанная нефролитотомия (нефролитотрипсия, нефролитолапаксия) (ПНЛ) показана в тех случаях, когда обструкция мочеточника сопровождается клиническими проявлениями при наличии ИМП или без неё.

Рекомендуется при «каменной дорожке» проведение контактной литотрипсии с целью эффективной терапии (УУР – С, УДД – 5).

Комментарий: Методов контактного дробления конкрементов существует несколько.

При проведении чрескожной нефролитотомии, рекомендуется использовать ультразвуковые, лазерные или пневматические литотриптеры для эффективной терапии (УУР – С, УДД – 5).

При твёрдых конкрементах в почках рекомендуется рассмотреть вопрос о применении лазерной (гольмиевой) контактной литотрипсии с целью проведения эффективного лечения (УУР – С, УДД – 5).

Комментарий: ПНЛ является «золотым стандартом» при лечении пациентов детского возраста с коралловидными и крупными конкрементами почек. ПНЛ предпочтительна при выборе метода оперативного лечения с максимально возможным успехом (более 80%) за один сеанс и низким койко-днём в стационаре (3-4 дня).

Для детей средней (4-12 лет) и младшей (1-3 года) возрастных групп рекомендовано отдавать предпочтение использованию инструментальной миниатюрного размера (мини-перкутанная нефролитотрипсия с целью повышения эффективности лечения (катетер диаметром 16 Ch защитный тубус), ультрамини-перкутанная нефролитотрипсия (катетер диаметром 12 Ch защитный тубус) (УУР – С, УДД – 3).

Комментарий: эта методика очень эффективна, однако при недостаточном опыте хирурга, возможны повреждения окружающих тканей, подготовка специалистов по ПНЛ занимает длительный период практики в специализированных стационарах, начиная с выполнения вмешательств у взрослых пациентов.

При проведении контактной литотрипсии с помощью ригидного нефроскопа рекомендуется использовать ультразвуковые, пневматические и гольмиевые литотриптеры. Среди гибких инструментов наиболее эффективным аппаратом рекомендовано считать гольмиевый лазер (УУР – С, УДД – 5).

ПНЛ рекомендована при:
• коралловидных конкрементах
• крупных конкрементах почки (более 2 см у подростков и до 1,5 см у детей младшей (1-3 года) и средней (4-12 лет) возрастных групп
• высокой плотности конкремента (более 1500 НУ)

- при локализации камня в нижней чашечке более 1-1,5 см
- множественных камнях в почке
- крупных камнях верхних отделов мочеточника (более 1 см)
- неэффективности дистанционной литотрипсии (УУР – С, УДД – 5).

ПНЛ не рекомендована при:
• инфекции мочевыводящих путей в острый период

- атипичной интерпозиции кишечника (на пути доступа к конкременту)

- опухоли на предполагаемом пути доступа к конкременту
- потенциально злокачественной опухоли почки
- противопоказаниях к общей анестезии, включая нарушения свёртываемости крови с целью предотвращения осложнений (УУР – С, УДД – 5).

Комментарий: при наличии гноя при пункции чашечно-лоханочной системы, оперативное вмешательство разделяется на два этапа: дренирование чашечно-лоханочной системы (ЧЛС) путём нефростомии, антибактериальная терапия согласно бактериологическому посеву; ПНЛ после консервативного лечения через 2-4 недели.

Стандартно ПНЛ выполняется в положении на животе, однако в редких случаях, возможно выполнение в положении на спине. Рекомендовано ПНЛ использовать, в большинстве случаев, в качестве монотерапии, но её также можно рекомендовать и в качестве «сэндвич терапии», с последующим выполнением ДЛТ (УУР – С, УДД – 5).

Комментарий: предоперационная визуализация (УЗИ, обзорные и экскреторные урограммы или КТ) позволяет получить информацию о локализации конкремента, строении ЧЛС и органах, расположенных на предполагаемом пути доступа к ЧЛС (например, селезёнка, печень, толстый кишечник, плевра, лёгкое).

Доступ формируют таким образом, чтобы обеспечить максимальную вероятность удаления наибольшего объёма конкремента от прилежащих органов, осуществить возможность осмотра и манипуляций в области зоны лоханочно-мочеточникового сегмента и создать безопасные условия для проведения операции.

При отсутствии возможностей и опыта ПНЛ рекомендуется рассмотреть вопрос о переводе в профильную по лечению МКБ клинику, при наличии противопоказаний ПНЛ рекомендовано обсудить возможность проведения контактной уретеронефролитотрипсии с целью выбора адекватной тактики лечения (УУР – С, УДД – 5).

Комментарий: цель контактной уретеронефролитотрипсии заключается в проведении уретеронефроскопии (УНС) и полном удалении конкрементов. Конкременты можно извлекать с помощью эндоскопических щипцов или корзинок (корзинка литотриптор). Щипцы позволяют безопасно отпустить конкремент, если он застрянет в мочеточнике, однако при этом извлечение занимает больше времени, чем при использовании корзинок (корзинка литотриптор).

Однако уретеронефролитотрипсия не позволяет адекватно выполнить осмотр ЧЛС, а также сопровождается высоким риском травматизации мочеточника во время уретероскопии, данный вид оперативного пособия целесообразно использовать строго по показаниям, в редких случаях.

Практика ведущих клиник России позволяет удалить практически все конкременты с помощью малоинвазивных оперативных вмешательств (ПНЛ, ДЛТ, КУЛТ, УНС), открытые оперативные вмешательства, в настоящее время показаны в единичных, индивидуальных случаях. При отсутствии возможности удаления конкрементов почек и мочеточника, необходимо рассмотреть вопрос о переводе пациентов в центры, обладающие всем арсеналом возможностей для выполнения малоинвазивных оперативных вмешательств.

Конкременты, которые нельзя извлечь целиком при уретероскопии (УРС), рекомендуется обязательно предварительно раздробить с целью достижения возможности их извлечения (УУР – С, УДД – 5).

Не рекомендуется рутинное применение стентирования перед УРС ввиду отсутствия для большинства пациентов необходимости данного вмешательства (УУР – С, УДД – 5).

Комментарий: тем не менее, предварительное стентирование облегчает проведение уретероскопии, повышает частоту полного избавления от конкрементов и снижает уровень осложнений.

Стент следует устанавливать пациентам с повышенным риском развития осложнений (например, при резидуальных фрагментах, кровотечении, перфорации, ИМП), а также во всех сомнительных случаях, чтобы избежать стрессовых неотложных ситуаций.

На практике большинство урологов предпочитают устанавливать стент на 1-2-й неделе после УРС. В динамике пациентам следует проводить обзорный снимок органов мочевой системы, КТ или УЗИ.

Рекомендуется максимально ограничить применение открытых операций в качестве терапии 2-й или 3-й линии из-за осложнения дальнейшего лечения этой группы больных и использовать их в экстренных сложных случаях (УУР – С, УДД – 5).

Комментарий: Совершенствование ДЛТ и эндоурологических операций (УРС и ПНЛ) обусловило значительное уменьшение показаний для проведения открытой операции по удалению конкрементов.

Рекомендовано проведение открытой операции только при невозможности проведения или неэффективности прочих методов лечения (УУР-С; УДД-5).

Комментарий:

- при неэффективности проведённых ДЛТ и/или ПНЛ, а также уретероскопической операции
- при обструкции лоханочно-мочеточникового сегмента
- при стриктуре мочеточника
- при сопутствующих заболеваниях
- при нефункционирующем нижнем полюсе (резекция почки)
- при нефункционирующей почке (нефрэктомия).

ПНЛ успешно может быть проведена при камнях сложной формы, расположенных в дивертикуле почки, в аномально расположенной почке, у пациентов с ожирением, контрактурах таза, деформациях нижних конечностей при наличии достаточного опыта у врача.

Рекомендуется проводить интраоперационное ультразвуковое сканирование в В-режиме и доплерографию с целью определения бессосудистых участков в почечной паренхиме, расположенных близко к конкременту или расширенным чашечкам (УУР – С, УДД – 5).

Комментарий: Это позволяет удалять крупные коралловидные конкременты с помощью множественных небольших радиальных нефротомий, не нарушая функцию почек.

Рекомендуется рассмотреть лапароскопическую операцию для удаления конкрементов почек при: наличии камней сложной формы; неэффективности проведённой ДУВЛ и/или эндоурологических операций; анатомических аномалиях; тяжёлой степени ожирения (УУР – С, УДД – 5).

Рекомендуется рассмотреть лапароскопическую операцию для удаления конкрементов мочеточников при:

- необходимости хирургического вмешательства по поводу сопутствующих заболеваний
- неэффективности других проведённых неинвазивных или малоинвазивных операций (УУР – С, УДД – 5).

Комментарий: метод сопряжён с меньшими послеоперационными осложнениями по сравнению с открытой операцией, однако в настоящее время при наличии опыта ПНЛ и контактной уретеролитотрипсии лапароскопические методики не нужны и могут использоваться крайне редко.

3.3. Иное лечение

3.3.1. Хемолиз

Пероральный хемолиз конкрементов или их фрагментов может быть эффективной терапией. Возможно его применение в дополнение к ДЛТ, ПНЛ, УРС или открытому оперативному вмешательству для облегчения выведения небольших резидуальных фрагментов.

Чрескожный хемолиз применяется редко (возможен при струвитных конкрементах) и имеет низкую доказательную базу.

Результаты применения хемолиза в качестве терапии 1-й линии проявляются только через несколько недель, поэтому его, как правило, назначают в дополнение к эндоурологическим методам лечения.

- Рекомендуется перед назначением хемолиза обязательно определить состав конкремента с целью оценки необходимости проведения данного вида терапии (УУР – С, УДД – 5).

Комментарий: конкременты, содержащие ураты, в основном поддаются хемолиту, за исключением натриевых солей мочевой кислоты и урата аммония.

Рекомендуется применение комбинированной терапии с использованием ДЛТ и хемолиза как самый малоинвазивный способ лечения пациентов с коралловидными «инфекционными» конкрементами, полностью или частично заполняющими ЧЛС, которым не показана ПНЛ (УУР – С, УДД – 5).

Комментарий: дробление конкремента приводит к увеличению поверхности конкремента, что повышает эффективность хемолиза.

Рекомендуется при конкрементах из мочевой кислоты (за исключением натриевых солей мочевой кислоты и урата аммония) применять пероральный хемолиз с целью эффективного их растворения (УУР – С, УДД – 5).

Комментарий: Этот метод лечения эффективен и проводится в сочетании с дренированием мочевыводящих путей. Эффект возможен при полной приверженности родителей/родственников/пациента к выполнению рекомендаций лечащего

врача. В основе лечения лежит ощелачивание мочи с помощью приёма препаратов калия натрия гидроцитрат или калия гидрокарбонат+лимонная кислота+натрия цитрат (цитратных смесей) или пищевой соды. Уровень pH мочи необходимо поддерживать в пределах 7,0-7,2. Дозу ощелачивающего препарата подбирают индивидуально. Измерять уровень pH мочи с помощью тест-полосок необходимо через равные промежутки времени в течение дня.

4. Медицинская реабилитация, медицинские показания и противопоказания к применению методов реабилитации

Не требуется.

5. Профилактика и диспансерное наблюдение, медицинские показания и противопоказания к применению методов профилактики

5.1. Профилактика

Пациентам группы высокого риска повторного камнеобразования необходимо проходить медикаментозное лечение. Как правило, медицинские препараты применяются в сочетании с общими профилактическими мерами.

