

Плюсы новой «схемы движения» онкологических пациентов неочевидны.

Стр. 4

У легендарного российского хирурга академика РАН В.Порханова юбилей.

Стр. 6

Что управляет медициной: здравый смысл или экономика?

Стр. 7

Работают мастера

Бомбы замедленного действия

Пациенту с аневризмами провели три операции

Несколько месяцев назад у жителя Нижневартовска диагностировали редкую патологию – «аневризматическую болезнь»: аневризму брюшной аорты, а также левой и правой подколенных артерий, одна из которых осложнялась наличием тромбоза.

По словам пациента, всё произошло неожиданно: он резко начал хромать, затем нога стала болеть, холодеть, неметь, и в течение нескольких суток становилось всё хуже и хуже. Пришлось обратиться в стационар окружной клинической больницы, специалисты которой сразу же поставили диагноз и приняли решение о его госпитализации.

Поскольку подколенная аневризма является фактором риска внезапной острой ишемии конечности и последующей ампутации, хирургу Дмитрию Корнилову предстояло провести три операции по протезированию подколенных артерий и брюшной аорты. Несмотря на то, что операция по удалению первой подколенной аневризмы проводилась в экстренном порядке, она прошла успешно, и нога вскоре восстановилась полностью.

Операция на аневризме другой ноги была затруднена большим диаметром сосуда, поэтому его протезирование провели с помощью части вены пациента.

«Вена была рассечена вдоль и затем из двух её полосок сшили один большой венозный протез, пригодный для протезирования», – пояснил хирург.

Во время третьей операции также не обошлось без трудностей: аневризма переходила на подвздошные артерии; необходимо было делать дополнительно внутриподвздошное шунтирование для непрерывного кровоснабжения внутренних органов.

По словам специалистов, при проведении вмешательств немаловажную роль сыграло оборудование: кровь, забранная электроотсосом из раны пациента, поступала в систему для современной очистки и возврата крови, при этом также использовался ретрактор нового



Оперирует Д.Корнилов

поколения, позволяющий улучшить визуализацию аневризмы и сократить время операции.

«Уникальность случая в том, что у пациента оказалась аневризматическая болезнь, то есть несколько аневризм в разных местах. А каждая аневризма – это бомба замедленного действия,

которая может разорваться в любой момент», – говорит Д.Корнилов.

Сейчас пациент чувствует себя хорошо, его жизни и здоровью ничто не угрожает.

Алёна ЖУКОВА,
корр. «МГ».

Нижневартовск.

Особый случай

ВОЗ рассмотрит вопрос о закрытии офиса в Москве

Европейский региональный комитет Всемирной организации здравоохранения в ходе специальной сессии 10 мая принял резолюцию, которая предполагает закрытие московского офиса ВОЗ (открыт в декабре 1998 г.). Документ также призывает приостановить все региональные совещания, конференции и семинары в России.

Резолюцию инициировали более 35 стран – участниц Всемирной организации здравоохранения. За проект проголосовали Украина, Грузия, Турция, Молдавия, Израиль, а также страны ЕС. Против документа выступили Россия, Белоруссия и Таджикистан. Армения и Казахстан воздержались.

Заместитель министра здравоохранения РФ Андрей Плутницкий, выступая по видеосвязи, отметил, что резолюция выстроена в угоду политическим амбициям некоторых стран и может поставить под угрозу здоровье населения Европы. Помощник главы Минздрава России Алексей Кузнецов заявил «Интерфаксу», что

резолюция Европейского регионального комитета ВОЗ носит исключительно политический характер и не окажет негативного влияния на оказание медицинской помощи в России.

Уточним, что в 1949 г. Советский Союз уже выходил из Всемирной организации здравоохранения. Телеграмму о выходе СССР, а также Украинской и Белорусской ССР из ВОЗ направил заместитель министра здравоохранения СССР Николай Виноградов, который как член советской делегации участвовал в создании ВОЗ. СССР вернулся в 1955 г., когда страна переживала «хрущёвскую оттепель». Вслед за СССР из ВОЗ вышли такие страны, как Албания, Болгария, Чехословакия, Венгрия, Польша и Румыния. Они также обвинили ВОЗ в том, что организация «подпала под американское доминирование».

Сегодня снова наступают сложные времена во взаимоотношениях с этой международной организацией. Но будем надеяться, что до любого уровня конфронтации дело всё-таки не дойдёт.

Алексей ПИМШИН.

ТЕНДЕНЦИИ

Валентина АКСЁНОВА

Главный детский специалист фтизиатр Минздрава России, заведующая научным детско-подростковым отделом НИИЦ фтизиопульмонологии и инфекционных заболеваний, доктор медицинских наук, профессор:



Туберкулёзная палочка – особая, одна из самых старых и до сих пор не побеждённых. Она постоянно находит новые пути и варианты, как избежать нашего воздействия на неё. Впереди большая, сложная и благодарная работа по избавлению страны от палочки Коха.

Стр. 5

Новости

Росгвардейцы смогут оказать
первую помощь

Сотрудники Росгвардии прошли специальный обучающий курс по обучению навыкам оказания первой помощи в мультипрофильном аккредитационно-симуляционном центре Омского государственного медицинского университета. Занятия провёл заведующий кафедрой общей хирургии университета, доцент, кандидат медицинских наук Сергей Черненко.

– Сотрудники Росгвардии при несении службы на улицах города, в местах массового пребывания граждан, сталкиваются с различными ситуациями, иногда требующими немедленного оказания первой доврачебной помощи, – отметил заместитель начальника Управления вневедомственной охраны войск Национальной гвардии России по Омской области полковник Андрей Цвига. – Бывали случаи, когда именно наши сотрудники, своевременно и грамотно реагируя на ситуацию, спасали жизнь гражданам. Подобные навыки можно получить лишь от квалифицированных специалистов, поэтому мы рады, что вуз предоставил нам такую возможность...

В ходе обучения курсанты познакомились не только с теорией, но и отработали полученные знания на практике, используя манекены, на которых проводится обучение по оказанию первой помощи на открытых ранах, при переломах и ушибах, а также при сердечно-лёгочной реанимации. Они также смогли отработать навыки наложения жгута, шин, остановки кровотечений.

Татьяна БЕРЕЗОВСКАЯ.

Омск.

Особым детям – особое внимание

В апреле традиционно проводятся акции для родителей и медиков, приуроченные ко Всемирному дню распространения информации об аутизме.

Волонтеры-медики провели такое мероприятие в детской поликлинике Пыть-Яхской окружной клинической больницы Ханты-Мансийского автономного округа – Югры. По словам её заведующей Нелли Сосыкиной, в городе в рамках профилактического медицинского осмотра среди детей двухлетнего возраста постоянно проводится скрининг на выявление нарушений психического развития. По результатам осмотра и анкетирования родителей дети, имеющие признаки расстройства аутистического спектра (РАС), направляются на консультацию к врачу психиатру. «Охват скринингом детей на выявление РАС у нас стопроцентный, – говорит Н.Сосыкина. – В 2020 г. тестирование прошли родители 516 детей двухлетнего возраста, после чего 4 ребёнка были направлены к психиатру. В 2021 г. анкетировано 449 человек, консультация психиатра потребовалась пятерым. В рамках углублённого консультирования 6 детей в прошлом году были направлены в Сургутский психоневрологический диспансер для дифференциальной диагностики и уточнения степени патопсихологических процессов».

В Пыть-Яхской больнице организован патронаж семей, воспитывающих детей с РАС и другими ментальными нарушениями, а также при необходимости проводится осмотр детей на дому врачами узкой специальности.

Елена ОСТАПОВА.

Пыть-Ях.

Подарок для трёх районов

После более чем 50-летней эксплуатации инфекционный корпус Павловской центральной районной больницы признан непригодным даже к ремонту. Сейчас в рамках краевой адресной инвестиционной программы возводится новый корпус, на что из бюджета выделено свыше 162 млн руб.

По словам главного врача больницы Олега Агеева, здание будет одноэтажным, площадью около 2 тыс. м². Там разместится 12 коек, включая 2 палаты интенсивной терапии. К каждой кровати будет подведён кислород, предусмотрена приточно-вытяжная вентиляция.

На территории инфекционного корпуса планируют установить станцию обеззараживания стоков от инфекционной больницы, дизельную электростанцию, пожарные резервуары. Как водится, проектом предусмотрены условия для маломобильных граждан.

Инфекционный корпус планируют ввести в эксплуатацию летом 2022 г. Отделение будет единым для трёх районов – Павловского, Ребрихинского и Шелаболинского.

Сегодня районная больница обслуживает более 40 тыс. человек. В каждом отделении созданы изоляторы для пациентов с инфекционными заболеваниями. Во взрослой поликлинике работают кабинеты инфекциониста и фтизиатра.

Алёна КСЕНИНА.

Алтайский край.

Клещ выходит на «работу»...

Активизация клещей, переносящих крымскую геморрагическую лихорадку и клещевой боррелиоз, отмечается на Ставрополье. Причём, заболевание может наступить и при раздавливании переносчика заразы.

Краевое управление Роспотребнадзора сообщает: «По результатам лабораторных исследований диагноз «крымская геморрагическая лихорадка» установлен жительнице Андроповского района. В анамнезе у больной – контакт с клещами, раздавливание их незащищёнными руками при уходе за личным поголовьем крупного рогатого скота». Для снижения риска заболеваемости в регионе проводятся противоклещевые обработки.

С начала года с укусами клещей в медицинские организации региона обратились уже 195 человек, среди них 85 детей.

Рубен КАЗАРЯН.

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

Перемены

Система
нейронавигации
действуетОткрыта первая в России гибридная
операционная с высокопольным МРТ

В Федеральном центре мозга и нейротехнологий Федерального медико-биологического агентства России открыта первая в стране гибридная операционная с высокоразрешающей магнитно-резонансной томографией в условиях «открытого» головного мозга. Уже проведена операция первому пациенту – молодому мужчине с опухолью мозга.

Гибридная операционная совмещает в себе сразу несколько видов высокотехнологичного оборудования. Нейрохирурги имеют возможность использовать высокоточный аппарат МРТ во время операции. Из снимков МРТ создают 3D-модель и своего рода карту. Система нейронавигации позволяет врачам подбираться к опухоли мозга максимально нетравматичным способом.

МРТ проводится сразу после удаления опухоли. Снимки автоматически попадают на навигационную станцию хирурга. В течение 10 минут врачи могут увидеть оставшиеся раковые



Оптимизация рабочего процесса

непосредственно в процессе операции, то есть в условиях «открытого» головного мозга. Чаще такая операционная совмещена с аппаратом компьютерной томографии или церебральным сериографом. Совмещение МРТ и операционной является сложным технологичным решением ввиду невозможности размещения металлических предметов в магнитном поле помещения, а металл

качество выполненной нейрохирургической операции и провести своевременную коррекцию.

Наиболее частая область использования интраоперационного МРТ – это нейроонкология и функциональная нейрохирургия. В первом случае магнитно-резонансный контроль позволяет максимально полно удалять опухоли головного мозга, во втором – контролировать область установленных электродов при глубокой стимуляции мозга.

Интраоперационный МРТ позволяет оценить наличие остаточной опухолевой ткани в момент самой операции, когда хирург ещё может изменить тактику операции и селективно удалить остаточные фрагменты опухоли. Дополнительная резекция выполняется в случае использования интраоперационного МРТ в большом проценте случаев – до 70%.

В проспективном исследовании эффективности применения методики интраоперационного МРТ при резекции глиом было установлено, что при использовании такой визуализации радикальность удаления опухоли увеличивается с 76 до 96%. При использовании комбинации метаболической нейронавигации и интраоперационного МРТ достигается максимальная онкологическая радикальность. Продолжительность подобных операций увеличивается всего на 40 минут.

Александр МЕЩЕРСКИЙ.



Детальная визуализация повышает качество лечения

клетки. МРТ во время операции позволяет существенно снизить риск повреждения здоровой ткани и избежать осложнений.

Гибридные нейрохирургические операционные в настоящее время являются высокотехнологичными комплексами, позволяющими проводить необходимые исследования мозга

присутствует как в хирургических инструментах, так и анестезиологическом оборудовании.

Высокопольный МРТ – это ещё большие требования к проведению процедуры. Проведение МРТ позволяет в режиме реального времени, то есть в процессе операции, оценить состояние головного мозга и определить



Будущее хирургии начинается сегодня

Акценты

Расширяя земство

Правительство РФ расширило программы «Земский врач» и «Земский фельдшер». Теперь на получение единовременной выплаты могут рассчитывать выпускники медицинских вузов и колледжей (в том числе по целевому направлению), которые вернулись работать на свою малую родину – в сёла или посёлки городского типа с населением не более 50 тыс. человек.

«В трёхлетнем бюджете ежегодно предусмотрено около 6 млрд руб.

на предоставление выплат всем специалистам по таким «земским» программам», – уточнил премьер-министр РФ Михаил Мишустин на заседании федерального Правительства.

Изменения внесены в госпрограмму «Развитие здравоохранения». В правительстве считают, что расширение программ «Земский доктор» и «Земский фельдшер» позволит решить проблему нехватки медиков в сельских и отдалённых районах.

Программой предусмотрена единовременная выплата для

врачей в размере 1 млн руб., для фельдшеров, акушерок и медсестёр – 500 тыс. Если населённые пункты расположены на труднодоступных и удалённых территориях, выплаты увеличиваются до 1,5 млн и 750 тыс. руб. соответственно. Заключившим контракт на работу на Дальнем Востоке, Крайнем Севере и в регионах Арктической зоны предусмотрено по 2 млн и 1 млн. Для получения компенсации медикам необходимо заключить договор с учреждением с обязательством проработать там не менее 5 лет. В январе 2022 г. обеспечить возможность участия медиков, окончивших медвуз или колледж, в том числе по целевому обучению, в программах «Земский доктор»

и «Земский фельдшер» при возвращении на работу «по месту проживания» поручил Президент РФ Владимир Путин.

В марте Минздрав России представил проект постановления, в котором предлагалось дать возможность участвовать в программах медикам не только при переезде в сельскую местность, но и при возвращении в родные сёла с населением до 50 тыс. человек после получения профильного образования. Авторы проекта считают, что введение такой меры станет дополнительным стимулом для закрепления молодых специалистов на местах.

Леонид ПОЛЯКОВ.

Инициатива

Министерство науки и высшего образования РФ внесло специальность «медицинская микробиология» в перечень специальностей высшего образования – подготовки кадров высшей квалификации по программам ординатуры. Ранее медицинская микробиология попала в приказ о списке специальностей, который должен вступить в силу 1 сентября 2024 г., теперь актуализирован действующий перечень.

Срок обучения в ординатуре по специальности «медицинская микробиология» составит два года. Поступить в профильную ординатуру смогут выпускники

Новая медицинская специальность

специалитета по направлениям «лечебное дело», «педиатрия», «медико-профилактическое дело» и «медицинская биохимия». После прохождения обучения они получат квалификацию «врач – медицинский микробиолог».

Профессиональный стандарт «специалист в области медицинской микробиологии» был утверждён приказом Минтруда России № 384н в июне 2021 г. Образовательный стандарт по специальности ординатуры «медицинская микробиология» утверждён приказом федерального Минобрнауки

№ 1230 от 13.12.2021 (зарегистрирован 14.01.2022).

«Медицинская микробиология» наряду с «физической и реабилитационной медициной», а также «детской онкологией-гематологией» были внесены в Номенклатуру специальностей выпускников, имеющих высшее медицинское и фармацевтическое образование, в начале 2020 г. Профили планировалось внести в обновлённый перечень специальностей и направлений подготовки высшего образования по программам ординатуры в 2021 г. Однако в марте 2022 г. стало известно, что

«детская онкология-гематология» не вошла в список, который вступит в силу 1 сентября 2024 г.

В начале апреля 2022 г. Минздрав России также запланировал добавить в Номенклатуру должностей медицинских и фармацевтических работников позиции «врач-кибернетик» и «врач спортивных сборных команд». Специальность «врач-кибернетик» уже есть в программах специалистов медвузов с 2017 г., однако пока не была вписана в номенклатуру должностей.

Игорь КОРАБЛЁВ.

Ситуация

«Сладкая» статистика

Заместитель председателя Комитета Совета Федерации по социальной политике Юрий Архаров на заседании экспертного совета по здравоохранению отметил, что, согласно официальной статистике, в России зарегистрировано 4,6 млн человек с сахарным диабетом, но реальное число пациентов может составлять 9 млн. Также он указал, что заболевание занимает второе место среди факторов, приводящих к тяжёлому течению COVID-19.

«В нашей стране официально зарегистрированы 4,6 млн пациентов с сахарным диабетом, из них более 50 тыс. – дети. С учётом

ранних стадий эта цифра может достигать 9 млн больных», – заявил Ю.Архаров. Также он отметил, что среди всех заболевших коронавирусной инфекцией россиян 27% имели сахарный диабет, а смертность от последнего в 2020 г. по сравнению с 2019 г. возросла вдвое.

В конце апреля 2022 г. Президент РФ Владимир Путин дал ряд поручений правительству, касающихся борьбы с сахарным диабетом. Так, глава государства поручил обеспечить разработку, утверждение и реализацию комплекса дополнительных мероприятий по своевременной диагностике заболевания, включая раннее выявление и лечение диабета для предупреждения осложнений, проведение профилактических

мероприятий, обеспечение больных необходимыми препаратами и медицинскими изделиями, внедрение новых методов лечения, подготовку профильных специалистов.

Кроме того, правительство должно разработать меры поддержки фармацевтической промышленности для «разработки и производства конкурентоспособных отечественных лекарственных препаратов и медицинских изделий для профилактики, диагностики и лечения сахарного диабета, в том числе замкнутых систем непрерывного мониторинга уровня глюкозы в крови и инфузионных помп для доставки инсулина». Также с 2022 г. правительству необходимо выделять из федерального бюджета средства на «дополнительные мероприятия» по своевременной диагностике и лечению заболевания. Доклад об исполнении поручений

нужно предоставить президенту до 1 сентября текущего года.

В январе 2022 г. в Минздраве России рассказали о намерении запустить пилотный проект по дистанционному мониторингу пациентов с хроническими заболеваниями, включая сахарный диабет. Проект, который должен стартовать в 2022 г., рассчитан на два года, по его результатам будут сформированы требования к устройствам-помощникам для мониторинга и передачи сведений от них.

Кроме того, спикер Госдумы РФ Вячеслав Володин в феврале 2022 г. обратился к председателю федерального Правительства РФ Михаилу Мишустину с просьбой взять на особый контроль ситуацию с обеспечением детей с сахарным диабетом неинвазивными системами мониторинга глюкозы.

Вячеслав ДАШКОВ.

Назначения

Председателем Федерального фонда обязательного медицинского страхования стал Илья Баланин. Распоряжение о его назначении подписал председатель Правительства РФ Михаил Мишустин.

Новый руководитель родился в 1976 г. Окончил Костромскую государственную сельскохозяйственную академию по специальности «Бухгалтерский учёт и аудит», является кандидатом экономических наук.

И.Баланин работал в управлении Федерального казначейства по Костромской области, возглавлял финансово-казначейское управление администрации Костромы, руководил Департаментом финансов администрации Костромской области. В сентябре 2016 г. стал заместителем председателя правительства Ярославской области – директором департамента финансов. Курировал вопросы финансовой, бюджетной и налоговой политики, межбюджетных отношений, государственных заимствований и управления государственным долгом. В сентябре 2019 г. занял пост заместителя губернатора – руководителя администрации губернатора Ярославской области.

В феврале 2022 г. указом Президента назначен заместителем руководителя Федерального агентства по делам Содружества Независимых Государств, соотечественников, проживающих за рубежом, и по международному гуманитарному сотрудничеству.

Возглавлявшая ФФОМС Елена Черныкова распоряжением М.Мишустина назначена на должность заместителя руководителя Росстата.

Однако

Коммерческая тайна

Федеральное правительство внесло в Государственную Думу РФ законопроект, предполагающий допуск Министерства промышленности и торговли РФ к коммерческой тайне производства лекарственных средств. Эта информация необходима для дальнейшего лицензирования препаратов, следует из пояснительной записки к документу. Правительство также предлагает прописать пункт о том, что федеральные органы исполнительной власти, имеющие доступ к коммерческой тайне, обязаны предоставлять её другим федеральным ведомствам по их запросу.

Законопроектом вносятся изменения в ст. 6 Федерального закона № 98-ФЗ «О коммерческой тайне» и ст. 45 закона № 61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств». В случае утверждения документа Минздрав России обязуют предоставлять федеральному Минпромторгу содержащуюся в регистрационном досье информацию о процессе производства и контроле качества лекарств.

В начале апреля этого года Минпромторг России представил на общественное обсуждение законопроект, предполагающий продление на год срока действия заключений о соответствии производства лекарственных средств требованиям правил надлежащей производственной практики.

Примечательно также, что в качестве меры поддержки фармотрасли Госдума 22 марта 2022 г. приняла во втором и третьем чтении поправки в закон «Об обращении лекарственных средств», согласно которым в Россию разрешается ввозить и реализовывать препараты в зарубежных упаковках. Президент РФ Владимир Путин 26 марта утвердил предложенные изменения. Ещё одна мера – упрощение процедуры регистрации отдельных лекарств.

Григорий МАТВЕЕВ.

Подписка-2022

ПОЧТА РОССИИ

Подписные издания

Официальный каталог Почты России на второе полугодие 2022

5 900 изданий на podpiska.pochta.ru



Уважаемые читатели!

Оформить подписку на «Медицинскую газету» можно воспользовавшись каталогами:

- ✓ Официальный каталог «Почта России» на второе полугодие 2022 г.
- ✓ Электронный каталог «Почта России».

Подписной индекс

ПНО14 – на месяц.

- ✓ Каталог периодических изданий – газеты и журналы, второе полугодие 2022 г. («Урал-Пресс»).

Юридические лица могут подписаться через отделы подписки региональных почтамтов.

КАТАЛОГ периодических изданий газеты и журналы

II полугодие 2022 года

Избранные издания для бизнеса



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

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

– Андрей Владимирович, сначала о содержании «круглого стола» в Думе: его содержание и результаты удивили, или они были ожидаемы?

– Честно говоря, удивил доклад разработчиков порядка оказания онкологической помощи. А именно, отсутствие научной проработанности положений этого документа: не ясно, на какие именно статистические данные и математические прогнозные модели опирались авторы, утверждая, что прежняя организационная система оказания онкологической помощи в России была неэффективна. Из сообщения главного онколога Минздрава России академика РАН Ивана Стилиди складывается впечатление, будто новый «порядок» разрабатывался исключительно для того, чтобы отстранить хирургов общей лечебной сети от оказания онкологической помощи.

И вот это поразило более всего, ведь в нашей стране свыше 70% онкобольных традиционно проходили хирургическое лечение именно в лечебных учреждениях неонкологического профиля. Такая практика сложилась неслучайно: онкологические диспансеры никогда в одиночку не справятся со всем потоком больных, нуждающихся в хирургическом лечении. К тому же все послеоперационные осложнения, экстренные случаи на терминальных стадиях рака, тяжёлые коморбидные состояния у онкобольных, равно как и начало онкологической диагностики приходится на долю общих хирургов, которые работают в стационарах вне онкологической службы.

– Что, по вашему мнению, нужно сделать: отменить новый порядок оказания онкопомощи вообще или провести его доработку, внести коррективы?

– По моему мнению, в данном варианте этот «порядок» не соответствует мировым тенденциям в хирургии и онкологии, он нуждается в доработке.

Кроме того что документ ставит под сомнение качество и доступность оказания онкохирургической помощи, он фактически закрепощает пациентов на территориях, лишая их самих права выбора медицинской организации, о чём говорили уже многие наши коллеги-медики и даже политики на том же «круглом столе» в Госдуме. Коль скоро цель всей этой затеи изначально заключалась в том, чтобы максимально отлучить общехирургические стационары от работы с онкобольными, даже несмотря на то, что в этих учреждениях есть все технологические условия, высококвалифицированные специалисты и главное – большой опыт онкохирургии, разве это не противоречит главному постулату современного российского здравоохранения – обеспечению доступности медицинской помощи? При этом не только в отношении высокотехнологичной либо высокоспециализированной онкохирургии, но даже в отношении первичной диагностики рака умудрились выставить запрет.

И что самое неприятное – авторы нового «порядка» провозглашают своей основной идеей повышение качества оказания онкохирургической помощи, однако критериев качества в тех требованиях, которые предъявляются к стационарам, как раз нет. Там есть условие о наличии определённого количества стационарных коек, возможностей для проведения химио- и лучевой терапии, но к качеству собственно хирургического лечения всё это не имеет никакого отношения!

– Вам возражат, что именно для обеспечения доступности диагностики и лечения рака в стране создаётся сеть центров амбулаторной онкологической помощи – ЦАОПов.

– Сколько таких ЦАОПов на большой регион – от силы десять-двенадцать? А на маленький регион и того меньше. Они ведь не в каждой центральной районной больнице организуются, а по принципу межрайонных подразделений. Между тем, если мы хотим снизить

Острая тема

Ради чего «биться до последнего патрона»?

Плюсы новой «схемы движения» онкологических пациентов неочевидны

В конце января 2022 г. Комитет Госдумы РФ по охране здоровья провёл «круглый стол» по совершенствованию оказания онкологической помощи в Российской Федерации. Безусловно, главным действом этой встречи были не годовые отчёты чиновников из разных ведомств, а живое обсуждение того, что на самом деле волнует тысячи специалистов системы здравоохранения и сотни тысяч пациентов – нового Порядка оказания онкологической помощи взрослому населению, который утверждён приказом Минздрава России и с 1 января вступил в силу.