Рекомендовано пациентам с угрозой рецидива уролитиаза назначать препарат (препараты) для предотвращения камнеобразования с целью профилактики повторного образования конкрементов (УУР – С, УДД – 5).

Комментарий: Препараты для лечения нефроуролитиаза (щелочные цитраты).

Среди препаратов, применяемых в урологии (подщелачивающих) наиболее распространены: калия натрия гидроцитрат, калия гидрокарбонат+лимонная кислота+натрия цитрат. Дозы препаратов для лечения нефроуролитиаза (щелочных цитратов) у детей 0, 1-0, 15 мг/кг/сут

Препараты для лечения нефроуролитиаза (щелочные цитраты) назначаются:

- для коррекции гипоцидрурии
- ощелачивания мочи
- угнетения кристаллизации и агрегации оксалата кальция (первичная гипероксалурия 1-го типа)
- угнетения агрегации фосфата кальция.
- #аллопуринол**
- #Аллопуринол** применяют для профилактики повторного образования конкрементов, состоящих из оксалата кальция, так как установлена связь между гиперурикозурией и образованием таких конкрементов, а также из мочевой кислоты, урата аммония, 2,8 дигидроксиаденина (детям от 1-3 мг/кг/сут).
- #пиридоксин**.

В связи с отсутствием других эффективных способов лечения, целесообразно назначать #пиридоксин** с целью снижения выведения оксалата у пациентов с первичной гипероксалурией 1-го типа (начальная доза 5 мг/кг/сут, максимальная 20 мг/кг/сут).

Рекомендуется консультация врача-генетика после установления диагноза наследственной формы уролитиаза пациенту и/или его официальным представителям, с целью разъяснений генетического риска, обсуждения возможностей пренатальной и преимплантационной диагностики.

Уровень убедительности рекомендации С (уровень достоверности доказательств – 5).

Комментарий: семьям с детьми с генетическими формами уролитиаза рекомендуется медико-генетическое консультирование с целью определения генетического риска. Риск повторного рождения ребёнка с генетическими формами уролитиаза зависит от типа наследования. В семьях, где есть ребёнок с генетическим заболеванием, возможно проведение пренатальной и преимплантационной диагностики. Для этого родителей необходимо направить в специализированные диагностические лаборатории и медицинские центры.

5.2. Диспансерное наблюдение

5.2.1. Общие принципы ведения детей с мочекаменной болезнью

Диспансерное наблюдение продолжается не менее 5 лет (при наличии генетической патологии – пожизненно) и включает в себя:

- Осмотр специалистов:
- педиатр – раз в месяц
- нефролог – раз в 2-3 месяца
- детский уролог-андролог – раз в 3-6 месяцев
- стоматолог – раз в 6 месяцев
- офтальмолог – раз в год
- оториноларинголог – раз в год
- генетик при необходимости (при генетических формах уролитиаза).

Лабораторные исследования:

- общий (клинический) анализ мочи (раз в 3 месяца и по показаниям);
- анализ крови биохимический общетерапевтический (раз в 3 месяца в течение первого года наблюдения, далее раз в 6 месяцев и по показаниям);

– ультразвуковое исследование органов мочевой системы (ультраультразвуковое исследование: почек, мочеточников, мочевого пузыря) (раз в 3 месяца в течение первого года наблюдения, далее раз в 6 месяцев и по показаниям);

– рентгенологическое обследование: рентгенография почек и мочевыводящих путей, экскреторная урография (внутривенная урография) (по показаниям);

– микробиологическое (культуральное) исследование мочи на аэробные и факультативно-аэробные условно-патогенные микроорганизмы, с определением чувствительности микроорганизмов к противомикробным препаратам. Обследование следует повторять после проведения курса терапии. При отсутствии роста микрофлоры антибиотикотерапия должна быть прекращена и назначен контрольный анализ (раз в 3 месяца в течение первого года наблюдения, далее раз в 6 месяцев и по показаниям);

– pH-метрия мочи (определение концентрации водородных ионов (pH) мочи) (раз в 3 месяца в течение первого года наблюдения в течение 3-5 дней). Ведение дневника показателя кислотности мочи;

Дети относятся к группе пациентов высокого риска повторного камнеобразования. Следует учитывать, что, кроме операции по удалению конкрементов, лечение требует тщательного исследования обмена веществ и факторов окружающей среды в каждом конкретном случае.

Основными направлениями профилактики камнеобразования и лечения на амбулаторном этапе являются коррекция метаболических нарушений камнеобразующих веществ в крови и моче, санация мочевыводящих путей и нормализация значения pH мочи.

Лечение для каждого пациента рекомендуется разрабатывать индивидуально в зависимости от возраста, химической формы уролитиаза, характера сопутствующих заболеваний.

5.2.2. Диетотерапия и рекомендации по образу жизни

Рекомендовано повышение объёма потребляемой жидкости пациентам с мочекаменной болезнью с целью предупреждения повторного образования конкрементов (УУР – С, УДД – 5).

Комментарий: Существует обратная зависимость между образованием конкрементов и высоким потреблением жидкости. Пациентам с риском образования конкрементов рекомендуется поддерживать высокий диурез и обильное потребление жидкости. Предпочтительно использование очищенной воды до 2-3 л в сутки.

Рекомендуется ограничивать потребление продуктов, богатых оксалатами, чтобы избежать их избытка, особенно пациентам с повышенной экскрецией оксалатов (УУР – С, УДД – 5).

Комментарий: хотя витамин С является предшественником оксалата, мнения о его роли в качестве фактора риска для образования конкрементов, состоящих из оксалата кальция, остаются противоречивыми. Тем не менее, целесообразно рекомендовать пациентам с камнеобразованием избегать чрезмерного потребления витамина С.

Много оксалатов содержится, например, в свекле (ботва, плоды, мангольд), шпинате, портулаке, ревене, щавеле, зелени репы, одуванчика, эндивия, капусте кале (кейл), в орехах (арахис, пекан) и др. В шоколаде и коле, которые нередко употребляют дети, также достаточно высокое содержание оксалатов, и хотя в настоящее время нет убедительных данных в отношении эффективности лишь рестриктивных диетических мероприятий (изучались только случаи комбинации диетической терапии и приёма #пиридоксина**), тем не менее, следует предполагать, что подобное ограничение – эффективно в терапии и профилактике повторного камнеобразования у детей с гипероксалурией.

Рекомендуется поощрять употребление в пищу фруктов и овощей, богатых клетчаткой, пациентам с мочекаменной болезнью в связи с их положительными эффектами (за исключением продуктов, богатых оксалатами пациентам с оксалурией (УУР – С, УДД – 5)).

Комментарий: в настоящее время роль овощей и фруктов в предотвращении рецидивов камнеобразования остаётся неясной, однако высокое содержание калия в этих продуктах способствует повышению pH мочи.

Всем пациентам с МКБ/склонностью к образованию мочевых конкрементов рекомендуется избегать чрезмерного потребления животных белков с целью уменьшения факторов риска камнеобразования (УУР – С, УДД – 5).

(Окончание следует)

Третий год человечество живёт в условиях пандемии, и столько же мировая наука стремится распознать все тонкости иммунопатогенеза COVID-19. Казалось бы, зачем тратить на это время и силы, если схемы терапии более-менее отработаны, какие-никакие вакцины сконструированы? На самом деле именно затем, что результат «более-менее» и «какие-никакие» не является оптимальным.

Медицине нужны для лечения пациентов с инфекцией, вызванной SARS-CoV-2, именно противовирусные препараты прямого действия, а не средства, которые подобраны «методом тыка» из имеющегося арсенала. Но главное – необходима доработка вакцин таким образом, чтобы обеспечиваемая ими иммунная защита сохранялась дольше 5-6 месяцев, как это происходит сегодня. Решение этих задач в принципе невозможно без досконального изучения того, как ведут себя системы гуморального и клеточного иммунитета при COVID-19. А здесь при всём объёме уже имеющихся сведений работы ещё немало, что позволяет разным научным центрам заниматься разными аспектами этой темы, порой придерживаясь прямо противоположных взглядов.

Начало начал

Так, в Государственном научном исследовательском институте особо чистых биопрепаратов ФМБА (Санкт-Петербург) считают важной количественную и качественную оценку Т-клеточного иммунитета к коронавирусу у пациента. Но прежде чем рассказать об этом, главный научный сотрудник Института член-корреспондент РАН Андрей Симбирцев сформулировал, как именно происходит «знакомство» SARS-CoV-2 и организма человека.

Вирус распознаётся, прежде всего, врождённым иммунитетом, который в ответ на появление патогена запускает синтез провоспалительных цитокинов и интерферонов I и III типов. Роль интерферонов очень велика: они оказывают прямое противовирусное действие, подавляя все стадии репликации SARS-CoV-2, а также усиливают иммунный ответ. Ну а как коронавирус сопротивляется этому действию?

– Схема иммунопатогенеза COVID-19 выглядит следующим образом. Инфицирование эпителиальных клеток лёгких вирусом SARS-CoV-2 ведёт к подавлению синтеза интерферона, что в свою очередь вызывает развитие несбалансированного иммунного ответа с гипервоспалительной реакцией и цитокиновым штормом. Клинически это вызывает острый отёк лёгких, респираторный дистресс-синдром, а в далеко зашедших случаях – полиорганную недостаточность, – поясняет А.Симбирцев.

Таким образом, уже очевидно, что коронавирус в процессе эволюции приобрёл способность подавлять продукцию основного противовирусного медиатора – интерферона I и III типов. Также очевидно, что именно синтез интерферона I типа в организме человека влияет на течение коронавирусной инфекции, это подтверждено большим количеством наблюдений: высокая и ранняя выработка ИНФ I ассоциирована с лёгкими формами заболевания, напротив, когда синтез ИНФ I типа отсрочен во времени, имеется ассоциация с тяжёлым течением заболевания.

Теперь самый интересный вопрос: почему у одних заболевших реализуется один сценарий, а у других – иной? По словам эксперта, в основе иммунопатогенеза коронавирусной инфекции, вероятно, лежит дисбаланс врождённого иммунитета у части людей. Коронавирус подавляет в их организме синтез интерферонов I и III типов и увеличивает синтез провоспалительных цитокинов, что приводит к тяжёлым клиническим проявлениям.

– А что мы видим при анализе приобретённого иммунитета? Он тоже реагирует на вирус. Доказано формирование вируснейтрализующих антител у людей, переболевших COVID-19. Причём, общий вывод всех научных работ на эту тему, опубликованных в мире с 2020 по 2022 г., таков: антитела к S-белку коронавируса являются нейтрализующими, тогда как антитела к N-белку и другим белкам такими не являются, – уточняет специалист.

Какой ответ измерять?

Заведующий лабораторией молекулярных механизмов иммунитета Института молекулярной биологии им. В.А.Энгельгардта (Москва) академик РАН Сергей Недоспасов считает иначе: необходимо определять у каждого человека его персональный уровень Т-клеточного иммунитета нет.

– А вот антитела, с моей точки зрения, измерять надо. Большинство людей, которые имеют хороший антителенный ответ и на вакцинацию, и на ревакцинацию, наверняка имеют Т-клеточный ответ, – уточнил эксперт.