В присутствии депутатов Госдумы состоялась яркая «дуэль мнений», которая со всей очевидностью показала, что отношение к данному «порядку» в медицинском сообществе вовсе не однозначно одобрительное. Внимательно выслушав все «за» и «против», организаторы встречи



смертность от рака, первичная диагностика злокачественных новообразований должна проводиться там, где человек живёт. Это крайне актуально для сельских жителей, ведь именно среди сельского населения мы видим особенно высокий уровень онкологической запущенности. Тут необходимо учитывать и психологические, и экономические особенности: если у человека нет возможности обратиться к врачу и при подозрении на опухоль пройти обследование в своём районе, он не поедет ни в какой ЦАОП в соседний район, потому что это время и деньги. Да, в Москве в каждой поликлинике ведут приём и хирург, и онколог, но в других городах, тем более в райцентрах такой роскоши нет, там приём ведёт только хирург. И опухоли видимой локализации эти специалисты точно могут и должны заподозрить. Но им это запрещено.

Обращаясь к авторам нового Порядка оказания онкопомощи: вы боитесь, что поликлинические хирурги или хирурги в ЦРБ не обеспечат качество первичной онкологической диагностики? Так давайте внесём соответствующие изменения в программу подготовки общих хирургов в ординатуре, и будет вам качество. Но зачем же ломать сложившуюся структуру, усложняя жизнь больным, которые должны следовать искусственно придуманной маршрутизации?

Возможны и другие, не менее парадоксальные ситуации. Представим, что в поликлинику обратился пациент с неким новообразованием мягких тканей в области лица или шеи. По правилам, если это базалиома, её в той же поликлинике может убрать только онколог, а если атерома, то онколог не имеет права её удалить, это разрешено только общему хирургу. Таким образом, в лечебном учреждении есть два врача изначально одной специальности, но между ними искусственно проведена граница, смысла в которой я не вижу. Причём, данное положение сохраняется уже много лет, оно не с новым порядком оказания онкопомощи возникло.

– Может ли амбулаторный хирург или онколог, ориентируясь на внешний вид такого новообразования, быть на 100% уверен в том, что это именно та опухоль, которую он заподозрил?

– Вопрос в точку. Не может, конечно, пока не придёт результат гистологии. Но хирургическое вмешательство-то уже выполнено, и что теперь – посадить врача в тюрьму за превышение полномочий? Или всё-таки устранить надуманные запреты там, где они мешают?

Мы даже представить не можем, с каким количеством проблем стол-

кнёмся, следуя новому порядку оказания онкологической помощи. Возьмём для примера патологии поджелудочной железы. Ошибочно думать, что там исключительно опухолевые заболевания, тогда как на самом деле половина всех случаев – это доброкачественные опухоли, хронический панкреатит и другие проблемы. К какому врачу больной должен изначально идти: к хирургу или онкологу? Он не знает, да и мы – хирурги – не всегда заранее знаем, с чем столкнёмся на операционном столе, несмотря на все возможности современной предоперационной диагностики. Если следовать новому минздравовскому порядку оказания онкопомощи, хирург, который шёл на доброкачественный процесс или хронический панкреатит, а обнаружил рак, должен зашить разрез и отправить пациента в онкодиспансер? Или выполнить-таки операцию в полном объёме и затем получить наказание за то, что вторгся на чужое поле, нарушив правила маршрутизации онкологических больных? Зеркальная ситуация: онколог на операции понял, что имеет дело с доброкачественным процессом. Он виновен в нарушении правил?

Хочу ещё раз вернуться к теме подготовки врачей, потому что в том числе дефекты в данной сфере и предопределяют появление таких вот ведомственных «порядков», которые разводят по разные стороны улицы хирургов и онкологов. Нигде на Западе нет искусственного разделения на хирургов и онкологов, потому что каждый хирург исходно обучен онкологии. Как выделенные онкологические специальности там есть только «химиотерапевт» и «радиотерапевт», а понятия «онкохирург» не существует, это наше изобретение. В итоге в России отдельно есть ординатура по хирургии, отдельно – по онкологии, кем-то надуманное и совершенно неоправданное разделение единой специальности. Результатом стало то, что абдоминальный хирург в силу своей подготовки умеет оперировать и язву желудка, и опухоль желудка, тогда как онкохирург в силу особенностей своей подготовки умеет оперировать только опухоль, а, например, прободную язву нет. Между тем, это одна из типичных экстренных хирургических патологий, с которыми в онкодиспансерах тоже приходится сталкиваться. И что, они всякий раз должны приглашать специалистов из общехирургических стационаров?

А ещё в российской онкологии есть узкие хирургические специальности. Объясните мне, кто такой онкоуролог и кто такой онкогинеколог? Зачем некогда широко образованных специалистов загоняют

попросили всех интересантов прислать свои предложения. Это прозвучало многообещающе, ведь в рамках своих полномочий депутаты Госдумы могут вмешаться в ситуацию и предложить федеральному Минздраву пересмотреть какие-то положения спорного документа. Однако прошло три месяца, а изменений в документе нет, как нет никаких известий на этот счёт из Госдумы «о проделанной работе».

Между тем, «Медицинская газета» продолжает интересоваться мнениями специалистов о новом минздравовском порядке оказания онкопомощи. Сегодня своим экспертным мнением поделился профессор кафедры эндоскопической хирургии Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И.Евдокимова генеральный секретарь Российского общества хирургов Андрей ФЁДОРОВ.

в искусственно созданные узкие рамки ординатуры по онкологии, в чём преимущество такого подхода в подготовке врачей? Задаю этот вопрос уже несколько лет на всех профессиональных площадках, со всех трибун, но никто не может дать вразумительного, доказательного ответа.

– Правильно ли я понимаю, что предварительный разбор проекта порядка онкопомощи нельзя назвать широким и полноценным, если к нему так много претензий?

– Правильно. Можно сказать, что широкого обсуждения в профессиональном сообществе не было. Проект был опубликован на каком-то сайте, но назвать это обсуждением нельзя по определению: обсуждают на съездах, вслух, когда есть возможность живой дискуссии. Заочный формат – это формальность. И те предложения, которые туда подавали хирурги, воспринимались негативно.

Несколько месяцев назад национальная торакальная секция Российского общества хирургов направила письмо вице-премьеру Татьяне Голиковой с резким протестом против нового порядка оказания онкологической помощи и с подробными доводами, почему данный документ навредит, а не поможет решению задачи по снижению смертности от рака. Что мы получили в ответ? Обращение в лучших традициях этого жанра чиновничью отписку из Минздрава России, куда аппарат вице-преьера перенаправил обращение лидеров отечественной торакальной хирургии. Это письмо всех нас обескуражило: в опусе на пяти страницах нет ни слова о сути проблемы, обозначенной специалистами. Зато в нём много ссылок на нормативные акты и огромный объём не относящегося к делу тумана и пафоса. Читать устанешь, а ответа на вопросы, поставленные профессиональным медицинским сообществом, так и не найдёшь.

– Неужели в документе, о котором мы говорим, нет ничего положительного и полезного?

– Кое-что полезное в нём есть. В частности, там прописано, что можно создавать онкологическое отделение в многопрофильном стационаре при наличии там онкоконсилиума. Это на самом деле очень важное условие. Выходит, явные преимущества многопрофильных стационаров авторы порядка оказания онкопомощи всё-таки не отрицают. В таких учреждениях есть специалисты всех основных профилей, которые в случае необходимости подключатся к лечению онкологического больного, тогда как в онкодиспансере такого набора специалистов нет.

И как тут опять не вспомнить о мировой практике: нигде в мире нет отдельно стоящих онкологических центров, люди со злокачественными новообразованиями всегда лечатся в многопрофильной клинике. Так может и нам не отсекай сразу по формальному признаку все многопрофильные больницы, у которых, якобы, копейный фонд недостаточен для оказания онкохирургической помощи, а, напротив, присоединить к ним онкодиспансеры? И совокупное количество коек тогда достигнет придуманной кем-то «нормы», и онкоконсилиум будет, и химиотерапия, и лучевая терапия.

Честно говоря, онкологический диспансер нужен в регионе исключительно как оргметодотдел, куда стекается статистика по данному разделу здравоохранения. А оперировать и проводить химиотерапию можно в лечебных учреждениях общей лечебной сети, если они соответствуют всем критериям: есть специалисты, опыт, оборудование, онкоконсилиум.

– Многие эксперты высказывают опасение, что тот узкий круг учреждений, которым волей местных министров и главных онкологов разрешено оперировать онкобольных, с потоком пациентов не справятся. Косвенно это опасение подтверждает тем, что в последние годы и в Москве, и в регионах открывается всё больше частных клиник по профилю «онкология». А уж бизнес-то всегда точно знает, куда вложить деньги, чтобы потом на этом хорошо заработать.

– Участие бизнеса не решает проблемы: частники закрывают не больше 3% объёма от потребности в онкопомощи, и в основном это клиники для состоятельных людей, а не для тех пациентов, кто лечится по полису ОМС. Появление частных клиник в данном сегменте рынка медицинских услуг, к сожалению, не меняет картину доступности онкохирургической помощи. А вот новый порядок оказания онкопомощи эту картину меняет, и не в лучшую сторону.

Ещё раз повторю своё предложение срочно пересмотреть новый «порядок», предложенный Минздравом России, пока мы не скатились в состояние катастрофы. Ну, а если кто-то всё-таки намерен биться за автономию онкологической службы «до последнего патрона», то пусть хотя бы пересмотрит программы подготовки онкологов в ординатуре, расширив их хирургический кругозор.

Беседу вела
Елена БУШ,
обозреватель «МГ».

Главный врач Научно-исследовательского института – Краевой клинической больницы № 1 им. С.В.Очаповского академик РАН Владимир Порханов отметил юбилей. 25 апреля ему исполнилось 75 лет.

За годы его руководства клиникой в практику отечественной медицины были внедрены многие передовые технологии. Специалисты Краснодарской краевой клинической больницы № 1 первой на Юге России выполнили трансплантации почки, сердца, лёгких, печени и поджелудочной железы, начали оказывать высокотехнологичную хирургическую помощь при онкологических заболеваниях любых отделов позвоночника. Семь лет назад больница получила статус научно-исследовательского института, став крупнейшей научно-медицинской базой в Краснодарском крае и Южном федеральном округе. Сегодня больница им. С.В.Очаповского – клиника мирового уровня, а академик Владимир Порханов – учёный с большой буквы. По его методикам диагностируют и лечат заболевания органов грудной клетки, проводят трахео- и бронхопластические операции, открытые вмешательства в сочетании с малоинвазивными. По количеству одномоментных выполненных операций он является лидером в стране.

Сегодня об этом докторе знает не только вся Кубань. Его имя уже бренд и известно далеко за пределами России. Это объясняется тем, что Владимир Алексеевич всей душой болеет за здоровье народа и в целом – за положение дел в отечественном здравоохранении. Краевая больница, которой он руководит уже много лет, является флагманом Краснодарского здравоохранения, где большинство врачей – опытные профессионалы и настоящие фанаты своего дела,

Юбилей

Хирург, легенда российской медицины



Поздравляет В. Кондратьев

как и сам главный врач – человек целеустремленный, привыкший добиваться поставленных целей. Владимир Алексеевич не только блестяще проводит сложные хирургические вмешательства, включая пересадку органов, ведёт научную и огромную административную работу. Трудоспособность и активная жизненная позиция подтверждаются многочисленными наградами. Президент России Владимир Путин одному из первых в нашей стране вручил ему золотую звезду Героя Труда России. В.Порханов – кавалер ордена Почёта, лауреат Государственной премии Российской Федерации и Правительства РФ. Все его награды трудно перечислить. Кроме того, академик РАН на регулярной основе обучает молодое поколение

хирургов и заведует кафедрой онкологии с курсом торакальной хирургии Кубанского государственного медицинского университета.

С юбилеем В.Порханова поздравил глава Краснодарского края Вениамин Кондратьев. Он лично посетил краевую клиническую больницу № 1, которой успешно руководит Владимир Алексеевич.

– Ваша жизнь – яркий пример трудолюбия и бесконечной преданности своему делу. Вы каждый день совершенствуете свой талант, идёте в ногу с современной наукой, передаёте бесценный опыт молодому поколению. Без преувеличения можно сказать, что ваше имя стало символом кубанской медицины, – отметил В.Кондратьев.

Глава региона подчеркнул, что под руководством В.Порханова

клиническая больница № 1 превратилась в ведущий российский научно-исследовательский центр, сложнейшие высокотехнологичные операции стали доступны жителям края и пациентам из других регионов страны.



А.Копайгородский вручает памятный знак

С 75-летием юбиляра поздравил и мэр Сочи Алексей Копайгородский. В честь этого события В.Порханову вручили памятный знак «Почётный гражданин города Сочи».

– Наградить нашего земляка, известного всей России, для меня как главы города большая честь, – сказал А.Копайгородский. – Это возможность от себя лично и от лица всех сочинцев сказать «спасибо» достойному человеку, легенде российской медицины. Владимир Алексеевич спас свыше 25 тыс. пациентов, среди которых

много сочинцев. Во время пандемии врачи его клиники помогли тяжелобольным горожанам. И сейчас краевые коллеги продолжают консультировать и помогать врачам курорта.