в вирусологических лабораториях либо научных центрах, где есть специальные исследовательские псевдовирусные системы, – подчеркнул С.Недоспасов.

Важный вопрос, который обсуждается учёными и у нас в стране, и за рубежом – о периодичности ревакцинации и целесообразности комбинации препаратов для первичной и повторной прививок. По словам С.Недоспасова, достоверно установлено, что уровень антителенного ответа снижается после всех вакцин через 3-6 месяцев после прививки, при этом сама по себе необходимость вакцинации научно обоснована.

наш институт, было предпринято много попыток создать технологию «иммунизации в пробирке». Почему, собственно, мы боремся за антитела? Потому что бог или природа не придумали для нейтрализации патогенов ничего лучше антител, – поясняет директор Института биорганической химии академик РАН Александр Габиров.

Каковы результаты усилий американских учёных на этом пути, заокеанские СМИ сообщали ещё два года назад: согласно их информации, самый известный пациент, который, якобы, буквально за пару дней излечился от коронавирусной инфекции с помощью коктей-

Анализ и прогнозы

Атака и контратака

Как коронавирус и иммунитет взаимодействуют друг с другом?



Коль скоро главными героями в формировании приобретённого иммунного ответа являются Т-лимфоциты, которые помогают синтезу антител, в НИИ особо чистых биопрепаратов сосредоточились на разработке способа оценки уровня Т-клеточной памяти у пациента. Итогом труда учёных стал кожный тест.

– В пилотных клинических исследованиях нового диагностического теста мы увидели, что он чётко показывает наличие Т-клеточного иммунитета у переболевших и вакцинированных, тогда как здоровые люди, не контактировавшие с вирусом, имеют нулевой иммунный ответ. Это быстрая, дешёвая и пригодная для массового применения система оценки Т-клеточного иммунитета. Возможно, её удастся внедрить в широкую практику наряду с анализом антител как ещё один показатель состояния иммунной системы при коронавирусной инфекции, – выразил надежду А.Симбирцев.

Он также отметил, что научные данные об иммунопатогенезе COVID-19 можно использовать не только в диагностике, но и в иммунотерапии коронавирусной инфекции. Представитель ФМБА считает, что, прежде всего, следует воздействовать на систему врождённого иммунитета препаратами интерферона альфа-2b на начальной стадии инфекционного процесса или для его профилактики. Это архиважно, так как необходимо компенсировать уровень эндогенного интерферона, выработку которого в организме подавляет коронавирус.

– Далее, целесообразно проведение цитокиновой терапии для блокирования цитокинового шторма. Но поскольку это два разнонаправленных воздействия на систему цитокинов, такая терапия должна назначаться строго в зависимости от стадии болезни, я это особо подчёркиваю, – обращает внимание медиков учёный.

Академик и его коллеги по Университету «Сириус» (Сочи) оценили иммунный ответ на разные вакцины и варианты ревакцинации. Они провели сравнительный анализ эффективности трёх отечественных и трёх зарубежных вакцинных препаратов, которые изначально были ориентированы на Уханьский штамм коронавируса, их главная мишень – S-белок вируса. Интересно было посмотреть, как эти вакцины работают против других вариантов SARS-CoV-2.

По словам учёного, у людей, которые переболели и были вакцинированы препаратом Спутник-V, оказался существенно более высокий результат антителенного ответа на S-белок вируса. Самый высокий уровень защиты дают мРНК-вакцины. Вакцина КовиВак показала довольно скромный антителенный ответ, но, как уточнил эксперт, поскольку это цельновирионный препарат, он, скорее всего, воздействует на другие белки вируса и работает через Т-клеточный ответ.

Следующим этапом исследователи рассмотрели качество вырабатываемых вакцинами антител по их вируснейтрализующей активности. Все вакцины кроме ЭпиВакКорона обеспечивают выработку вируснейтрализующих антител, самый высокий уровень показывает мРНК-вакцина. В отношении дельта-штамма вируснейтрализующий уровень антител снижается у всех вакцин.

И вот, к слову, очень важное уточнение академика.

– Фармфирмы предлагают нам дорогостоящие тесты на антитела. Причём, в аннотациях сказано, что эти диагностикумы определяют титры вируснейтрализующих антител. Я ответственно заявляю, что это недобросовестная реклама и введение в заблуждение, потому что титры нейтрализующих антител можно определить только

Повторная прививка спустя полгода заметно «подбрасывает» как абсолютные значения антител, так и их вируснейтрализующую способность не только против Уханьского штамма, но и частично против дельта-штамма тоже. Данные по эффективности имеющихся вакцин в отношении штамма омикрон ещё в работе. Что касается комбинации препаратов для ревакцинации, хорошо работают любые варианты.

С подсказки гениев

Учёные Института биорганической химии им. М.М.Шемякина и Ю.А.Овчинникова сосредоточились на иммунотерапии COVID-19. За годы пандемии здесь разрабатывали и диагностикумы, и вакцины против коронавирусной инфекции, но основное внимание уделили созданию специфических антител, способных нейтрализовать вирус.

Здесь уместен краткий экскурс в историю. В 1908 г. двое великих учёных – Илья Мечников и Пауль Эрлих – получили Нобелевскую премию за теорию адаптивного и врождённого иммунитета. В 1984 г. была присуждена ещё одна Нобелевская премия за исследование в области иммунитета – на этот раз её обладателями стали Сесар Мильштейн и Георг Кёлер за открытие и разработку принципов продукции моноклональных антител. Научные труды гениев иммунологии и физиологии XX века стали прологом к тому, чем занимаются биотехнологи в XXI веке – конструированию индивидуальных антител, как наиболее эффективных вируснейтрализующих инструментов.

– Совершенно ясно, что мы должны работать на уровне единичных клеток иммунной системы для получения человеческих моноклонов из В-клеток. В разных научных центрах мира, включая

ля из антител, – экс-президент США Дональд Трамп.

А каковы успехи российских исследователей? В институте для создания моноклональных антител против вируса, вызывающего COVID-19, применили технологию реконструкции природных репертуаров антител.

Имеется широкий природный репертуар В-клеток человека, а ставится задача создать ещё и искусственный их репертуар. Такой подход уже был опробован для нейтрализации ВИЧ-инфекции, и вот теперь – против SARS-CoV-2.

– Совместно с китайскими коллегами мы создали антитело к вирусу SARS-CoV-2, которое получило название HFB30132A. Его производство тоже было налажено. Данное моноклональное антитело прекрасно нейтрализовало и Уханьский штамм коронавируса, и даже штамм дельта, однако оно более чем скромно нейтрализовало штамм омикрон. Последнее обстоятельство вынудило нас несколько месяцев назад прекратить промышленную разработку данного препарата, хотя он был уже на второй стадии клинических испытаний. Это печально, но нет худа без добра. В институте теперь имеется готовая технология быстрого получения вируснейтрализующих антител из В-клетки пациента, которая при необходимости может быть задействована, и производство быстро развёрнуто, – сообщает А.Габиров.

Кстати, на случай «второго пришествия» омикрона в институте биорганической химии уже есть готовое моноклональное антитело с высокой степенью нейтрализации данного варианта вируса. Сейчас создают 3D структуру этого антитела. Реконструкция полноразмерных антител и их разработка необходимы для начала доклинических испытаний.

– Таким образом, при появлении не только новых штаммов коронавируса, но и других инфекций мы готовы меньше чем за месяц начать создавать вируснейтрализующие антитела. В руках отечественной науки есть технология получения правильно спаренных терапевтических антител нужной специфичности для нейтрализации нужного инфекционного агента, – подытожил А.Габиров.

К слову, уточнил эксперт, никакие санкции отечественной науке в этом не помеха. Как только европейские и американские журналы и научные центры заявляют о прекращении работы с российскими учёными по политическим мотивам, приглашение к сотрудничеству сразу же пришло от китайских учёных.

Елена БУШ,
обозреватель «МГ».

Ассоциация организаторов здравоохранения в онкологии (АОЗО) старается держать своих специалистов всегда в курсе актуальных вопросов и новых решений. На днях прошёл конгресс, который показал, что служба успешно развивается, консолидируется, внедряет и распространяет новые организационные формы работы. Ряд интересных докладов прозвучал по вопросам права, качества помощи, цифровизации, включения в ВИМИС, совершенствования канцер-регистров и пр.

Сама Ассоциация организаторов здравоохранения в онкологии была создана в 2018 г. с целью объединить усилия руководителей медицинских организаций и учреждений, чтобы совершенствовать онкологическую службу и поддержать реализацию Федерального проекта «Борьба с онкологическими заболеваниями». «Мы всегда испытывали дефицит компетенций в организации онкологической службы. Думали, что многое в нашей жизни решится, когда нас обеспечили оборудованием, финансированием. Но жизнь так резко меняется, что начинаем понимать, пандемия принесла не самые большие сложности в организации службы. Пришли политические и другие сложности, и к этому нужно адаптироваться», – сказал директор НИИ онкологии им. Н.Н.Петрова, главный специалист онколог Северо-Западного федерального округа, президент ассоциации онкологов Северо-Запада Алексей Беляев. Он отметил, что перестраиваться приходится в условиях, когда ведётся важная работа по внедрению клинических рекомендаций и порядков оказания медпомощи. Тем не менее, все происходящие события не должны сказаться на качестве её оказания.

Нынешний конгресс проводится как никогда кстати, выразил мнение директор Медицинского радиологического научного центра им. А.Ф.Цыба – филиала НМИЦ радиологии, главный специалист онколог Центрального федерального округа Сергей Иванов: «Сейчас стоит задача дальнейшего импортозамещения, надо, чтобы система здравоохранения и онкопомощи работала с полной ориентацией на наши внутренние ресурсы. Это важно сделать, продолжая и развивая контакты и с зарубежными коллегами. Но внутренние ресурсы становятся всё-таки более востребованными, и для этого во многих наших учреждениях есть всё необходимое. Это и онкопрепараты отечественного производства, полностью произведённые у нас, которые доказали, что наша онкологическая помощь может быть независима».

Вызовы продолжают, и легче не становится, тем более в таком трудном деле, как борьба с раком, высказался директор Казанской государственной медицинской академии – филиала Российской медицинской академии непрерывного профессионального образования, главный онколог Приволжского федерального округа Рустем Хасанов. Вместе с тем, отметил он, особое значение обретает деятельность АОЗО: «Наше общение, обмен опытом, анализ ситуации, того, с чем будем работать в ближайшей и отдалённой перспективе, вопросы тактики и стратегии сегодня приобретают особую актуальность. Мы видим, как ополчился Запад против нашей страны. Но, конечно же, нам необходимо общение с нашими коллегами, мы та мягкая сила, те люди, которые вне политики».

На конгрессе отмечалось, что деятельность АОЗО сделала онкослужбу единой, и нужно и дальше усиливать консолидацию и сотрудничество специалистов. «Надо больше доверять и помогать друг другу, учиться, узнавать о наработках коллег. Чаще встречаться, не только на конгрессах,

а делать рабочие совещания, которые позволят быстро выходить из кризисных ситуаций. Все наши трудности мы обязательно преодолеем», – призвал генеральный директор НМИЦ радиологии, главный специалист онколог Минздрава России, академик РАН Андрей Каприн.

Р.Хасанов предложил продумать план работы организаторов онкологической помощи в стране, который был бы адаптирован к сегодняшним вызовам и позволял не просто продержаться, а побеждать. Руководитель Российского центра информационных технологий и эпидемиологических исследований в области онкологии Московского научного исследовательского онкологического

причине в области не удалось достичь данного показателя: в регионе ощущается дефицит онкологов, их привлечение на работу и полное укомплектование штатного расписания онкослужбы остаётся важнейшей задачей. По словам специалиста, в 65 первичных онкологических кабинетах выделено почти 77 ставок онкологов, из которых занято 39,5. Укомплектованность по занятым ставкам составила 55,8%, а по числу физических лиц это всего лишь 22 человека.

Мощный кадровый голод в специалистах-онкологах первичного звена особенно ощущается в сельских территориях: в медицинских организациях, расположенных в муниципальных районах,

лечения, автоматизированного снятия подозрения на ЗНО или установление диагноза, информации из частных медицинских организаций. Но организаторы рассчитывают, что в будущем этот инструмент позволит формировать единую информационную систему, визуализировать электронное расписание в едином для всех медорганизаций информационном пространстве, а также локализовать ЭМК пациента в облачном сервисе и подключить страховых агентов для сопровождения пациентов с подозрением на ЗНО.

Заместитель главного врача Краснодарского онкологического диспансера № 1 Сергей Шаров на примере организационной

выявлены по результатам внешней оценки медицинских организаций онкологического профиля. По его словам, во многих регионах отсутствует единое информационное пространство (единая МИС, сопряжённые друг с другом МИС медорганизаций), и это не позволяет всем медработникам контролировать движение пациентов, затрудняет формирование канцер-регистра и работу с ним. Что в свою очередь негативно влияет на качество эпидемиологического мониторинга заболеваемости, планирование объёмов помощи, делание невозможным учёт обследований пациентов, проведённых по разным программам финансирования (диспансеризация, профилактические осмотры, само-

Тенденции

Не продержаться, а победить

Перед онкологами стоят непростые задачи, требующие сил и знаний



института им. П.А.Герцена – филиала НМИЦ радиологии Валерий Старинский считает, что даже в ситуации изоляции со странами, в которых установились хорошие контакты с онкологами, сотрудничество должно продолжаться, несмотря на «политические подкаски»: «Думаю, наши коллеги за рубежом их не разделяют. Поэтому мы будем решать вопросы и продолжать наше сотрудничество». Ведущий согласился с этим и высказал намерение приглашать специалистов из-за рубежа для участия в мероприятиях ассоциации, чтобы те делились своими достижениями в области организации здравоохранения.

Востребованный опыт регионов

Обычно на мероприятия по организации онкослужбы приглашают экспертов из федеральных центров, чтобы они делились опытом, компетенциями из первых рук. Но работа в регионах, оказывается, тоже весьма интересна коллегам. Программа конгресса была составлена таким образом, чтобы дать возможность регионам поделить свой опыт, который иногда востребован даже больше, чем всё остальное.

Например, главный врач областного клинического онкологического диспансера Саратова, главный специалист онколог Минздрава Саратовской области Сергей Вертянкин проанализировал особенности статистического учёта как одной из причин недопознания показателя эффективности Федерального проекта «Борьба с онкологическими заболеваниями» в 2021 г. Как он сообщил, утверждённая Минздравом области методика расчёта показателя доли лиц с онкозаболеваниями, прошедших обследование или лечение в текущем году, предусматривает диспансерный осмотр пациентов только онкологом, то есть в МИС нельзя внести эти данные, если осмотром занимался врач другой специальности. Именно по этой

а это 34 онкологических кабинета, последние два года работают лишь 6 специалистов-онкологов. «С каждым годом укомплектованность снижается, и эта тенденция характерна не только для нас, но и для всей России», – пожаловался С.Вертянкин. Для изменения ситуации специалист предлагает увеличить количество бюджетных мест в ординатуре по специальности «онкология» с обязательным контролем за дальнейшим трудоустройством выпускников в первичном онкокабинете или ЦАОП.

В Алтайском крае постановлением регионального правительства определены сроки ожидания плановой медицинской помощи, в том числе в стационарных условиях: для проведения консультаций врачей-специалистов в случае подозрения на онкозаболевание отведено не более 3 рабочих дней, а сроки диагностики, инструментальных и лабораторных исследований не должны превышать 7 рабочих дней. Как отметил главный врач Алтайского краевого онкологического диспансера Игорь Вихлянов, для контроля за соблюдением сроков обследования пациентов с подозрениями на злокачественное новообразование на региональном портале внедрили модуль, по заданным критериям отбора формируются и контролируются списки пациентов с подозрением на ЗНО. При возникновении рисков нарушения сроков специалисты координационного центра связываются с медицинской организацией по месту прикрепления пациента для определения причин, а при проблемах с записью на консультативный приём в Алтайский онкодиспансер делают запись к онкологу в электронном расписании РМИС. Доступен просмотр интегрированной электронной медицинской карты пациента по всем медицинским организациям края.

Система онкомониторинга пока что не лишена недостатков, признал И.Вихлянов: нет выгрузки данных после стационарного

обращения граждан, в том числе вне программы ОМС, за счёт собственных средств) и приводит к дублированию исследований. В некоторых регионах помощь онкобольным децентрализована – госпитализация, хирургическая помощь оказываются в большом количестве стационаров, в том числе многопрофильных больниц, что затрудняет управляемость системой, непрерывность, преемственность помощи. Недостаточное межведомственное взаимодействие медицинских организаций различного уровня с организациями социального обслуживания населения, общественными организациями негативно влияет на качество помощи, качество жизни пациентов, которые нуждаются в паллиативной помощи, постоянном уходе.

Из-за недостатка современного оборудования используется устаревшее (например, аналоговые маммографы), а дефицит финансирования не позволяет организовать систему архивирования изображений. По этим же причинам пока низок уровень внедрения телемедицинских консультаций. Росздравнадзор беспокоит и недостаточно высокий уровень знаний и навыков медицинских работников первичного звена в профилактике ЗНО и онконастороженности, в том числе из-за недостаточно эффективных методов обучения сотрудников. Они не выполняют алгоритмы обследования с целью исключить ЗНО при первичном обращении, при жалобах, ещё до направления к онкологам. Недостаточная материально-техническая, кадровая, организационная и финансовая обеспеченность программ по диспансеризации не позволяет достичь охвата скрининговыми технологиями.

Кроме того, два года назад организовали лекарственный врачебный консилиум, который проводится в ежедневном режиме с информированием аптечных организаций края. Данный консилиум осуществляет консультации медицинских организаций региона по вопросам планирования, выписки и обеспечения рецептов. Кроме того, он помогает в создании и ведении реестров на основные противоопухолевые препараты (есть 44 реестра на препараты для лечения солидных опухолей и 7 – на гематологические препараты); информация из реестров используется для планирования заявок в Минздрав края на лекарственные препараты для обеспечения льготных категорий граждан с ЗНО.

Внешняя оценка

Качество и безопасность медицинской деятельности как нигде важны в онкологической службе. Здесь есть ещё целый ряд недостатков. Генеральный директор Национального института качества Росздравнадзора Игорь Иванов озвучил те из них, которые были

обращения граждан, в том числе вне программы ОМС, за счёт собственных средств) и приводит к дублированию исследований.

В некоторых регионах помощь онкобольным децентрализована – госпитализация, хирургическая помощь оказываются в большом количестве стационаров, в том числе многопрофильных больниц, что затрудняет управляемость системой, непрерывность, преемственность помощи. Недостаточное межведомственное взаимодействие медицинских организаций различного уровня с организациями социального обслуживания населения, общественными организациями негативно влияет на качество помощи, качество жизни пациентов, которые нуждаются в паллиативной помощи, постоянном уходе.

Из-за недостатка современного оборудования используется устаревшее (например, аналоговые маммографы), а дефицит финансирования не позволяет организовать систему архивирования изображений. По этим же причинам пока низок уровень внедрения телемедицинских консультаций.

Росздравнадзор беспокоит и недостаточно высокий уровень знаний и навыков медицинских работников первичного звена в профилактике ЗНО и онконастороженности, в том числе из-за недостаточно эффективных методов обучения сотрудников. Они не выполняют алгоритмы обследования с целью исключить ЗНО при первичном обращении, при жалобах, ещё до направления к онкологам. Недостаточная материально-техническая, кадровая, организационная и финансовая обеспеченность программ по диспансеризации не позволяет достичь охвата скрининговыми технологиями.

Не хватает мест для длительной госпитализации пациентов, нуждающихся в паллиативной помощи (хосписы), поскольку её финансирование предусмотрено исключительно из средств региональных бюджетов, а также ресурсов (сотрудники, транспорт) для организации этой работы. То же можно сказать и об организации реабилитации больных с онкозаболеваниями.

И.Иванов указал также на отсутствие системного подхода в деле формирования ЗОЖ и профилактики онкозаболеваний. Государственные программы не очень эффективны, сами пациенты недостаточно вовлечены в эти процессы, а законодательно закреплённая ответственность пациентов за собственное здоровье (например, обязанность проходить диспансеризацию в установленные сроки) отсутствует.

Римма ШЕВЧЕНКО,
корр. «МГ».

– Лев Николаевич, как можно охарактеризовать картину психического здоровья в целом?

– Сегодня известно много причин, влияющих на состояние психического здоровья человека. Это факторы наследственности, психологической гармонии и ресурсов психологической средовой и стрессовой адаптации. Это также факторы болезни как соматического, так и психиатрического формата. И все они тесно переплетены. В настоящее время большое значение придаётся факторам стрессовой устойчивости, имеющим необходимый адаптивный ресурс. В любом случае требуется их ресурсная мобилизация, чтобы сохранять социальную гармонию индивида и окружающей среды.

Потребление психоактивных субстанций (ПАС) сопровождается специфическими установочными диспозициями «поиска радости», «наслаждения», «удовольствия» и иными сходными мотивациями. Будучи психологически «понятными» и в значительной степени «естественными», они, если воспроизводятся индивидом в режиме постоянства и приобретают условный «сверхценный» характер, начинают фигурировать как нездоровые, поскольку последствия токсического воздействия субстанций, ассоциируемых с «эликсиром счастья», становятся для организма фактором серьёзного повреждения. Изначальное здоровье, тем самым, становится естественной платой «за удовольствие». Грань между условной нормой и патологией, ведущей организм к истощению ресурсов адаптации (ресурсов здоровья) и физической гибели, не является чёткой. Она размыта и зависит от целого ряда факторов. Болезнь зависимости дебютирует как психическая патология, всё более утяжеляющаяся и становящаяся полновесным психиатрическим проявлением, выступающим часто в совокупности с нарастающей патологией внутренних органов и систем (токсического генеза). Это самая общая характеристика, которая, при её «распаковке» демонстрирует более точные и более тонкие нюансы, определяющие проблематику с позиций социологии, психологии, философии, религии, права, биологии, психофизиологии, генетики и др. Отдельной сферой знаний и отраслевой организации «помощи больным» является медицинский аспект нарко/токсикомании (то, что мы называем клинической аддиктологией – специальностью «медицины будущего», интегрирующей опыт канонической психиатрии и наркологии).

– Расскажите о ситуации с потреблением наркотиков в стране?