Поздравить юбиляра в Сочи прилетели около 40 академиков, руководителей федеральных центров, ведущих медиков страны. На встрече они пожелали Владимиру Алексеевичу безграничного здоровья, неиссякаемой энергии и удачи. А всему коллективу НИИ – Краснодарской краевой клинической больницы № 1 им. С.В.Очаповского – равняться на своего руководителя. Ведь для того чтобы краевая больница № 1 оставалась на своих лидирующих

позициях, необходим вклад каждого сотрудника клиники, и тогда огромный механизм по здоровьесбережению российских граждан будет работать как часы, а спасённых жизней по всей стране станет ещё больше!

От редакции. Журналисты «Медицинской газеты» присоединяются к многочисленным поздравлениям, которые прозвучали в адрес Владимира Алексеевича, желают ему долгих лет жизни, новых творческих успехов, никогда не терять интереса к работе!

Деловые встречи

Об изменении системы учёта онкологических пациентов сказала заместитель директора по организационно-методической работе Медицинского радиологического научного центра им. А.Ф.Цыба – филиала НМИЦ радиологии, руководитель Центра координации деятельности учреждений регионов в области онкологии и радиологии НМИЦ радиологии Жанна Хайлова на прошедшем в Казахстане XIII съезде онкологов и радиологов стран СНГ и Евразии.

По её словам, по результатам выездных мероприятий в НМИЦ радиологии подготовили ряд предложений на 2022 г., которые касаются в том числе системы учёта пациентов. Ставится цель обеспечить информационный обмен между медицинскими организациями первичного звена и раковыми регистрами, чтобы вести своевременный учёт пациентов с предопухольными заболеваниями и злокачественными новообразованиями. В частности, предлагается формировать обязательную отчётность в разрезе районов субъектов РФ по доле лиц, прошедших отдельные виды диагностики в рамках скринингов онкозаболеваний в соответствии с приказом Минздрава России № 404н от 27.04.2021 «Об утверждении Порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определённых групп взрослого населения».

Как напомнила Ж.Хайлова, в стране учёт регулируется нормативно, есть Государственный раковый регистр, организацию и ведение которого много лет возглавляет руководитель Российского центра информационных

Изменится система учёта онкопациентов

технологий и эпидемиологических исследований в области онкологии Валерий Старинский. «Регистр достаточно успешно функционирует, это большой инструмент, который позволяет анализировать ежегодные потребности в противоопухолевой лекарственной терапии, запущенность случаев, в том числе и нарастающим итогом, а также проводить корреляцию между профилактическими медицинскими осмотрами и диспансеризацией определённых групп взрослого населения», – сказала она. Специалисты анализируют случаи онкологических заболеваний, и это даёт возможность выявлять и учитывать стадии заболеваний у пациентов, планировать в регионах потребность в терапии, что особенно важно для таргетной, иммунобиологической, лучевой терапии, а также правильно планировать направление пациентов между субъектами РФ и федеральными медицинскими клиниками.

Ж.Хайлова сообщила, что по поручению заместителя руководителя аппарата Правительства РФ Ольги Кривонос был разработан проект приказа Минздрава России «Об утверждении формы первичной медицинской документации «Извещение о впервые установленном случае онкологического заболевания» и порядке её заполнения». Выхода документа ждут в ближайшее время. Кроме того,



недавно вышел ещё один важный документ, над которым также активно работали в НМИЦ радиологии – он касается учёта пациентов с предопухольными заболеваниями. «В нём мы достаточно подробно разграничили группы пациентов с предопухольными заболеваниями – где они должны наблюдаться, с какой кратностью и частотой, какие узкие специалисты должны их направлять к онкологам», – добавила Ж.Хайлова.

Подготовленные предложения предусматривают также изменения

в областях лекарственной терапии, лучевой диагностики, радиотерапии. В лекарственной терапии предлагается оптимизировать финансирование, выделяемое для закупки таргетных препаратов, в том числе таблетированных форм, и иммунобиологических препаратов, а также рационально использовать спектр схем химиотерапии с применением таких препаратов и дорогостоящих химиопрепаратов для круглосуточного стационара.

В лучевой диагностике предлагается разработать методиче-

ские рекомендации по алгоритму использования и планирования объёмов лучевой диагностики (КТ, МРТ, ПЭТ/КТ, в том числе с контрастированием). А также использовать канал телемедицины для диагностики в клинически сложных ситуациях и получения второго мнения в референс-центрах системы Минздрава России. Важным авторами предложений считают проведение мероприятий, направленных на устранение кадрового дефицита и повышение квалификации действующих специалистов. Изменения предлагаются и в радиотерапии, речь идёт о принятии алгоритмов и протоколов лечения на основе действующих клинических рекомендаций и доведении их до медицинских организаций онкологического профиля в субъектах. Изменения коснутся и обучения и переподготовки специалистов профильных отделений – чтобы практические навыки применения клинических рекомендаций они получали на мастер-классах и вебинарах.

Подготовленные предложения важны, так как с учётом тех изменений, которые они несут, будут формироваться не только практические навыки специалистов, но и образовательные модули для обучения врачей-онкологов, лучевых диагностов, врачей первичного звена. Ж.Хайлова подчеркнула: «Это нужно для того, чтобы у нас все эти этапы маршрутизации пациентов от момента подозрения на злокачественные новообразования до уточняющей диагностики, получения специализированного лечения, в последующем диспансерного наблюдения и реабилитации были отработаны в рамках мультидисциплинарных команд».

Римма ШЕВЧЕНКО,
корр. «МГ».

Рак шейки матки (РШМ) занимает лишь четвёртое место по распространённости среди всех форм онкологических заболеваний у женщин. Казалось бы, почему тогда столько внимания уделяется именно ему? Да потому, что смертность от РШМ чудовищно велика: ежегодно в России регистрируется в среднем 12 300 новых случаев этого заболевания и более 6 тыс. смертей. Иными словами, каждая вторая женщина, заболевшая РШМ, имеет риск неблагоприятного исхода.

Согласно математическим прогнозам Всемирной организации здравоохранения, глобальное бремя РШМ продолжит расти и к 2030 г. количество случаев заболевания увеличится на 21%, а смертность – на 27% при условии, если в мире не будет проводиться масштабная профилактика рака шейки матки. Парадокс заключается в том, что эта онкопатология, вызванная вирусом папилломы человека (ВПЧ), является абсолютно предотвратимой, в силах правительства и органов управления здравоохранением государств принять верные управленческие решения и значительно снизить заболеваемость и смертность от РШМ. В том числе, в России. Однако...

Соглашаются и не делают

– По большому счёту, экспертами-онкологами уже давно всё сказано и обосновано, поэтому лучше вам обратиться за дополнительными разъяснениями не ко мне, а в Минздрав России. Например, задать вопрос, когда вакцинация против вируса папилломы человека будет включена в Национальный календарь профилактических прививок, – начал разговор с корреспондентом «МГ» председатель Российской общественной клинической онкологии, заведующий отделением Национального медицинского исследовательского центра онкологии им. Н.Н.Блохина, доктор медицинских наук, профессор Сергей Тюляндин.

Такое начало беседы вполне оправдано, ведь только за последние 5 лет тема профилактики ВПЧ-ассоциированных опухолей поднималась в нашей стране на разных площадках – научных конференциях онкологов и инфекционистов, на «круглых столах» в Госдуме – не меньше десяти раз. И всякий раз с одним и тем же результатом: все специалисты говорят «надо сделать то-то и то-то», но именно те, кто должен это сделать, ничего не делают. Без каких-либо объяснений.

Мы вновь обратились к данной теме, выбрав поводом для этого меткое замечание, которое сделал С.Тюляндин на прошедшем недавно очередном форуме по онкогинекологии: «Успехи в отношении РШМ есть, но они весьма ограничены. О снижении заболеваемости и смертности речи не идёт, хотя это онкологическая патология, которая «управляема» за счёт профилактики».

– Почему я называю наши успехи ограниченными? Потому, что даже самые мощные инновационные схемы лечения при распространённых

лечение иммунотерапии в схему лечения РШМ. Этот подход несколько увеличивает шансы пациенток, к которым болезнь вернулась после химиолучевой терапии. Обычно, если РШМ рецидивирует после операции и химиолучевой терапии, больная оказывается практически беззащитна, а врач – бессилён. У онкологов нет иного эффективного оружия, чтобы ей помочь. И вот появилась иммунотерапия, благодаря которой хотя бы у малой части женщин с РШМ можно достигать длительных периодов без болезни. Небольшой срок наблюдения – менее пяти лет с начала применения данной технологии – пока не позволяет специалистам делать выводы,

но при этом профосмотр должен быть возможен и полезен, то есть оказаться не пустой формальностью, а иметь результат в виде раннего выявления рака, – считает С.Тюляндин.

Спасение есть. Кто против?

Теперь о предотвратимости «женского» рака. Уже в 98 странах вакцинация против вируса папилломы человека внесена в национальные программы иммунизации, причём в ряде стран применяют гендерно-нейтральный подход к вакцинации: против ВПЧ прививают и девочек, и мальчиков. Это обусловлено тем, что помимо

ВПЧ достиг 90%, и самое главное – она проводится под эгидой государства.

– Если государство, опираясь на мнение профессионального сообщества, берётся за решение данной задачи по-настоящему, то всё может получиться. Я не понимаю, почему на уровне Правительства России такое решение до сих пор не принято. С точки зрения клинической онкологии совершенно ясно, что вакцинация работает надёжно, это подтверждено многолетним периодом наблюдений. Кстати, и экономически вакцинация будет в итоге не разорительной а, напротив, выгодной для бюджета страны: у нас почти

Мнение эксперта

Медициной управляет экономика?

Россия не хочет внедрять технологию профилактики «женского» рака

опухолях работают, к сожалению, лишь в небольшом проценте случаев. За последнее десятилетие смертность от РШМ увеличилась в 1,5 раза именно потому, что мы получаем пациенток с запущенными формами рака. На ранних стадиях, когда заболевание удаётся «поймать» на уровне неинвазивного рака, то есть поражена только слизистая шейки матки, эта форма опухоли лечится очень хорошо, и риска дальнейшего её прогрессирования нет. Но как только новообразование прорастает слизистую, уходит в мышечный слой и дальше, всё становится очень плохо, – поясняет С.Тюляндин.

Дело в том, что опухолевые клетки быстро разлетаются по лимфатическим узлам, иногда даже в парааортальное пространство под диафрагму. И в этом случае проведение химиолучевой терапии, которая после операции является основным методом лечения РШМ, не всегда приводит к излечению: объём и площадь распространения опухоли столь велики, что лучевая терапия просто не может захватить и обработать её целиком, а одной химиотерапии бывает недостаточно.

Двадцать против восьмидесяти

По словам эксперта, сегодня некоторый, но пока не очень выразительный успех показывает добав-

ляется ли это только ремиссией или же всё-таки выздоровлением, но уже есть пациентки, которые после лечения живут три года.

– Однако иммунотерапия эффективна лишь у 20% больных раком шейки матки, а у 80% она результатов не даёт. Вот что я имею в виду, говоря о слабых успехах в лечении РШМ. И это тем более обидно, что болезнь, во-первых, можно предупредить, а во-вторых, её легко можно диагностировать на начальной стадии при условии, что женщина пришла к врачу, и что врач заподозрил то, что должен заподозрить, а также выполнил биопсию, – продолжает С.Тюляндин.

Если по результатам биопсии оказывается, что это начальная стадия заболевания, достаточно выполнить резекцию небольшого объёма и всё – больше ничего делать не надо, женщина здорова. Но, как подчёркивает эксперт, из-за того, что скрининговые программы работают очень плохо, показатель запущенности РШМ превышает 50%. А работают эти программы плохо по нескольким причинам: с одной стороны, есть проблемы с организацией профосмотров, с другой – недостаточное желание населения и отсутствие у него мотивации проходить профосмотры.

– Не понимаю, почему нам никак не удаётся убедить российских женщин в том, что минимум раз в год они должны показывать гине-

рака шейки матки существует высокий риск развития других ВПЧ-ассоциированных онкологических заболеваний, среди которых рак гортани, рак анального канала, опухоли головы и шеи.

– Таким образом, половина мира уже прививается, а мы всё ещё раздумываем, теряя ежегодно 6,5 тыс. женщин в возрасте 25-40 лет, умирающих от РШМ. Поэтому если мы говорим о некоей государственной стратегии снижения смертности от него, то первым и главным пунктом в ней должна значиться масштабная вакцинопрофилактика детей и подростков против вируса папилломы человека. Второй пункт этой стратегии – организация эффективного скрининга на РШМ для тех, кто уже опоздал быть привитым, – убеждён С.Тюляндин.

Здесь собственно и изобретать ничего не нужно, достаточно обратиться к международному опыту элиминации рака шейки матки. Первыми лет 25-30 назад стали вакцинировать подростков 12-16 лет против вируса папилломы человека несколько стран Карибского бассейна и Африки. Это был пилотный проект. Именно эти страны первыми показали существенное снижение заболеваемости РШМ, сегодня такую же динамику демонстрируют Австралия и Новая Зеландия, где охват вакцинопрофилактикой против

13 тыс. случаев заболевания РШМ выявляется каждый год, из них половина больных в итоге погибает, и все они – молодые женщины. Представьте, сколько семей разрушено, сколько детей остаётся без матерей, сколько детей не рождено. Я уже не говорю о затратах на оказание онкологической помощи данной группе больных. Без сомнений, в итоге иммунизация покроет все эти финансовые и социальные потери государства. И я не вижу причин, по которым в нашей стране нельзя инициировать и реализовать программу по предотвращению ВПЧ-ассоциированного рака, – подчёркивает С.Тюляндин.

Итак, отсутствие медицинской культуры у населения, дефекты в проведении онкологических скринингов и нежелание Правительства включить вакцинацию против ВПЧ в Национальный календарь профилактических прививок – вот три главные, совершенно очевидные составляющие неуспеха. Есть ещё одна составляющая, она многим неочевидна, но наш эксперт на неё указал. Речь идёт о ведомственной разобщённости: лечением онкологических заболеваний занимается одна служба в системе здравоохранения РФ, а вопросами профилактики – другая. Вполне возможно, что это тоже не идёт на пользу общему делу.

Елена БУШ,
обозреватель «МГ».

Современные технологии

Российские учёные ведут исследования в области панкоронавирусных вакцин, которые будут защищать не только от любого варианта SARS-CoV-2, но и от любого из его сородичей, которые могут прийти в будущем. Об этом сказал заведующий кафедрой инфекционных болезней и эпидемиологии Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. И.П.Павлова Дмитрий Лиознов на IX Всероссийской конференции «Актуальные вопросы доклинических и клинических исследований лекарственных средств и клинических испытаний медицинских изделий».

«До их создания ещё далеко, но, по крайней мере, сегодня понятно, что риск возникновения новых коронавирусов с таким же пандемическим потенциалом, который есть у SARS-CoV-2, достаточно высок. Нужно искать стратегии разработки поливалентных вакцин, которые могли бы защищать от различных коронавирусов», – уточнил учёный.

Продолжается усовершенствование и противогриппозных вакцин. По словам Д.Лиознова, их эффективность на современном этапе составляет в лучшем случае 40%, что связано с разными факторами. Прежде всего с тем, что не угады-

Учёные работают над панкоронавирусными и универсальными вакцинами



вают со штаммом: «Практически каждый год прогноз мы делаем в феврале, вакцины производим с февраля по август, вакцинируем население с сентября до нового года. За это время штаммы могут несколько измениться, и в циркуляцию придут другие. Именно поэтому иногда не удаётся попасть в циркулирующие».

Сегодня разработаны различные пути усовершенствования противогриппозных вакцинных препаратов. В частности, это использование адьювантов, что повышает иммуногенность вакцин, а это особенно

важно для групп с ожидаемым наихудшим ответом – пожилые граждане, люди с иммунодефицитными состояниями, дети младшего возраста. Это и разработка новых технологий получения антигенов, в частности, переход от аллантоиной технологии (фактически от куриного белка) к разработке вируса на клеточных линиях. В результате ожидают лучших вакцин – без аллергии, которые быстрее готовятся и более эффективны. К новым технологиям относят и производство вакцин без консервантов, вирусомальных, векторных, мРНК- и ДНК-вакцин.

Исучаются и новые пути введения. Обеспечить их призваны так называемые трансдермальные вакцины. Их применение безболезненно, не требует хранения в холодильнике, они могут применяться

самостоятельно, в отличие от всех остальных, которые необходимо вводить в медицинских учреждениях специалистами, имеющими соответствующий сертификат.

Обсуждаются и новые подходы к вакцинации. Например, речь идёт о двукратной вакцинации лиц из групп риска, к которым относят детей от 6 месяцев до 8 лет, реципиентов органов, пациентов с сердечной недостаточностью, с иммунодефицитами, в том числе с ВИЧ-инфекцией. Появятся высокодозные вакцины для особых групп с худшим иммунным ответом – это лица старше 65 лет, пациенты на диализе, реципиенты органов, больные с плазматическими нарушениями клеток.

Концепция новых улучшенных противогриппозных вакцин, которую ВОЗ сформировала в 2017 г., среди прочих пунктов предусматривает наиболее предпочтительным вариантом создание универсальной вакцины, которая будет защищать как в случае антигенного дрейфа, так и шифта вируса гриппа. На первом этапе внедрения уни-

версальная вакцина может применяться в качестве вакцины резерва при появлении нового пандемического штамма. В дальнейшем она может быть использована и для профилактики сезонного гриппа, если её эффективность будет аналогичной или превышающей эффективность сезонных поливалентных вакцин. Новые противогриппозные вакцины должны быть легко производимы в необходимых количествах, иметь приемлемую себестоимость и работать в течение нескольких лет, в идеале 3-5 лет. «Но пока это концепция, и несколько учреждений, в том числе наш институт, занимаются разработкой такой универсальной вакцины», – сообщил Д.Лиознов.

Сегодня все разработчики, в том числе в нашей стране, планируют, чтобы все вакцины, которые разработаны против COVID-19, защищали также и против гриппа. И такой подход обещает быть очень перспективным.

Римма ШЕВЧЕНКО,
корр. «МГ».

КОНСПЕКТ ВРАЧА

Выпуск № 16 (2328)

(Окончание. Начало в № 17 от 06.05.2022.)

Иные диагностические методы исследования

При отсутствии убедительных данных для постановки диагноза или определения прогрессирования заболевания, возможно выполнение ряда дополнительных (уточняющих) методов исследований, проведение которых возможно в условиях офтальмологического кабинета (консультативно-диагностического отделения), офтальмологического отделения или медицинского офтальмологического центра.

Структурные и функциональные методики (тесты) непрерывно совершенствуются, становясь всё более чувствительными к самым ранним изменениям. Разрыв между наблюдаемыми функциональными потерями и предшествующими им структурными изменениями, с точки зрения сопоставления этих двух видов стратегии наблюдения, неуклонно уменьшается. Структурные изменения преобладают в начале болезни, в частности при ПГ или при начальной стадии ПОУГ.

Рекомендуется кератопахиметрия всем пациентам с ПГ с целью уточнения результатов тонометрических исследований, а также для выявления одного из факторов риска.

Распределение показателя ЦТР в норме во взрослой популяции составляет 473-597 мкм (среднее – 540 ± 30 мкм). Значительные отклонения от средних значений ЦТР (± 50 мкм) могут оказывать влияние на результаты тонометрии. На сегодняшний день не достигнуто согласие относительно применения алгоритмов коррекции показателя тонометрии по данным ЦТР. Целесообразно проводить деление роговицы на тонкую (481-520 мкм), среднюю (521-560 мкм) и толстую (>561 мкм) и учитывать связанный с этим риск.

Рекомендуется оптическое исследование головки зрительного нерва и слоя нервных волокон с помощью компьютерного анализатора (оптическая когерентная томография, ОКТ) пациентам при подозрении на глаукому на этапе диагностики и в ходе регулярного мониторинга с целью выявления количественных изменений ДЗН и сетчатки.

Данные, полученные при помощи ОКТ, не следует трактовать как окончательный диагноз. Это статистические данные, результаты сравнения показателей пациента с нормативной базой данных прибора. Полученные результаты необходимо сопоставлять с клинической картиной во избежание ложных выводов, особенно в случае нестандартных вариантов ДЗН, показатели которых отсутствуют в базе. Ключевое значение при проведении ОКТ имеет первое исследование, важно его высокое качество, так как оценка прогрессирования в дальнейшем проводится при сравнении с исходным изображением.

Метод также может быть использован для динамического наблюдения в комплексе с данными периметрического исследования.

Рекомендуется электроретинография пациентам в случае необходимости дифференциальной диагностики и углублённого анализа функциональных нарушений с целью оценки электрической активности сетчатки.

Решение о назначении дополнительных методов исследования принимает врач по результатам базового обследования. Наибольшей специфичностью и чувствительностью при глаукоме обладает ПЭРГ, которая отражает активность самих ганглиозных клеток и может выступать в качестве предиктора структурных изменений сетчатки. Для оценки функционального состояния макулярной зоны сетчатки принимают во внимание компонент ПЭРГ Р50, для оценки функционального состояния зрительного нерва – компонент ПЭРГ № 95.

Для верификации диагноза и дифференциальной диагностики ПГ возможно применение других дополнительных методов обследования: тонография, нагрузочно-разгрузочные пробы для исследования регуляции уровня ВГД.

Лечение

Рекомендуется снижение уровня ВГД пациентам с ПГ, сопровождающимся ОГ и/или при наличии других факторов риска, с целью предотвращения развития ПОУГ.

Цель лечения ПГ на фоне ОГ заключается в поддержании уровня ВГД в диапазоне, при котором не будет потери зрительных функций, а само лечение не будет сопряжено с побочными эффектами, влияющими на качество жизни пациента в течение его жизни. Лечение не назначается при отсут-

ствии известных факторов риска развития и прогрессирования глаукомы.

Большинству пациентов с ОГ не требуется лечение, так как более чем у 90% пациентов, не получавших лечение, не происходит переход ОГ в глаукому в течение 5 лет наблюдения. Риски и преимущества лечения должны быть сопоставлены с риском глаукомного повреждения ДЗН. Показания для назначения лечения являются относительными, решаются индивидуально и базируются на учёте и анализе факторов риска. Лечение назначается при обнаружении прогрессирования изменений ДЗН, СНВС, ПЗ или развитии ПОУГ.

Преимущества и риски применения каждого из методов лечения должны быть обсуждены с пациентом. Следует стремиться к использованию пациентом минимального

Подозрение на глаукому

Клинические рекомендации (протокол)

количества ЛС с возможностью патогенетически обоснованного выбора препаратов, основываясь, в первую очередь, на данных их клинической эффективности.

Продолжительное применение ЛС приводит к снижению их гипотензивного эффекта, что требует своевременной коррекции проводимой терапии, например, при выявлении признаков субкомпенсации офтальмотонуса.

До назначения лечения следует определить предполагаемый уровень «целевого» давления с учётом исходных значений офтальмотонуса, наличия дополнительных факторов риска. «Целевое» давление не может быть определено с какой-либо достоверностью у конкретного пациента, не существует утверждённого алгоритма для его установления, однако это не отрицает его применения в клинической практике. Используется стратегия определения «целевого» давления, основанная на процентном снижении офтальмотонуса от исходного. Основываясь на результатах исследования по лечению офтальмогипертензии (Ocular Hypertension Treatment Study, OHTS) необходимо стремиться к снижению уровня ВГД не менее чем на 20% от исходного уровня.

Медикаментозное лечение

Рекомендуется назначить местную гипотензивную терапию пациентам при наличии ОГ и ПГ на основании данных мониторинга состояния ДЗН, слоя СНВС и ПЗ.

Лечение назначается при прогрессировании изменений ДЗН, СНВС, ПЗ, а также при наличии у пациента дополнительных факторов риска.

Хотя лазерное и хирургическое лечение могут эффективно уменьшить ВГД, лечение с помощью гипотензивных глазных капель остаётся во всём мире предпочтительным стартовым лечением из-за его благоприятного профиля риска и пользы. При выборе гипотензивного препарата необходимо учитывать его эффективность, возможные побочные эффекты, схему дозирования, необходимый процент снижения ВГД от исходного уровня, потенциальную стоимость, доступность.

Рекомендуется назначить монотерапию пациентам с ОГ и ПГ при наличии дополнительных факторов риска в качестве стартовой терапии для снижения уровня ВГД.

В качестве препаратов первого выбора используются аналоги простагландинов, бета-адреноблокаторы, ингибиторы карбоангидразы, симпатомиметики для лечения глаукомы. Максимальной гипотензивной активностью обладают аналоги простагландинов. Препараты других фармакологических групп (ингибиторы карбоангидразы, симпатомиметики для лечения глаукомы) в качестве препаратов стартовой терапии применяют реже из-за их меньшей гипотензивной эффективности.

Применение антиглаукомных препаратов сопряжено с наличием противопоказаний и побочных эффектов, которые следует принимать во внимание при выборе группы ЛС. Основные фармакологические группы гипотензивных препаратов и механизм их действия представлены в таблице 1. (См. табл. 1 в № 17 от 06.05.2022.)

Не рекомендуется применение местных неселективных бета-адреноблокаторов у пациентов с системными противопоказаниями (сердечно-сосудистые и бронхо-лёгочные заболевания, в частности аритмии, ишемическая болезнь сердца, артериальная гипертензия, хроническая обструктивная болезнь лёгких, бронхиальная астма), и/или получающих бета-адреноблокаторы перорально для исключения возможного суммирования неблагоприятных эффектов, развития системных побочных осложнений и снижения гипотензивного эффекта терапии.