– Ситуация имеет «общемировые» характеристики и тенденции развития, при этом демонстрируя свой негативный «вектор». Пока не приходится говорить об её «подконтрольности». Скорее, она демонстрирует своё эпидемиологическое качество расширения ареала и контингента. Но особую тревогу, как и всегда, вызывает вовлечённость в эти процессы подростков и молодёжи. Речь идёт как о потреблении ПАС (их количество и фармакологическая специфика), так и формировании патологии, связанной с их злоупотреблением. Специалисты приводят довольно широкий диапазон потребителей ПАС. Известная приближительность оценок здесь связана не с точностью учёта, которая пока невозможна, а с экспертным качеством аналитики. Последнее зачастую опирается на недостаточно валидную методологию её организации, поэтому назвать точное число «систематических потребителей» ПАС сегодня вряд ли представляется возможным. Тем не менее, если речь идёт о лицах, так или иначе проходящих в системе экспертных оценок как «официально зарегистрированный» контингент с нарко/токсикоманией (синдром зависимости), их число сегодня в пределах 600 тыс. Однако эта цифра, скорее всего, не отражает истинного положения, поскольку на официальном учёте, по приблизительным экспертным оценкам, может находиться лишь 1/10 часть реально болеющих. Кроме этого, методология современной клини-

ческой диагностики, опирающаяся только на критерии синдрома зависимости (с медицинской точки зрения недостаточно точные), скорее всего, «в разы» снижает число больных, поскольку отсекает весьма значительный контингент уже заболевших, но пока не осознавших своё состояние и не желающих проходить профильное обследование и лечение.

Наши интервью

Избавить от безумного оцепенения

В этом способна помочь специальность «медицины будущего», интегрирующая опыт канонической психиатрии и наркологии



Мировое сообщество считает наркоманию наиболее серьёзной проблемой современности. Сегодня это глобальная беда, хотя наркотики знакомы человечеству тысячелетия. Их потребляли люди разных культур во время религиозных обрядов, для восстановления сил, изменения сознания, снятия боли и неприятных ощущений и т.п.

Наркомания, как известно, представляет собой хроническое заболевание, проявляющееся в физиологической зависимости от психоактивных веществ разных типов. Это тяжёлый патологический процесс, который сопровождается стремительным распадом личности, серьёзными осложнениями физического здоровья, обусловленностью всей жизни человека поиском очередной дозы наркотического препарата. Многие специалисты называют наркоманию «биопсихосоциодуховным» расстройством. В период пандемии наркоситуация усложнилась: отмечается рост потребления наркотиков и смертности от них. Несмотря на активные успехи медицины пока преждевременно.

Для обсуждения этой темы мы обратились к ведущему психиатру-наркологу, популяризатору науки, заведующему кафедрой наркомании и токсикомании факультета дополнительного профессионального образования Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И. Пирогова, кандидату медицинских наук Льву Благову. Он приверженец нового направления психиатрии – аддиктологии, инновационной науки о зависимых формах поведения, которая исследует последствия злоупотребления психоактивными веществами на уровне медицинского, психологического, социологического, культурного, философского и мировоззренческого аспектов. В трудах учёного заложен методологический фундамент современного клинического направления – клинической (психопатологической) аддиктологии.

Важно также отметить, что никак не учитывается фактор созависимости. «Официально принятая» доктрина пока не готова к серьёзной работе на данном «проблемном участке».

Что касается спектра ПАС, то сегодня отмечают некоторую стабилизацию роста злоупотребления опиоидами, наблюдая рост злоупотребления психостимуляторами и синтетическими каннабиноидами. Отмечается появление «новых» субстанций, имеющих тяжёлые токсические эффекты.

Особняком стоит так называемая несубстантная аддикция – гэмблинг, гейминг. Исследованием здесь занимаются психологи, что нельзя считать квалифицированным медицинским изучением. Это также предмет будущей специальности «клиническая аддиктология».

– А сохраняется ли отечественная наркологическая школа?

– Отечественная наркология имеет давнюю историю. У её истоков стоят клинические работы С.Жислина, сформулировавшего клинические характеристики абстиненции как результат злоупотребления ПАС (алкоголь). В последующем в работах И.Стрельчука, И.Пятницкой, Г.Энтина, Н.Найденовой, А.Гофмана сформировалась и закрепились концепция наркологического заболевания, однако с приоритетом токсико-психологического рассмотрения. В работах Н.Иванца и В.Альтшулера развивалась концепция патологического влечения как стержневой компонент наркологического заболевания. В последнее время наблюдается отчётливый крен в доминирование параклинических дисциплин (психология, психофизиология, биохимия, молекулярная биология, генетика, эпидемиология злоупотребления ПАС), акцентированный фактор «аддиктивного расстройства» (не болезни!) с его формализацией (синдром зависимости).

– Что в действующей наркологии следует менять?

– Необходимо развивать клинический фактор диагностики и ведения патологии, в основе которого лежит академическая клинико-патогенетическая концепция. Она формализует содержа-

тельную и смысловую организацию специальности. Такую концепцию в наибольшем качестве как раз и поддерживает развиваемое нами клинико-психопатологическое направление – клиническая аддиктология.

– Какой спектр проблем изучаете вы?

– Это научно-практическая деятельность, базирующаяся на кано-

– Такой подход, безусловно, желателен. Вместе с тем существующая наркология в силу клинико-методологического фактора такой подход обеспечить, по сути, не в состоянии. Здесь по большей части присутствуют декларации. Персонифицированное качество медицины, как известно, может быть реализовано только при наличии гармонии двух базовых уров-

циста-аддиктолога лишь мешают точной и тонкой настройке профессионального контакта. И партнёрство, и патернализм имеют право на существование настолько, насколько это детерминировано клиникой непростого психического заболевания.

– А как же соблюдение принципа добровольности в лечении нарко- и токсикомании?

– С профессиональной клинико-аддиктологической точки зрения, любая «добровольность лечиться» при манифестно выраженной аддиктивной болезни – нонсенс. Также формально декларируемая добровольность может иметь место на фоне тяжёлого токсического статуса как результат длительной хронической тяжёлой интоксикации ПАС. После коррекции гомеостаза и психического самочувствия аддикта последний, как правило, уходит из программы, заявляя, что сам прекрасно справится с тягой к ПАС и «обязательно будет соблюдать трезвость». Если болезнь активна, на этом фоне рецидив интоксикации обычно лишь вопрос недолгого времени.

В ряде ситуаций, определяемых в рамках юридического формата, например, при совершении лицом, злоупотребляющим ПАС, какого-либо подсудного криминального действия, ему назначается «параллельное» недобровольное (принуждающее) лечение в условиях пени-тенциарной системы. Как правило, такая терапия выполняется весьма формально и не преследует конечной цели «избавить пациента от болезни» (пресловутая наркология).

– Насколько важно раннее выявление наркомании, и какова значимость точной клинической диагностики?

– Эта значимость в клинической аддиктологии критична. Здесь фактор терапии напрямую определяется уровнем развивающегося психического поражения. Наркология сегодня (в первую очередь под влиянием негативного фактора примитивизации клиники) не в состоянии фактически проводить раннюю клиническую диагностику, апеллируя к «синдрому зависимости» как базовому (стержневому) «расстройству». Тут нет диагностики именно болезни. Таким образом, фактор терапии, становясь декларацией, сводится к вытрезвлению и коррекции посттоксических проявлений «наркоуправления». Больной затем должен сам осознать пагубность своего злоупотребления ПАС и принять решение «быть трезвым».

С точки зрения академической клиники, – нелепость и ни на чём не основанное прожектерство (по сути – делегирование ответственности «за болезнь» на самого больного) с акцентированием вторичных и третичных факторов-следствий болезни, но не её первопричины и механизма развития. Это, в конечном счёте, – непрофессионализм и профанация.

– Многие боятся обращаться к наркологу, с чем это связано?

– Важно обращение к такому специалисту, к которому есть интуитивное доверие у пациента и его созависимого микроокружения. Это, впрочем, банальность. Сегодня, к сожалению, пока не создана система активного выявления патологии на ранних её этапах, а также всё упирается в «желание» больного лечиться. Развитие клинической аддиктологии – путь осмысленного совершенствования специализированной медицинской службы и всей системы клинического ведения и мониторинга аддиктивной патологии и созависимости.

– Многие боятся обращаться к наркологу, с чем это связано?

– Важно обращение к такому специалисту, к которому есть интуитивное доверие у пациента и его созависимого микроокружения. Это, впрочем, банальность. Сегодня, к сожалению, пока не создана система активного выявления патологии на ранних её этапах, а также всё упирается в «желание» больного лечиться. Развитие клинической аддиктологии – путь осмысленного совершенствования специализированной медицинской службы и всей системы клинического ведения и мониторинга аддиктивной патологии и созависимости.

Беседу вел
Александр МЕЩЕРСКИЙ.

Исследования

Долгосрочные кардиоваскулярные последствия COVID-19

По мере продолжительности пандемии, накоплено достаточно данных о течении острого периода заболевания. В настоящее время предпринимаются попытки оценить долгосрочные последствия этой инфекции на здоровье популяции. В частности, в феврале 2022 г. в журнале *Nature Medicine* были опубликованы результаты исследования, показавшие, что лица, переболевшие коронавирусом, подвержены повышенному риску развития сердечно-сосудистых заболеваний в течение как минимум года после выздоровления.

Основные положения

Поскольку осложнения со стороны сердечно-сосудистой системы, вызванные острой фазой COVID-19, изучены уже в достаточной степени, авторы исследования сосредоточили внимание на их проявлении в отдалённом периоде заболевания.

Исследование проводилось на базе данных Министерства по делам ветеранов США. Для этого была выделена когорта из 153 760 ветеранов, переболевших в первые 30 дней после постановки диагноза COVID-19, за период март 2020 – январь 2021.

В рамках исследования также были отобраны две контрольные группы (современная и историческая) в которые вошли около 5,6 млн и 5,9 млн человек соответственно. Проводилась оценка рисков развития и годового бремени ожидаемых вероятных сердечно-сосудистых исходов.

У участников современной группы COVID-19 диагностирован не был, а к исторической относились неинфицированные пациенты, получавшие медицинскую помощь по программам Министерства по делам ветеранов в допандемийный период (2017 г.).

Помимо этого, отслеживалась зависимость развития сердечно-сосудистых исходов от условий оказания медицинской помощи при острой фазе COVID-19 (амбулаторное лечение, госпитализация, интенсивная терапия).

Во время более ранних исследований уже изучались сердечно-сосудистые исходы в постострой фазе COVID-19. Однако большинство из них ограничивались лишь данными о госпитализированных пациентах (которые составляют меньшинство больных с COVID-19). Кроме того, все эти исследования отличались непродолжительностью наблюдения, узкой выборкой кардиоваскулярных исходов, а также отсутствием сведений об осложнениях со стороны сердечно-сосудистой системы после острой фазы COVID-19 с учётом схемы оказания соответствующей медицинской помощи. Целью данного исследования является устранение этого пробела, что в свою очередь позволит разработать стратегии лечения постковидных проявлений.