Рекомендуются противоглаукомные препараты, не содержащие консерванты, пациентам с подозрением на глаукому в сочетании с заболеваниями тканей глазной поверхности, дисфункцией мейбомиевых желёз и хроническими аллергическими реакциями в качестве препаратов стартовой терапии с целью снижения уровня ВГД.

Рекомендуется перевод пациента на препарат монотерапии из другой фармакологической группы в случаях:

- неудовлетворительной переносимости ЛС стартовой терапии;
- при хорошей его переносимости, но при отсутствии достижения «целевого» уровня офтальмотонуса.

При использовании в качестве стартовой терапии аналогов простагландинов возможна замена ЛС в рамках данной группы, а перевод на препарат другой фармакологической группы нецелесообразен.

Рекомендуется добавить второе ЛС – назначить комбинированный препарат пациентам с ОГ и ПГ при неэффективности монотерапии для достижения давления цели.

Целесообразно комбинировать препараты с различным механизмом действия: улучшающие отток и снижающие секрецию ВГЖ. Для повышения гипотензивной эффективности и приверженности пациентов к проведению медикаментозного лечения глаукомы применяют препараты в виде фиксированных комбинированных форм, содержащие вещества, которые, имея различный механизм гипотензивного действия, при комбинации обладают аддитивным эффектом (таблица 2). Необходимо избегать назначения ЛС, относящихся к одной и той же фармакологической группе (например, нельзя комбинировать два разных бета-адреноблокатора или два аналога простагландинов).

Рекомендуется усилить фиксированную комбинацию дополнительным препаратом и рассмотреть возможность выполнения лазерной вмешательства пациентам с ОГ и ПГ в случае, если понижение уровня ВГД не достигнуто.

Возможна замена компонентов антиглаукомных комбинаций в случае отсутствия достижения «целевого» уровня ВГД. Применение более 3 лекарственных средств

одновременно не рекомендовано. Увеличение кратности инстилляций антиглаукомных гипотензивных препаратов приводит к снижению приверженности к выполнению назначений, уменьшению эффективности и увеличению числа побочных эффектов.

Прекращение лечения у пациентов с ОГ или ПГ возможно при стабилизации ситуации на фоне длительной терапии при наличии приемлемого уровня ВГД и низкого риска развития нарушений зрения в течение предполагаемой продолжительности жизни пациента. При прекращении лечения целесообразен контроль уровня ВГД, состояния поля зрения и зрительного нерва с дальнейшей переоценкой, если это клинически показано.

Рекомендуется коррекция местной гипотензивной терапии беременным/кормящим пациенткам с ПГ и ОГ для достижения целевого давления с учётом оценки риска тератогенного воздействия препаратов на плод, течение беременности и на новорождённого в период лактации.

Ни один из антиглаукомных препаратов не классифицирован как безопасный или полностью противопоказанный при беременности. Препараты для местного лечения ПГ и ОГ назначаются лишь в том случае, если

потенциальная польза лечения оправдывает потенциальный риск для плода. Основные принципы назначения ЛС: использовать минимальное количество препаратов, достаточное для достижения целевого давления, обсудить лечение с врачом-акушером-гинекологом и врачом-педиатром, уменьшить системное всасывание препарата (при лёгком нажатии пациентом на область внутреннего угла глаза или применении окклюдоров). Наиболее чувствительным периодом является первый триместр беременности из-за возможного тератогенного воздействия на плод систематически применяемых гипотензивных препаратов. Учитывая возможное снижение ВГД в период беременности у некоторых пациенток, может рассматриваться временное прекращение местного гипотензивного лечения в условиях тщательного наблюдения. В период беременности возможно назначение бета-адреноблокаторов, симпатомиметиков, и/или ингибиторов карбоангидразы. Аналоги простагландинов следует использовать с осторожностью по причине влияния на тонус матки. Поэтому, при появлении признаков гипертонуса матки, необходимо прекратить их применение.

На 9-м месяце беременности бета-адреноблокаторы и симпатомиметики следует отменить во избежание осложнений у новорождённого. Использование местных ингибиторов карбоангидразы может быть продолжено. В период лактации предпочтительнее назначать ингибиторы карбоангидразы в каплях и аналоги простагландинов. Лазерная трабекулопластика может быть

Таблица 2

Фиксированные комбинации антиглаукомных препаратов

Варианты фиксированных комбинаций	МНН	Форма выпуска, упаковка
Аналоги простагландинов и бета-адреноблокаторы	Латанопрост + Тимолол	Капли глазные по 2,5 мл во флаконах-капельницах
	Тимолол + Травопрост	Капли глазные по 2,5 мл во флаконах-капельницах
	Тафлупроуст + Тимолол	Капли глазные по 0,3 мл в тубиках-капельницах, 30 шт.
	Биматопрост + Тимолол	Капли глазные по 3 мл во флаконах-капельницах
Симпатомиметики и Бета-адреноблокаторы	Бримонидин + Тимолол	Капли глазные по 5 мл во флаконах-капельницах
Ингибиторы карбоангидразы и Бета-адреноблокаторы	Бринзоламид + Тимолол	Капли глазные по 5 мл во флаконах-капельницах
	Дорзоламид + Тимолол	Капли глазные по 5, 7 или 10 мл во флаконах-капельницах; Капли глазные по 0,4 мл в тубиках-капельницах, 10, 20, 30, 60 или 90 шт.
Симпатомиметики и Ингибиторы карбоангидразы	Бримонидин + Бринзоламид	Капли глазные по 5 мл во флаконах-капельницах

стартовым или дополнительным вмешательством у беременных и кормящих женщин.

Лазерное лечение

Лазерные вмешательства, используемые при лечении офтальмогипертензии направлены на восстановление оттока ВГЖ:

- лазерная трабекулопластика (ЛТП);
- селективная лазерная трабекулопластика (СЛТ);
- гидродинамическая активация оттока (лазергониотрабекулопунктура);
- YAG-лазерная активация трабекулы;
- лазерная иридэктомия у лиц с закрытым и/или узким УПК (20 и менее градусов).

Преимуществами лазерных вмешательств являются:

- малая травматичность процедур;
- отсутствие серьёзных интра – и послеоперационных осложнений;
- возможность выполнения вмешательства в амбулаторных условиях;
- возможность проведения повторных лазерных вмешательств при снижении гипотензивного эффекта в отдалённом послеоперационном периоде.

Рекомендуется проведение лазерной трабекулопластики (ЛТП) пациентам с ПГ

и ОГ как альтернативная стратегия медикаментозной терапии; при неэффективности гипотензивной медикаментозной терапии; необходимости оптимизации гипотензивного режима (с целью уменьшения числа используемых гипотензивных препаратов); при наличии системных и местных нежелательных явлений, вызванных гипотензивными препаратами, и противопоказаний к их применению; при потенциальном несоблюдении медикаментозного режима.

Ожидаемое среднее снижение уровня ВГД может составить 20-25% (6-9 мм рт.ст.). Гипотензивный эффект ЛТП оценивается через 1-2 месяца после процедуры. Характерна низкая эффективность повторных процедур ЛТП. Эффективность снижения уровня ВГД сопоставима при разных видах лазерных операций (аргоновой/диодной и селективной лазерной трабекулопластики), но инвазивность СЛТ и частота осложнений при этом типе операции отмечается значительно ниже. Повторная ЛТП возможна через год, если эффект от первой процедуры был продолжительным и достаточным для снижения ВГД. Выполнение СЛТ целесообразно при выраженной степени пигментации трабекулы (II-IV), отмечена сопоставимая с первичной

операцией эффективность повторных процедур.

Необходим контроль ВГД через 30 минут и 2 часа после выполнения ЛТП пациентам с ОГ для определения степени выраженности реактивной гипертензии, величина которой может составлять более 10 мм рт.ст. Назначение местной противовоспалительной терапии в течение 4-7 дней после ЛТП уменьшает вероятность послеоперационных осложнений (реактивной гипертензии, посткоагуляционного увеита, периферических гониосинехий).

Как альтернатива ЛТП и СЛТ предложены YAG-лазерная активация трабекулы, лазергонониотрабекулопунктура и гидродинамическая активация оттока, которые проводятся как при выраженной, так и при слабой степени пигментации структуры дренажной зоны УПК.

Хирургическое лечение не рекомендуется пациентам с ПГ.

Диетотерапия, обезболивание и другие методы лечения

Специальной диеты при ПГ не существует. Методы обезболивания (инстилляции) применяются на этапе лазерного лечения ПГ, и не используются в качестве самостоятельной терапии.

До настоящего времени не проведено надёжных клинических исследований, подтверждающих эффективность диетотерапии и применения биологически активных добавок к пище при ПГ. Альтернативные стратегии лечения ПГ (нейропротекция) являются предметом исследований и обсуждений.

Андрей БРЕЖНЕВ,

Курский государственный медицинский университет Минздрава России, офтальмологическая клиническая больница – офтальмологический центр, кандидат медицинских наук, доцент.

Курск.

Ильмира ГАЗИЗОВА,

Институт экспериментальной медицины Медицинского научного центра, Российское глаукомное общество, Общество офтальмологов России, доктор медицинских наук.

Санкт-Петербург.

Людмила ДОГАДОВА,

профессор кафедры офтальмологии Тихоокеанский государственный медицинский университет Минздрава России, главный офтальмолог ДФО, кандидат медицинских наук.

Владивосток.

Возрастная катаракта – патологическое состояние, связанное с частичным или полным помутнением хрусталика глаза, которое развивается у людей, как правило, после 60 лет и проявляется различными степенями расстройства зрения вплоть до полной утраты предметного зрения.

Наиболее распространёнными факторами риска являются возраст, сахарный диабет, длительное применение местных, системных или ингаляционных глюкокортикостероидов и предшествующая внутриглазная хирургия.

Катаракта является одной из основных причин слабости зрения и обратимой слепоты в мире, поражая каждого шестого человека в возрасте старше 40 лет и подавляющую часть населения – к 8-й декаде жизни. Учитывая постепенно возрастающую продолжительность жизни, особенно характерную для экономически развитых стран, прогнозируется увеличение численности больных катарактой с настоящих 20 млн до 40 млн человек к 2020 г. По опубликованным данным, общий показатель распространённости катаракты в Российской Федерации составляет 3,36% для городского населения и 3,63% – для сельского. В единственном на настоящий момент в стране популяционном исследовании, посвящённом распространённости нарушения зрения от катаракты, выполненном по международному стандарту RAAB (Rapid Assessment Avoidable Blindness) и основанному на кластерном формировании рандомизированной выборки (в количестве 4,044 человека на 336,000 населения в возрасте старше 50 лет) снижение зрения от катаракты до уровня 0,3 и ниже встречалось у 8,69% обследованных. При этом катаракту диагностировали в 2 раза чаще у женщин, чем у мужчин.

На настоящий момент в РФ диагноз «катаракта» установлен у 1,2 тыс. человек на 100 тыс. населения, что в совокупности даёт общее количество пациентов с помутнением хрусталика равное, примерно, 1 млн 750 тыс. Учитывая количество ежегодно проводимых операций по экстракции катаракты (460 тыс. - 480 тыс.), следует констатировать, что потребность в оперативном лечении покрывается всего от 1/3 до 1/4. Этот показатель варьирует с широкой амплитудой между субъектами РФ, так как очевиден факт большей доступности хирургической помощи пациентам, проживающим в городах и крупных населённых пунктах, в отличие от жителей сельской местности.

Особенности кодирования заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем:

- H25.0 – начальная старческая катаракта
- H25.1 – старческая ядерная катаракта
- H25.2 – старческая морганиева катаракта
- H25.8 – другие старческие катаракты
- H25.9 – старческая катаракта неуточнённая.

Классификация заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

1. В зависимости от локализации помутнений в веществе хрусталика:
 - ядерная катаракта;
 - кортикальная (корковая) катаракта;
 - задняя субкапсулярная катаракта;
 - тотальная (полная) катаракта;
2. По степени зрелости:
 - начальная катаракта;
 - незрелая катаракта;
 - зрелая катаракта;
 - перезрелая катаракта.

Катаракта старческая

Клинические рекомендации (протокол)

Клиническая картина заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Во время осмотра на щелевой лампе с широким зрачком при начальной катаракте появляются субкапсулярные вакуоли, расслоение хрусталиковых волокон. При незрелой катаракте выделяется ядро бело-серого, жёлтого или бурого цвета, также возможно наличие кортикальных помутнений в виде спиц. При зрелой катаракте тотальное помутнение хрусталика, ядро и кортикальные массы белого цвета. При перезрелой катаракте корковое вещество превращается в разжиженную массу молочного цвета, которая постепенно рассасывается, плотное ядро опускается книзу.

Диагностика

Жалобы и анамнез. При обследовании пациента со старческой катарактой рекомендован тщательный сбор анамнеза и жалоб для оценки сроков и скорости снижения зрения, общего состояния здоровья.