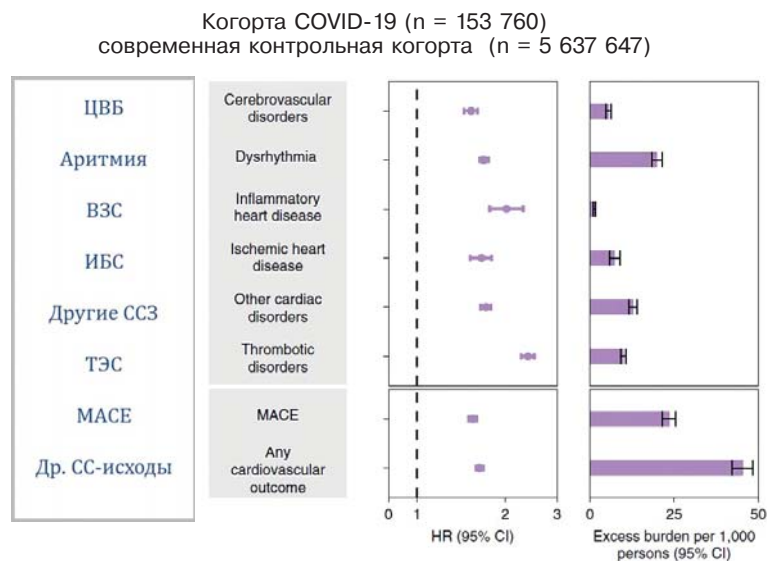
Результаты

По результатам исследования, спустя 30 дней с момента инфицирования COVID-19, у наблюдаемых был выявлен повышенный риск развития сердечно-сосудистых заболеваний, включая нарушение мозгового кровообращения, аритмию, ишемическую болезнь сердца, неишемическую кардиомиопатию, перикардит, инфаркт миокарда, сердечную недостаточность и тромбоэмболические осложнения.

Подобные риски развития сердечно-сосудистых заболеваний и их бремя наблюдались даже у тех пациентов, кто не был госпитализирован с острой фазой COVID-19, кроме того, отмечалось неуклонное повышение этих показателей в зависимости от условий оказания медицинской помощи.

COVID-19 и риск развития сердечно-сосудистых событий в течение 12 месяцев

- Цереброваскулярные нарушения (ОНМК/ ТИА)
- Аритмии (фибрилляция предсердий, синусовая тахикардия, синусовая брадикардия, желудочковые аритмии и трепетание предсердий)
- Воспалительные заболевания сердца (перикардит и миокардит)
- Ишемические: ИБС (стенокардия, ОКС, инфаркт миокарда, ишемическая КМП)
- Другие сердечные заболевания: сердечная недостаточность, неишемическая КМП, остановка сердца и кардиогенный шок
- Тромботические события: ТЭЛА, ТГВ, тромбоз поверхностных вен
- MACE: смертность от всех причин, ОНМК, ОИМ и любой сердечно-сосудистый исход (случайное возникновение любого изучаемого сердечно-сосудистого исхода)
- Исходы оценивались через 30 дней после положительного теста на COVID-19 до конца последующего наблюдения.



Полученные результаты свидетельствуют о том, что риски и бремя развития сердечно-сосудистых заболеваний в течение года у пациентов с тяжёлой формой COVID-19 являются значительными. Это значит, что при терапии таких пациентов, следует обращать особое внимание на возможность развития у них кардиоваскулярных заболеваний.

В частности, последствия тяжёлого острого респираторного синдрома-2 (SARS-CoV-2), который вызывает COVID-19, могут затрагивать не только лёгкие, но и другие органы, в частности сердечно-сосудистую систему.

По группам заболеваний были выявлены следующие результаты:

Нарушения мозгового кровообращения. Пациенты данной группы, спустя первые 30 дней после постановки диагноза COVID-19, продемонстрировали повышенный риск развития инсульта (коэффициент риска (HR) = 1,52; бремя заболевания (burden) 4,03 на 1000 человек за 12 месяцев). Риски и бремя комбинированных исходов по указанным заболеваниям составили 1,53 и 5,48 соответственно.

Аритмии. В группе аритмий наблюдался повышенный риск развития фибрилляции предсердий (HR = 1,71; бремя 10,74). По остальным заболеваниям отмечены следующие показатели: синусовая тахикардия (HR = 1,84; бремя 5,78), синусовая брадикардия (HR = 1,53; бремя 4,62), желудочковая экстрасистолия (HR = 1,84; бремя 4,18); трепетание предсердий (HR = 1,80; бремя 3,10). Риски и бремя комбинированных исходов по этим заболеваниям составили 1,69, и 19,86.

Воспалительные заболевания сердца. Перикардит (HR = 1,85; бремя 0,98), миокардит (HR = 5,38; бремя 0,31). Риски и бремя комбинированных исходов по данным заболеваниям составили 2,02 и 1,23.

Ишемическая болезнь сердца. Включает острый коронарный синдром (HR = 1,72; бремя 5,35), инфаркт миокарда (HR = 1,63; бремя 2,91), ишемическую кардиомиопатию (HR = 1,75; бремя 2,34), стенокардию (HR = 1,52; бремя 2,50). Риски и бремя комбинированных исходов по данным заболеваниям составили 1,66 и 7,28.

Прочие сердечно-сосудистые заболевания. Включают сердечную недостаточность (HR = 1,72; бремя 11,61), неишемическую кардиомиопатию (HR = 1,62; бремя 3,56), остановку сердца (HR = 2,45; бремя 0,71), кардиогенный шок (HR = 2,43; бремя 0,51). Риски и бремя комбинированных исходов по данным заболеваниям – 1,72 и 12,72.

Тромбоэмболические осложнения. В группу входят эмболия лёгочной артерии (HR = 2,93; бремя 5,47); тромбоз глубоких вен (HR = 2,09; бремя 4,18), тромбоз поверхностных вен (HR = 1,95; бремя 2,61). Риски и бремя комбинированных исходов по данным заболеваниям составили 2,39 и 9,88.

Дополнительные комбинированные конечные точки. Исследователи проанализировали риски и бремя двух комбинированных конечных точек, включая тяжёлое нежелательное сердечно-сосудистое явление (MACE) – общий показатель по инфаркту миокарда, инсульту и общей летальности, а также любого сердечно-сосудистого исхода.

В сравнении с современной контрольной группой было отмечено повышение рисков и бремени MACE – (HR = 1,55; бремя 23,48) и любого сердечно-сосудистого исхода (HR = 1,63; бремя 45,29).

Субгрупповой анализ. Анализ данных с учётом расы, пола и сопутствующих заболеваний, включающих ожирение, гипертонию, сахарный диабет, ХПН и гиперлипидемию, показал, что риск возникновения сердечно-сосудистых заболеваний был повышен во всех подгруппах.

Сердечно-сосудистые заболевания до и после

В целях оценки скорректированных коэффициентов наступления нежелательных последствий по сравнению с современной и исторической группами до и после был применён метод «разность разностей», дающий более чёткую картину изменений относительного показателя проявления сердечно-сосудистых исходов до и после заражения COVID-19. Выяснилось, что скорректированный коэффициент сердечно-сосудистых исходов после начала пандемии значительно выше, чем до неё, и демонстрирует устойчивое повышение в зависимости от степени тяжести заболевания.

Таблица

активации иммуно-воспалительного-прокоагулянтного каскада.

Авторы полагают, что эти механизмы могут объяснить широкий диапазон осложнений со стороны сердечно-сосудистой системы после острой фазы COVID-19, представленных в настоящем исследовании. Исследователи пришли к выводу о необходимости более глубокого понимания данных биологических механизмов для выработки дальнейших стратегий по предотвращению сердечно-сосудистых заболеваний и их лечению у пациентов с COVID-19.

Анализ рисков

В результате анализа рисков сердечно-сосудистых заболеваний в зависимости от условий оказания медицинской помощи были сделаны следующие ключевые выводы: во-первых, риски и ассоциированное с ними бремя были очевидны у негоспитализированных в острой фазе коронавирусной инфекции пациентов. Эта группа превалирует. Во-вторых, риски и ассоциированное с ними бремя продемонстрировали устойчивый рост, затрагивая весь спектр тяжести заболевания (у негоспитализированных, госпитализированных и попавших в отделения интенсивной терапии). Они проявлялись у участников современной контрольной группы и, отдельно, исторической контрольной группы в качестве референтной категории.

На основе анализа методом «разность разностей», который применяется для изучения причинно-следственных связей, было выявлено, что повышение риска сердечно-сосудистых исходов является следствием непосредственно инфицирования SARS-CoV-2.

Данные результаты, подтверждённые в ходе многочисленных чувствительных анализов, позволяют сделать вывод, что риски развития и 12-месячное бремя ССЗ являются значительными и охватывают широкий диапазон кардиоваскулярных событий. В этой связи стратегии оказания медицинской помощи должны сосредоточиться на лечении и профилактике ССЗ.

Рекомендации

Лучшим способом предотвратить так называемый long COVID-19 и его многочисленные осложнения, включая драматические последствия для сердечно-сосудистой системы, является профилактика/сдерживание заражения SARS-CoV-2.

Правительствам и национальным системам здравоохранения следует быть готовым к тому, что пандемия COVID-19 повлечёт за собой повышение риска развития ССЗ, что, с учётом их хронического характера, будет иметь долгосрочные последствия как для пациентов, так и системы здравоохранения в целом, а также окажет значительное влияние на экономические показатели и продолжительность жизни. Для того, чтобы справиться с вызовами, связанными с длительным COVID-19, потребуется столь необходимая, но пока недоступная срочная и скоординированная глобальная стратегия реагирования.

Подготовил
Илья ДУГИН.

Ну и ну!

Тайна сертификатов о прививке

В Германии сертификат о прививке должен быть у каждого, кто её сделал. Но почему вышло так, что сертификатов больше, чем сделанных прививок?

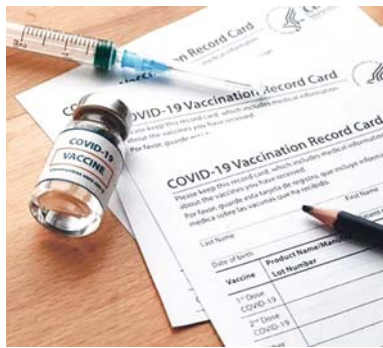
Согласно отчёту Федерального министерства здравоохранения Германии расхождение составляет миллионы. Однако ни у политиков, ни у врачей нет конкретных объяснений этому.

В ФРГ кампания по вакцинации началась 13 месяцев назад. С того времени было выдано на 42,6 млн больше цифровых сертификатов о вакцинации, чем введено доз вакцины против ковида.

«По состоянию на прошлую пятницу было выдано 204,7 млн цифровых сертификатов о пройденной вакцинации против коронавируса», — говорится в заявлении Федерального министерства здравоохранения.

В то же время, по данным министерства, к этому понедельнику было введено 162,1 млн доз для первой, второй и третьей прививок. Это на 42,6 млн меньше, чем сертификатов. Об этом сообщает новостное агентство t-online.

Более того, оно не видит ни признаков поддельных прививочных карт, ни миллионов незарегистрированных прививок. В ответ на вопрос одного из изданий представитель министерства назвал различные причины.



С одной стороны «особенно в начале применения, многие сертификаты были автоматически созданы центрами вакцинации и отправлены вакцинированным лицам». Но эти лица часто уже получили сертификат в аптеке.

Ещё одной возможной причиной может стать повторная выдача документов. Например, если человек теряет свой сертификат о прививке.

Вот только в последние недели расхождение значительно увеличилось. По данным министерства, к 15 декабря было выдано 162 397 255 цифровых сертификатов о прививках. А, по данным Института Роберта Коха, было введено 136 641 993 дозы вакцины.

Таким образом, в середине декабря «избыток» сертификатов составлял чуть менее 26 млн. Что почти в два раза меньше по сравнению с нынешним показателем в более чем 42 млн.