Затуманивание зрения с последующим постепенным его снижением – характерные симптомы помутнения хрусталика, однако аналогичные жалобы могут встречаться и при другой глазной патологии. Влияние катаракты на зрительные функции можно субъективно оценить на основании характеристики пациентом его функциональных возможностей и проблем со зрением. Со временем пациенты адаптируются к низкому зрению и могут не замечать постепенное снижение зрительных функций и прогрессирование катаракты. Сбор анамнестических данных включает оценку сроков и скорости нарушения зрительных функций, субъективную характеристику пациентом своих зрительных и функциональных возможностей, общего состояния здоровья, принимаемых медикаментов и других факторов риска, которые могут повлиять на течение и исход операции (иммунодефицитные состояния, системное применение антагонистов альфа-1 адренорецепторов, сахарный диабет, аллергия и т.д.).

При первичном обследовании пациента с катарактой следует:

- определить этиологию процесса с учётом сопутствующих факторов риска;
- выявить сопутствующие и системные заболевания, способные привести к снижению зрения или повлиять на прогрессирование заболевания, на ход хирургического вмешательства, течение послеоперационного периода или конечный результат лечения;
- определить показания и противопоказания к операции;
- установить оптимальную тактику лечения;
- оценить прогноз восстановления зрительных функций в послеоперационном периоде.

Физикальное обследование. Рекомендуется оценить психофизическое состояние пациента со старческой катарактой с позиций адекватной оценки им своего состояния, причин снижения зрения и перспектив лечения.

Рекомендуется всем пациентам со старческой катарактой определение ретинальной остроты зрения с текущей коррекцией вдаль для углублённой оценки зрительных функций.

Силу оптической коррекции необходимо внести в медицинскую документацию, исследование зрения вблизи проводится при наличии показаний.

Лабораторные диагностические исследования: не применяются.

Инструментальные диагностические исследования. Рекомендуется всем пациентам со старческой катарактой визометрия с определением лучшей корригированной остроты зрения для объективной оценки зрительных функций.

Рекомендуется всем пациентам со старческой катарактой офтальмотонометрия (измерение внутриглазного давления (ВГД) пневмо- или апланационным тонометром) для оценки исходного ВГД.

Рекомендуется всем пациентам со старческой катарактой биомикроскопия – наружный осмотр с помощью щелевой лампы для оценки состояния глаза. Включает в себя осмотр век, ресниц, слёзоотводящего аппарата, орбиты, положение глазных яблок и оценка их подвижности.

Всем пациентам со старческой катарактой рекомендуется биомикроскопия переднего отрезка глаза при помощи щелевой лампы в условиях миоза и мидриаза для оценки состояния глаза.

Рекомендуется всем пациентам со старческой катарактой офтальмоскопия глазного дна в условиях мидриаза для уточнения локализации очагов помутнения вещества хрусталика, их распространённости и степени, изучения состояния стекловидного тела, диска зрительного нерва, центрального и периферического отделов сетчатки для оценки состояния глаза.

Рекомендуется всем пациентам со старческой катарактой проведение биометрии глаза (оптической или ультразвуковой) для расчёта интраокулярной линзы (ИОЛ) и оценки состояния глаза. Основной методикой является оптическая биометрия, которая может быть основана на лазерной оптической интерферометрии или оптической низко-когерентной рефлектометрии с использованием суперлюминесцентного диода. Метод ультразвуковой биометрии даёт большую погрешность, необходимость в его выполнения возникает при невозможности использовать оптический метод (зрелая катаракта, интенсивные помутнения задней капсулы хрусталика).

Рекомендуется всем пациентам со старческой катарактой проведение кератометрии (офтальмометрии) для расчёта интраокулярной линзы и оценки состояния глаза. Для кератометрии используют ручные и автоматизированные кератометры, авторефрактометры и кератометры, встроенные в оптические биометры. В спорных случаях, для уточнения вида, осей и степени роговичного астигматизма применяют кератотопографию (основанную на принципе использования диска Плачидо), кератотопографию (основанную на Шаймпflug-фотографировании

переднего отрезка глазного яблока) или оптическую когерентную томографию роговицы.

Иные диагностические исследования. Дополнительное предоперационное обследование необходимо проводить для выявления сопутствующей патологии и прогноза клинического результата (электрофизиологические исследования состояния сетчатки и зрительного нерва, зеркальная (эндотелиальная) микроскопия, измерение толщины роговицы в центре, оптическая когерентная томография сетчатки (ОКТ), ультразвуковое В-сканирование).

У большинства пациентов офтальмолог может определить тот вклад, который внесла катаракта в снижение зрительных функций, путём сопоставления результатов биомикроскопии со специфичными симптомами пациента.

Иногда зрительные симптомы пациента несоизмерны степени выраженности катаракты. Определение только остроты зрения не позволяет количественно оценить состояние ряда зрительных симптомов, таких, в частности, как снижение устойчивости к слепящим засветам, потеря контрастной чувствительности. Исследования в условиях тёмной комнаты, с сильным контрастом и ярко освещённым объектом, могут значительно недооценить функциональные проблемы, испытываемые пациентом в условиях различной освещённости и контрастности.

Исследование волнового фронта показало, что даже незначительные катаракты могут быть причиной значительного увеличения оптических aberrаций. В норме природные отрицательные сферические aberrации хрусталика компенсируются природными положительными сферическими aberrациями роговицы. При катаракте aberrации хрусталика меняются на положительные, и нарушается установившийся баланс, что приводит к снижению контрастной чувствительности. Этим в ряде случаев объясняются выраженные жалобы некоторых пациентов с невыраженными помутнениями хрусталика и относительно высокой остротой зрения с наилучшей коррекцией.

Пациентам с подозрением на заболевания зрительного нерва нужно проводить электрофизиологические исследования состояния сетчатки и зрительного нерва (определение порогов электрической лабильности, порогов электрической чувствительности, электроретинографию и регистрацию зрительных вызванных потенциалов) для оценки состояния глаза, тактики лечения и прогноза зрительных функций до и после операции.

Пациентам с заболеваниями роговицы необходимо проводить зеркальную (эндотелиальную) микроскопию и измерение толщины роговицы в центре для оценки состояния глаза, тактики лечения и прогноза зрительных функций до и после операции. Данные исследований назначаются пациентам с патологией роговицы для определения риска развития декомпенсации заднего эпителия и помутнения роговицы, а также после травм глаза или перенесённых операций.

(Окончание следует.)

Май – месяц специалистов сестринского дела: отмечают Международный день акушерки, Международный день медицинской сестры, а в нашей стране в этом году он ещё и особенный – 30-летний юбилей у крупнейшей профессиональной организации медиков – Ассоциации медицинских сестёр России (РАМС). О том, как и зачем была создана ассоциация и к каким результатам пришла, сегодня наш разговор с её руководителем Валентиной САРКИСОВОЙ.

– Валентина Антоновна, ежегодно формулируется девиз Международного дня медицинской сестры, какой он в этом году, солидарны ли с ним ассоциация и медицинские сёстры страны?

– Действительно, с 1965 г. Международный совет медицинских сестёр отмечает профессиональный праздник и с 1974 г. формулирует его девиз – своего рода совместное послание передовых представителей сестринского дела, адресованное профессиональному сообществу, руководителям здравоохранения. В этом году лидеры сестринского дела буквально бьют в набат и призывают: «Инвестируйте в профессию, уважайте её права, чтобы обеспечить здоровье во всём мире».

Дело в том, что профессия очень многое потеряла за период пандемии. Нехватка ресурсов, средств защиты, поддержки, внимания, уважения привели к оттоку специалистов из отрасли во всём мире. К оттоку на фоне уже имевшегося дефицита кадров. Немногие страны могут сегодня похвастаться отличным состоянием дел. На медицинских сёстрах привыкли экономить везде и всегда. Это унижительно. И, конечно же, пагубно сказывается на всей профессии, отбрасывает её на годы назад. А ещё отрицательно отражается на здоровье населения и самих сестёр, на возможностях системы здравоохранения.

Вот мы, наша страна, вроде бы, хотим достичь эффективного функционирования отрасли, повысить качество и безопасность медицинской помощи, добиться высокой степени удовлетворённости пациентов, это, кстати, и политический вопрос. А ответ на него есть, он заключается в поддержке медицинских сестёр. Насколько государство готово к инвестициям в профессиональное образование, развитие, привлечение сестринских кадров, настолько и решаемы данные проблемы.

Вообще девиз 2022 г. максимально соответствует тем задачам, которые мы последовательно стремились ставить в течение 30 лет работы ассоциации.

– Как всё начиналось и, самое главное, ради чего?

– Весной 1992 г. главные сёстры крупнейших областных медицинских организаций получили приглашение принять участие в совещании, организуемом Министерством здравоохранения страны. Кто смог быстро определиться с командировкой, те и приехали. Особым вниманием мы не были избалованы, поэтому, конечно, стремились узнать что-то новое. Тогда уже ощущался дефицит информации и ресурсов для профессионального развития.

– В тот период времени перед сестринским сообществом как будто был включён зелёный свет. Мы стали участвовать в коллегиях Минздрава России, в специальных совещаниях. Разработали Программу развития сестринского дела. Одновременно решали локальные вопросы – лоббировали обеспечение клиник современными расходными материалами. Региональные лидеры проводили конкурсы профессионального мастерства, поощряли активных и целеустремлённых специалистов, национальные – поднимали вопросы о системе управления,



В. Саркисова

Авторитетное мнение

Бесценный

Ассоциация медицинских сестёр России, отмечая

поддержке социально-экономического благополучия персонала. Мы даже устав начали писать с упором на профсоюзную миссию, но, немного разобравшись, остановились. Тогда же впервые стали встречаться с зарубежными коллегами, медицинскими сёстрами – профессорами, узнавать об особенностях сестринской помощи за рубежом. В голове не укладывалось – медсестра-профессор, декан факультета, директор клиники, исследователь. Казалось, достичь этого невозможно, но очень хотелось для профессии большого будущего. Поэтому укрепление профессионализма, совершенствование практики, повышение профессионального статуса стали центральными задачами ассоциации. Среди первых дел было создание стандартов практической деятельности, методических рекомендаций, Этического кодекса медицинской сестры России, а также организация конференций по обмену опытом.

Важнейшей вехой в развитии ассоциации и сестринского дела стал первый Всероссийский съезд средних медицинских работников, состоявшийся в ноябре 1998 г. в Северной столице. Наверное, в тот момент внимание к профессии достигло своего пика. В Санкт-Петербург помимо руководителей сестринских служб устремились главные врачи, руководители региональных органов управления здравоохранением, настолько велики были информационный голод и желание преодолеть трудности, прежде всего кадровые.

– На решение каких задач были нацелены лидеры ассоциации тогда, в 90-е годы?

– В тот период времени перед сестринским сообществом как будто был включён зелёный свет. Мы стали участвовать в коллегиях Минздрава России, в специальных совещаниях. Разработали Программу развития сестринского дела. Одновременно решали локальные вопросы – лоббировали обеспечение клиник современными расходными материалами. Региональные лидеры проводили конкурсы профессионального мастерства, поощряли активных и целеустремлённых специалистов, национальные – поднимали вопросы о системе управления,

новых должностях для сестёр с высшим образованием, максимально содействуя тому, чтобы это образование становилось более доступным и для молодых, и для тех, у кого за плечами солидный трудовой стаж.

И, надо сказать, многое получалось. Главные врачи достаточно быстро оценивали эффективность современного оснащения сестринских служб, видели, что инвестиции себя оправдывают, что качественные материалы – лицо клиники и её престиж, поддерживали участие специалистов в профессиональных мероприятиях, в курсах, в программах

помогает пациенту разобраться в сложных медицинских формулировках. В работе зарубежных коллег для нас крылось немало открытий – медсестра не может, а обязана проверить дозировку назначенного препарата и, если надо, обсудить её с лечащим врачом; медицинская сестра может не допустить доктора к пациенту, если тот отдыхает; она организует посещение пациента в отделении реанимации членами семьи, чтобы, даже находясь без сознания, он ощущал связь с близкими; разбирается в научных исследованиях и проводит их самостоятельно. Таким открытиям не было числа. Одним из ярких достижений стало появление школ пациентов по разным нозологиям, где ведущую роль начали играть сёстры (хотя и по сей день вопрос о проведении таких школ сёстрами остаётся открытым). В какой-то момент времени мы, сами того не замечая, вступили на сложный путь,

технологиям, как сократить число госпитализаций и потребностей в затратном лечении.

Мы прицельно изучали этот опыт, и в какой-то момент стало очевидным, что весь мир делает выбор в пользу высококвалифицированного сестринского персонала, что архитектура кадрового обеспечения здравоохранения меняется в принципе, происходит глубокая трансформация профессиональных ролей. В этой новой реальности врач становится эксклюзивным специалистом высокого класса, задачи которого диагностика и лечение сложных заболеваний в их острой фазе. Он обладает всеми необходимыми знаниями и инструментами для выбора лечебной тактики. Все остальные функции выполняет медицинская сестра. Сестринская профессия развивается в направлении растущей самостоятельности, автономии и узкой специализации.