Вакцинацию зарегистрированных врачей организует Национальная ассоциация врачей обязательного медицинского страхования.

«На основании данных биллинга врачей, аккредитованных SHI, мы предполагаем, что занижение данных цифровым мониторингом уровня вакцинации (DIM) в целом не существует. Следовательно, это не может объяснить показанный разрыв», — сказал представитель ассоциации. — Для объяснения этого разрыва необходим глубокий анализ данных о выдаче сертификатов, который в настоящее время может провести только Институт Роберта Коха», — добавил он.

В Институте Роберта Коха не захотели давать комментарии и обратились в Федеральное министерство здравоохранения.

«Это требует дальнейших разъяснений. Федеральное правительство должно срочно обеспечить ясность», — сказала Катрин Фоглер, представитель Лево́й партии по политике здравоохранения.

Также она отметила, что, вероятно, не каждый вакцинированный человек имеет цифровой сертификат. Особенно это касается очень пожилых людей. «В таком случае что-то пошло бы не так с каждой четвертой прививкой», — добавила она.

Парламентская группа AfD тоже раздражена. «Огромное расхождение между данными о вакцинации Института Роберта Коха и цифровыми сертификатами прививок ещё раз свидетельствует о хаосе данных в федеральном правительстве», — заявил пресс-секретарь по труду и социальным вопросам Рене Шпрингер.

Важнейшие операции

В Испании проведена первая операция с помощью хирургического робота HUGO. Она прошла в университетской больнице Барселоны Fundacio Puigvert с использованием нового хирургического робота последнего поколения.

Этот робот признан одним из самых передовых в мире. На европейском уровне барселонская больница стала второй клиникой, успешно использующей робота при операциях у пациентов с раком предстательной железы и раком почки.

Хирургический робот был разработан Medtronic, характеризуется

Hugo, но не Boss

повышенной точностью и гарантирует пациентам преимущества минимально инвазивной хирургии. Его создатели подчёркивают уменьшение времени на восстановление после вмешательства и меньшую вероятность возникновения осложнений. Доктор Жоан Палоу, руководитель урологического отделения больницы, рассказывает, что новый инструмент позволяет проводить все виды хирургического вмешательства, но особенно незаменим при ра-

дикальной простатэктомии при раке предстательной железы или частичной нефрэктомии при раке почки.

Любопытно, что в настоящее время роботизированная хирургия применяется только в 3% случаев хирургических вмешательств в мире. Поэтому можно смело заявить о том, что медицинские центры Барселоны снова находятся среди пионеров, активно использующих современные технологии в медицине.

Бывает и такое

Гендерный диспаритет в мире усилился

Последствия пандемии коронавируса могут свести на нет весь прогресс, достигнутый за последние десятилетия в борьбе против гендерного неравенства. Об этом свидетельствуют результаты исследования, проведённого Институтом по измерению показателей здоровья и оценке состояния здоровья в Вашингтонском университете.

Его результаты показали, что из-за COVID-19 работу потеряли 26% женщин и только 20% мужчин. При этом представительницы прекрасного пола чаще бросали учёбу и подвергались гендерно обусловленному насилию, рассказывает британское издание.

Эксперты выяснили, что в экономическом и социальном плане пандемия негативно отразилась на женщинах, чем на мужчинах. Самое большое различие наблюдалось по показателям, связанным с безработицей и неоплачиваемым трудом.

Обусловлено это во многом тем, что в некоторых странах непропорционально много женщин работают в сферах, по которым коронавирус ударил сильнее всего, в частности, гостиничному бизнесу и домашнему обслуживанию. К тому же во многих государствах гендерная роль женщины предусматривает, что она в основном должна заниматься домашним хозяйством и уходом за детьми, из-за чего у неё меньше времени на работу.

При этом на фоне пандемии девушки и женщины чаще бросали учёбу. В этом плане самое большое различие по показателям наблюдалось в Центральной и Восточной Европе, а также в Центральной Азии. Там женщины бросали учёбу в четыре раза чаще, чем мужчины. К тому же 54% женщин и 44% мужчин отметили рост гендерно обусловленного насилия во время пандемии. В связи с происходящим эксперты призывают как можно скорее предпринять меры для того, чтобы способствовать эмансипации женщин и ликвидировать гендерное неравенство.

Ракурс

Эпидемия коронавируса продолжает бушевать во Франции. По данным Министерства здравоохранения страны, за сутки было выявлено 180777 случаев заражения коронавирусом.

Хорошее дело — привычка

В настоящее время во Франции госпитализировано 20741 пациент с COVID-19, в том числе 1562 человека поступили в больницы за сутки. В отделениях интенсивной терапии проходят лечение 1604 пациента.

Как сообщало ИА REGNUM, согласно опросу YouGov, 53% опрошенных жителей Франции согласны с отменой обязательного ношения масок, вступившей в силу 14 марта. Отмена ношения масок одобрена большинством французов, но многие из них продолжают носить защитные маски на работе (68%) и в магазинах (75%). Опрос проводился онлайн среди более тысячи человек, представляющих население Франции в возрасте от 18 лет и старше.

Жизнь как она есть

Неравенство и развитие на чаше весов



Было бы серьёзной ошибкой полагать, что пандемия коронавируса завершилась. Об этом говорится в заявлении Генерального секретаря ООН, приуроченном ко второй годовщине официального начала пандемии.

«COVID-19 молниеносно и безжалостно распространился по всему миру, — заявил Антониу Гутерриш. — Пандемия остановила мировую экономику, разорвала транспортные сети и цепочки поставок товаров, закрыла школы, разлучила близких и свергла миллионы людей в нищету».

По данным ООН, которые он привёл, в мире зарегистрировано более 446 млн случаев заболевания COVID-19, подтверждено более 6 млн смертей и зафиксировано бесчисленное множество проблем с ухудшением психического здоровья людей.

«Распределение вакцин остаётся возмутительно несправедливым, — напомнил Антониу Гутерриш. — В мире производится 1,5 млрд доз в месяц, но почти 3 млрд человек всё ещё ждут своей первой прививки. Этот провал — прямой результат политики, которая ставит здоровье людей в богатых странах выше здоровья людей в бедных государствах. Это моральный приговор нашему миру».

Глава ООН призвал, несмотря на другие кризисы, которые переживает сейчас человечество, достичь поставленной цели по вакцинации 70% людей во всех странах к середине этого года.

«Мы должны положить конец пандемии, раз и навсегда закрыв эту печальную главу в истории человечества», — заявил А.Гутерриш.

Пандемия COVID-19 стала основной темой брифинга Генерального директора Всемирной организации здравоохранения. Тедрос Гебрейесус отметил, что количество зарегистрированных случаев заражения и смертей во всём мире снижается, но пандемия далека от завершения — многие страны Азиатско-Тихоокеанского региона сталкиваются сейчас с очередным всплеском заболеваемости.

«ВОЗ обеспокоена тем, что ряд стран резко сократили тестирование, — сказал он. — Подобные меры мешают нам следить за тем, как распространяется и как развивается вирус. Тестирование остаётся жизненно важным инструментом в борьбе с пандемией».

Также он сообщил, что ВОЗ и партнёры организации по программе ACT Accelerator срочно ищут источники дополнительного финансирования, чтобы гарантировать, что все страны, нуждающиеся в тестировании, получили всё необходимое как можно быстрее.

Неспособность международного сообщества предоставить достаточное количество вакцин против COVID-19 развивающимся странам продлевает пандемию и

еженедельно приводит к десяткам тысяч смертей. Об этом Совету по правам человека заявили и высокопоставленные представители ООН.

Во всём мире было введено более 10,5 млрд доз вакцин. «Этого достаточно для того, чтобы защитить от госпитализации и смерти всё население мира», — заявила верховный комиссар ООН по правам человека Мишель Бачелет. «Мрачная реальность» такова, что в странах с низким уровнем дохода вакцинированы лишь 13% населения — по сравнению с почти 70% в богатых государствах, отметила она.

Тедрос Гебрейесус также заявил, что бездействие может привести к массовой гибели наиболее уязвимых жителей планеты.

«Мы переживаем переломный момент истории, — сказал он. — У нас есть инструменты, с помощью которых мы можем положить конец острой фазе пандемии, но вопиющее неравенство в распределении вакцин подрывает этот шанс. Страны с высоким уровнем вакцинации вновь снимают ограничения, в то время как другие остались далеко позади. Результат — более 60 тыс. смертей в неделю, а также повышенный риск появления новых вариантов вируса».

Отдавая должное инициативе COVAX, которая помогает беднейшим странам мира получать жизненно важные прививки против COVID-19, верховный комиссар по правам человека сообщила, что в последнее время был достигнут «некоторый прогресс» в устранении дефицита вакцин.

М.Бачелет убеждена, что международному сообществу необходимо сплочённо поддерживать COVAX, чтобы обеспечить своевременный, предсказуемый и эффективный доступ к вакцинам для всех стран. Появляются сообщения о десятках миллионов избыточных вакцин, срок годности которых истекает, сказала она.

«Это усугубляет бедность и углубляет неравенство, — подчеркнула М.Бачелет. — Бессмысленное накопление вакцин против COVID-19 не соответствует обязательствам государств в области прав человека».

Мир переживает третий год пандемии COVID-19, напомнила Верховный комиссар. Чтобы положить ей конец, необходимо более тесное сотрудничество между государствами. «Мы стоим на перекрёстке, — сказала она. — Здесь — национализм, там — международная солидарность. На одной чаше весов — неравенство, на другой — развитие. Из-за отложенной вакцинации мы можем потерять десятилетие развития и целое поколение молодых людей. Пострадает образование, вырастет безработица. Мир станет менее устойчивым к новым кризисам и потрясениям».

Подготовила Юлия ИНИНА.
По материалам Guardian, ИА REGNUM, Le Figaro, Neue Osnabrücker Zeitung.

Святитель Лука – врач-хирург, учёный, духовный писатель, автор трудов по анестезиологии и гнойной хирургии, доктор медицины и богословия, профессор. Также он являлся епископом Русской православной церкви, архиепископом Симферопольским и Крымским. Причислен к лику святых новомучеников и исповедников российских для общецерковного почитания.

...В миру он известен как Валентин Войно-Ясенецкий, пребывав в духовном звании архиепископа. В народе слыл хирургом от Бога, как и духовником от Всевышнего. Ещё он – ангеле земной, человеке небесный... Сам именовал себя так безо всякого помысла на величие. В таком образе святитель Лука и проживал среди тамбовчан в областном центре в середине 40-х годов прошлого века, «живёт» в умах их потомков и по сейчас. За последние три года это имя на устах тысяч людей благодаря музею архиепископа Луки, который находится на одноимённой улице.

Открылся музей, заметьте, единственный в стране в таком формате, в октябре 2018 г. на народные пожертвования. Люди вносили их по зову духа и сердца, как и передавали в дар будущему музею уникальные предметы быта, документы, фотографии и другие реликвии, связанные с именем святителя. Так что есть что посмотреть в этом «храме» архиепископа.

Музей создан благодаря общественной инициативе по сохранению предназначенного под снос тамбовского дома, в котором жил святитель-хирург с 1944 по 1946 г. В 2016 г. инициаторы этого благородного дела создали Историко-культурный центр им. архиепископа Луки. Областная и городская администрации поддерживали идею. За четыре года, начиная с 2016 г., было реализовано пять грантовых инвестиций. Средства пошли на ремонтно-реставрационные работы. А грантовая поддержка нескольких фондов и Президентских грантов, помогла профессионально музеефицировать мемориальный дом: приобрести современное интерактивное мультимедийное оборудование для экспозиций, создать информационное программное обеспечение и сопроводить социально ориентированной просветительской деятельностью. Это позволило новому музею стать одной из визитных карточек региона, войти в маршруты историко-патриотического, делового, познавательного, паломнического и религиозного туризма страны. Коллектив музея много сделал по увековечению памяти хирурга и святителя. В апреле 2018 г. автономный некоммерческий историко-культурный центр принял участие в Международном духовно-просветительском проекте «Дни святителя Луки».

На счету коллектива музея имени архиепископа Луки немало военно-патриотических акций. В 2019 г. совместно с Центром культурного сотрудничества им. святителя Спиридона Тримифунтского принял участие в культурно-просветительском проекте «Дни святителя Луки» в московской городской клинической больнице № 67 им. Л.А.Ворохобова, где представил выставку «Святитель Лука – подвиг длиною в жизнь». В период пандемии совместно с Тамбовским областным краеведческим музеем и его филиалами участвовал в масштабном выставочном проекте Государственного исторического музея «Солдаты в белых халатах». На его проведение были приглашены медики, работавшие в «красной зоне». Выставка посвящалась самоотверженности, милосердию, мужеству медицинских работников в годы Великой Отечественной войны.

Особое место в экспозиции заняли экспонаты из Тамбова: мемориальные предметы и документы выдающегося хирурга. Среди них был оригинал его автографа: «Для хирурга не должно быть «случая», а только живой, страдающий человек», хирургические инструменты, фотографии, рисунки.

Историко-культурный центр им. святителя Луки успешно реализовал историко-мемориальный проект с участием волонтеров.

ходе ремонтно-реставрационных работ: медицинские склянки, фрагмент старинной лампы зелёного стекла, медные нательные крестики и образки. Привлекает внимание музейная инсталляция – кусок нереставрированной внутренней стены дома с уникальной реликвией, найденной под полом. Это простая дощечка от фанерного ящика с адресом: Тамбов, ул. Комсомольская, 9, Валентину Феликсовичу Войно-Ясенецкому.

делия, комод с резным навершием и зеркалом, украшенный накожными слониками – символом уюта и неизменным атрибутом домашнего интерьера того времени. Здесь же продовольственные карточки. Рядом – фронтальные письма-треугольники. На столе керосиновая лампа, областная газета «Тамбовская правда» от 19 февраля 1944 г. – день приезда архиепископа и хирурга в Тамбов. На стенах фотографии хозяйки

В экспозиции впервые представлена неизвестная ранее фотография архиепископа Луки тамбовского периода и монография «Очерки гнойной хирургии». За научную разработку новых хирургических методов лечения гнойных заболеваний и ранений, изложенных в этом труде, в 1946 г. профессор В.Войно-Ясенецкий был удостоен Сталинской премии I степени. Большую её часть он передал детям-сиротам, а также «своей бедной тамбовской пастве». Таким образом перед посетителями предстаёт образ архиерея, принявшего в 1944 г. «за великое и трудное дело восстановления церкви Тамбовской и её жизни», и образ хирурга, консультанта тамбовских эвакуационных госпиталей, который спас жизнь тысячам бойцов и командиров Красной армии.

Вторая мемориальная комната владыки – особая. Это крошечный кабинет-келья, место уединённых молитв и размышлений. В ней иконы, старинная лампада, письменный стол, кровать. Всё строго, аскетично, какой и была земная жизнь архипастыря и хирурга. Над столом фотография мамы святителя Марии Дмитриевны, безвременно ушедшей из жизни супруги Анны Васильевны, детей Михаила, Алексея, Елены, Валентина, а также медицинской сестры Софьи Велецкой, взявшей на себя обязанность по их воспитанию после ареста архиепископа.

Особую духовную атмосферу и теплоту кабинету-келье придают бесценные реликвии в виде рукописных текстов проповедей, письма, книги с личной печатью «Доктора медицины Ясенецкого-Войно», крестильный ящик времени пребывания святителя на Тамбовской кафедре, подарки, которые он дарил своим пациентам и духовным чадам, фотографии, сделанные при расставании с тамбовской паствой на молитвенную память с посвящениями.

Уникальные экспонаты делают события прошлого художественно зримыми, создают ощущение присутствия владыки, наполняют экспозицию жизнью и действием, становятся символами милосердного служения, жертвенной деятельности любви и стойкости духа.

Покидая музей, прощаясь с архипастырем и талантливым врачом-«художником в области анатомии и хирургии», посетитель уносит с собой фотографию с его автографом-факсимиле «на молитвенную память», а также, по традиции, заведённой самим владыкой в доме, где он проживал, гостинец военной поры – колотый сахар в бумажном пакетике...

У работников музея большие планы. В этом году в рамках реализации государственной программы области «Развитие культуры и туризма» Историко-культурный центр им. архиепископа Луки совместно с Музеем истории медицины займётся реализацией проекта «Ангелы жизни», который посвящается подвигу медицинских работников в период пандемии коронавируса.

Целевая аудитория центра имени архиепископа Луки расширяется от проекта к проекту, всё больше он привлекает внимание детей, молодежи, подростков, попавших в трудную жизненную ситуацию. Множится число людей с ограниченными возможностями, профессиональных медицинских работников, представителей научных, педагогических, музейных сообществ, семей с детьми, священнослужителей православных приходов малых городов и сельских поселений Центрального федерального округа, гостей Тамбова.

Валерий ЧИСТЯКОВ.

Тамбов.

Память

Я поведу тебя в музей... хирурга и святителя

В мае исполняется 145 лет со дня рождения архиепископа Луки



Во время экскурсии

Передвижная мультимедийная выставочная экспозиция, созданная в рамках проекта, адресовалась молодежи и экспонировалась на шести площадках, в частности, в областном краеведческом музее, молодежном театре, Тамбовском государственном университете им. Г.Р.Державина. Благодаря этому с выставочной экспозицией онлайн познакомилось более 2 тыс. учащихся, студентов и жителей города.

Недавно по приглашению Государственного музея политической истории России (Санкт-Петербург) музей участвовал в выставочном проекте «Единый защитник заключённого...», повествующем о судьбах врачей-узников ГУЛАГа...

Со времени открытия дом-музей посетили свыше 150 тыс. человек. Среди них жители области, других регионов страны, зарубежья.

Интересна и богата событиями биография великого хирурга. Немало в ней трагичных моментов, ведь несколько лет он провёл в ссылках Севера и Сибири, в тюрьмах юга и центра страны. И даже там, в нечеловеческих условиях пребывания, святитель и врач лечил души и телеса страждущих.

Тамбовский период служения архиепископа Луки является одним из самых ярких и значительных в его жизни. «Примите мою любовь...» – с этих слов, обращённых к любимой тамбовской пастве, архиепископ в феврале 1944 г. начал служение. В экспозиции воссозданы атмосфера и обстановка скромного деревянного дома Зайцевых, в котором он жил. Предваряет мемориальную экспозицию небольшая комната-зал, посвящённый истории реставрации дома и создания музея. В витринах – фотографии, домовая книга, план дома и усадьбы Зайцевых на 1932 г., инвентарное дело БТИ с надписью на обложке «Под снос. Справок не выдавать». Экскурсанты могут увидеть уникальные артефакты, найденные в

Посылка пришла из Ташкента, где без малого сто лет назад начался крестный путь владыки. Это был скромный подарок от одного из пациентов, которого удачно оперировал начинающий хирург.

Здесь же экспонируются реликвии из семейных архивов Ивановских, Матвеевых, Гроздовых и других жителей города: иконы, книги, предметы быта, документы, фотографии. Их хозяйка бережно хранила память о богомудром святителе-целителе и с чистым сердцем передала всё это в дар музею. Особый интерес представляют документы государственного архива области: анкета и автобиография владыки, его обращения в органы власти, донесения уполномоченного по делам Русской православной церкви при СНК СССР в управление НКВД о том, что архиепископ Лука продолжает проводить «свои реакционные взгляды».

Посетители могут получить информацию не только в жанре классической экскурсии. Электронная карта-путеводитель «Архиепископ Лука: памятные места в Тамбове», аудиогид, система дополненной реальности с использованием QR-кодов, система направленного звука предоставляют уникальную возможность совершить виртуальную экскурсию по Тамбову 1940 г., увидеть его таким, каким видел святитель, познакомиться с памятными местами, связанными с его служением. Пронзительный, трогательный до глубины души четырёхминутный фильм создаёт особый эмоциональный настрой, драматическое напряжение, «погружает» в суровую атмосферу военного, тылового, госпитального Тамбова.

...Экскурсия продолжается. В комнате хозяйки дома Марии Зайцевой находится икона «Воскресение Христово с двенадцатью праздниками», овальный стол, покрытый бархатной скатертью, буфет-поставец, уголок для руко-

дома Марии Степановны и её сына Александра.

Мемориальная половина дома, в которой жил архиепископ, представляет собой две небольшие комнатки, куда он ежедневно возвращался после проведения многочисленных операций и «долгих слёзных служб» в Покровском соборе. В комнатах сохранились тогдашние половицы, двери, нехитрая обстановка: стол, стулья, сундук. Восстановлена и топится печь. Первая, светлая, в три окна комната служила святителю приёмной и кабинетом епархиального управления, столовой и врачевничей. В центре под старинным потолочным светильником с матовым стеклянным абажуром – прямоугольный стол, наполовину покрытый скатертью. На одной половине стола владыка работал над богословским трактатом, писал и правил тексты 77 тамбовских проповедей. Здесь слышал «Божии глаголы»: читая или слушая слова Священного Писания, я вдруг получал потрясающее ощущение, что это слова Божии, обращённые непосредственно ко мне. И всегда эти молниеносные фразы, Божии глаголы были важнейшими, необходимейшими для меня в тот момент внушениями, наставлениями или даже пророчествами, неизменно сбывавшимися впоследствии». На другой половине стола владыка Лука трапезничал, угощал чаем многочисленных посетителей. Детей одаривал кусочком сахара.

Особое место в экспозиции занимает божница, которая принадлежала владыке в тамбовский период его служения. В ней иконы Тамбовской Божией Матери и Спасителя, афонский кипарисовый напольный крест. В разорённой Тамбовской епархии именно архиепископ Лука восстановил почитание иконы Тамбовской Божией Матери. Застав по приезде на тамбовскую землю лишь два действующих храма, «страшный духовный голод и беспросветную религиозную тьму», он за два с небольшим года возродил епархию и освятил более 40 храмов.

В комнате владыки экскурсанты могут увидеть массивный кабинетный «сталинский» диван, дубовый буфет, этажерку с чёрным репродуктором-тарелкой. Стоит здесь также резной книжный шкаф красного дерева, наполненный изданиями по медицине, богословию, произведениями русских и зарубежных классиков. В этой комнате владыка принимал многочисленных посетителей, тайно крестил младенцев, вёл врачевный приём. По воспоминаниям, «люди, нуждающиеся в помощи, на приём к нему становились в большие очереди, он никому не отказывал в приёме и не оканчивал его до тех пор, пока не примет последнего человека. Ни с кого не брал ни копейки».