Акция тюменских медсестёр по выявлению подозрительных родинок

стажировок. Появилось поколение руководителей, разделяющих принципы современного сестринского дела. И на уровне Министерства здравоохранения РФ были сделаны важнейшие шаги – введены управленческие должности главной акушерки, главного фельдшера, заместителя главного врача по работе с сестринским персоналом, начала строиться вертикаль управления всей сестринской системой с главными внештатными, а местами штатными специалистами. Медицинским сёстрам стали доверять решение организационных и управленческих вопросов, чего ранее не наблюдалось. Однако в клинической практике такого прорыва достичь оказалось сложнее.

– Медицинские сёстры в России и мире, есть ли отличия?

– На рубеже двухтысячных годов Ассоциация медицинских сестёр России превратилась в оператора многочисленных международных проектов. Мы поставили себе задачу сформировать новую идеологию сестринского дела, внедрить в сознание, что медицинская сестра – не бездумный манипулятор, помощник врача, а клинический специалист с уникальной ролью, даже если исполняет врачебные назначения. Она учитывает особенности и взгляды пациента, обучает и мотивирует его, формирует благоприятную среду для лечения,

где пересекаются роли, функции, полномочия, авторитет врачебного и сестринского персонала и, конечно, оплата за выполняемую работу, а ещё выработавшееся за годы отношение к специалистам сестринского дела, как к вспомогательному звену.

Тем не менее мы шли вперёд, постепенно включаясь в профессиональную дискуссию, как на Западе, так и на Востоке, попутно формируя новую повестку для сестринского дела в России.

Пока мы разбирались, какова роль медицинской сестры в реалиях современного здравоохранения, мир, надо сказать, не стоял на месте. Первыми о повышении автономии, о самостоятельной роли медицинской сестры, о появлении новой категории медицинских работников – медицинских сестёр расширенной практики и самостоятельно практикующих медицинских сёстрах – заговорили наши коллеги в странах, добившихся высокой продолжительности жизни. Мировое достижение в области демографии обнажило дилемму – как обеспечить население медицинской помощью в условиях возрастающих потребностей, какие изменения помогут дольше сохранять хороший уровень здоровья, качества жизни, социальной активности, не прибегая к дорогостоящим

врач не ведёт пациентов с хроническими заболеваниями, не лечит неосложнённые вывихи и переломы, не занимается здоровыми детьми (во многих странах детские клиники – это сестринские клиники). Медицинские сёстры отвечают за паллиатив, осуществляют некоторые эндоскопические исследования, число которых постепенно расширяется, а акушерки отлично справляются с ведением беременности и родов. Удивительно, врач может уточнить, как обстоят дела, но зайдёт в палату к роженице только с её разрешения или по приглашению акушерки.

Это движение продиктовано, с одной стороны, возросшими потребностями населения в помощи, с другой стороны, кардинально новыми технологиями, поступившим на службу здравоохранения, многократно увеличившимся уровнем знаний и компетенций, стандартизацией.

Показательный, реализованный во многих странах пример – передача медицинской сестре полномочий по проведению диагностической эндоскопии – это сокращение очереди на ожидание процедуры для сотен и тысяч пациентов; раннее выявление жизнеугрожающих заболеваний, а значит, отсутствие необходимости длительного, дорогостоящего и не всегда успешного лечения; спасение жизни, сохранение её качества и экономия финансовых средств. Это – то самое бережное использование имеющихся ресурсов, курс на достижение которого был взят и в нашей стране.

– Имеются ли предпосылки для формирования более самостоятельной профессиональной роли для медицинской сестры в отечественном здравоохранении?

– Взаимодействуя с коллегами в рамках Европейского форума национальных сестринских и акушерских ассоциаций, ещё в 2013 г. РАМС начала поиск примеров расширения профессиональной роли медицинской сестры в отечественном здравоохранении. И нам это удалось.

Без каких-либо федеральных решений, программ, приказов и резолюций в разных регионах в зависимости от возникающих



Прививок дети не боятся, если правильно подготовлены к иммунизации

дарства. Да, это подразумевает решение вопросов оплаты труда, но это также подразумевает решение вопросов о статусе и престиже профессии, о том, как общество и государство к ней относятся, какой образ профессии формируют или не формируют, пуская ситуацию на самотёк.

Многие страны проводят целые кампании по привлечению медицинских сестёр – огромные билборды в городах, яркие рекламные ролики в прайм-тайм на центральных телевизионных каналах. Мы надеемся, что время таких активных действий настанет и в нашей стране, а пока предпринимаем шаги со своей стороны. Мы должны найти способы, научиться выражать благодарность и уважение по отношению к огромной армии медицинских работников.

В прошлом году в Санкт-Петербурге был снят первый документальный фильм «Сестринское дело. Просто мы рядом», вышедший, кстати говоря, в финал

ское совещание главных сестёр, сегодня РАМС включает 43 региональные организации. Мы активно участвуем в реализации модели непрерывного медицинского образования, практически ежедневно проводим аккредитованные конференции, а то и не по одной в день; эксперты ассоциации – высококлассные рецензенты образовательных программ, руководители аккредитационных комиссий, организаторы профессиональных и творческих конкурсов.

Ассоциация стала той организацией, для которой имеет значение, как обстоят дела у медицинских сестёр Брянской области, что происходит в Омске, Ростове, Якутске и Йошкар-Оле. Она нужна для того, чтобы профессия сделала шаг вперёд во фтизиатрии, реабилитации, акушерстве, урологии, в первичном звене и на скорой помощи. И ещё во множестве регионов и направлений практики.

Мы формулируем предложения в адрес Минздрава России и на-

регионе глобальных стратегических направлений укрепления сестринского дела и акушерства. Мы полностью разделяем и поддерживаем движение по обозначенным векторам, в числе которых образование, основанное на доказательной практике, поддерживаемое отличной клинической базой, готовящее специалистов, знания и компетенции которых соответствуют потребностям здравоохранения, потребностям населения; это поддержка рабочих мест, решение вопросов справедливой и привлекательной оплаты труда, адекватной нагрузки, безопасности, непрерывного профессионального развития; это предоставление услуг, подразумевающее разработку клинических рекомендаций, освоение сестринским персоналом цифровых технологий, законодательное обеспечение расширения профессиональных ролей; и это лидерство – участие медицинских сестёр в принятии решений, обучение, поддержка на управленческих ролях на самом высоком уровне представителей профессии от практического здравоохранения.

Образование – краеугольный камень преткновения в нашем взаимодействии с органами управления здравоохранением. Если в медицинской сестре видеть только секретаря и манипулятора, тогда, конечно, стоит задуматься, нужно ли ей длительное, углублённое обучение. Если же смотреть на перспективу, видеть в медицинской сестре специали-

ресурс

30-летие, призывает уважать профессию и профессионалов

потребностей происходят изменения, которые, увы, часто остаются незамеченными в общенациональном масштабе, хотя приносят немалый положительный эффект. Возникают сестринские патронажные службы для помощи детям и взрослым, маломобильным и тяжелооболненным, в условиях города и сельской местности; медицинские сёстры инициируют изменения в амбулаторной сети, совершенствуют подготовку пациентов к госпитализации, экономя время и затраты стационаров. Силами региональных сестринских ассоциаций внедряются в жизнь серьёзные проекты по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний, иммунизации, раннему выявлению онкологической патологии. Так хочется, чтобы эта работа, которая сегодня носит характер проектной, часто волонтерской деятельности, была замечена и выступила основой для трансформации традиционной сестринской практики. Один из ярких примеров – акция Тюменской ассоциации к Дню борьбы с меланомой привела к тому, что медицинские сёстры сделали более тысячи фотографий подозрительных родинок, врачи выявили среди них 35 вызывающих опасения и в конечном итоге установили 10 пациентам диагноз онкологического заболевания кожи.

Медицинские сёстры способны на очень многое, если их поддержать и дать инициативам возможность быть реализованными.

– Как пандемия отразилась на работе ассоциации?

– Конечно, испытание пандемией отбросило нас назад. Многие проекты были заморожены, здравоохранение работало в режиме чрезвычайной ситуации за пределами продолжительного времени. Но и здесь медицинские сёстры проявили себя достойно, став основной силой в оказании помощи. Фактически, пациентам в тяжёлом состоянии требовалась реанимация, а всем остальным сестринский уход. Медицинские сёстры оказались отлично подготовлены к работе в условиях инфекционного риска, ведь инфекционный контроль одна из основ нашего профессионального обучения. Специалисты сестринского дела внесли большой вклад в органи-

зацию шлюзов, надзор на входе и выходе из «красной зоны», координировали работу волонтеров, создавали превосходные проекты переустройства деятельности стационаров и даже руководили работой инфекционных госпиталей. Медицинские сёстры стали героями, увы, многие посмертно, оставаясь верными своему долгу.

Помимо всего прочего, пандемия обнажила нехватку внимания к специалистам сестринского дела. В самом начале этой борьбы тысячи работников шли в «красную зону», ощущая моральную поддержку общества, но она достаточно быстро иссякла. СМИ перестали говорить о медицинских сёстрах. Как будто пандемия закончилась, как будто вне её работа медика не достойна внимания. И не сразу, но стал очевидным отток специалистов из отрасли, отток студентов ещё на этапе постижения профессиональных азав. При имеющихся социально-экономических проблемах, нам не

престижного конкурса документалистов. Мы благодарны съёмочной группе и режиссёру Ксении Бурдиновой, которая параллельно со съёмками завершила обучение по программе «Сестринское дело», а за несколько дней до премьерного показа успешно прошла аккредитацию.

Нами подготовлен сюжет о главной медсестре Бокситогорской межрайонной больницы, её работе на посту руководителя всей клиники в период пандемии, представили это видео в рамках конгресса Международного совета медсестёр и конгресса ассоциации. А открывая 2022 г., юбилейный для Ассоциации медицинских сестёр России, подумали, почему бы нам не взяться за это направление всерьёз, и провели конкурс видеороликов среди региональных ассоциаций. Десять региональных организаций из числа членов РАМС выразили желание подготовить сценарии для съёмки коротких видеосюжетов о работе



Благодарность лучшим представителям профессии из Кировской области

стаиваем на том, что сестринское сообщество может принести системе здравоохранения пользы больше, если государство посчитает наши предложения целесообразными. Мы уверены, что врачи должны быть освобождены от выполнения стандартных задач – с этим справятся медицинские сёстры; а сёстры должны быть освобождены от технических функций, для которых медицинское образование не требуется вовсе. Нас удручает, что на фоне всего прогресса медсестру, особенно в первичном звене, всё ещё хотят видеть на приёме врача. Медсестра – не секретарь. Специалисту сестринского дела, имеющему дополнительную подготовку, можно передать до 80% всего потока хронически больных с установленным диагнозом. Кстати, подобное решение – пересмотр профессиональной роли медицинской сестры – это шаг в сторону сохранения профессии, создания перспектив для развития, отсутствия которых отбрасывает нас назад в борьбе за квалифицированные кадры.

Я уже говорила, что за эти годы мы стали членами международных организаций: Международного совета медсестёр, Европейского форума национальных сестринских и акушерских ассоциаций, Альянса сестринских ассоциаций стран БРИКС. Приняли участие в подготовке множества стратегических и программных документов, самый недавний из них – Дорожная карта по реализации в европейском

формацию профессиональных ролей, то очевидным станет выбор в пользу сестринского бакалавриата, а затем и магистратуры. Путь сложный, но мы всё равно пойдём именно по нему, и лучше раньше, чем позже. Иначе просто потеряем время.

Я – оптимист и надеюсь на позитивные перемены, на то, что наш голос будет услышан. А сегодня хочу поздравить многочисленную армию членов РАМС с Международным днём медицинской сестры и поблагодарить за поддержку, стремление двигаться вперёд, за самоотверженный труд.

События 2022 г. в очередной раз напомнили, как тесно связана наша профессия с защитой Отечества. Медицинские сёстры незаменимы и в городе, и в селе, и в мирное время, и во время трагических событий. Ассоциация гордится мужеством и героизмом медиков, которые, рискуя собой, спасают сейчас раненых жителей и солдат в Донбассе!

С праздником, дорогие коллеги! Пусть ваша профессиональная жизнь будет мирной, безопасной, яркой, творческой, интересной и успешной! От всего сердца желаю вам счастья, здоровья, благополучия, искреннего и глубокого уважения и общественного признания!

Подготовила
Валентина ЕВЛАНОВА,
корр. «МГ».



Специалисты сестринского дела обмениваются опытом в рамках конгресса РАМС

удаётся пока сделать профессию медицинской сестры, важную, необходимую, востребованную, профессией выбора молодёжи, не удаётся сохранить свои кадры.

– Есть ли у ассоциации рецепты того, как восполнить кадровый дефицит?

– Конечно, хотелось бы масштабных мер на уровне госу-

специалистов. Многие уже приступили к съёмочному процессу, в результате которого мы сможем не только рассказать, но и показать настоящих героев современного российского здравоохранения.

– Какковы основные итоги и достижения ассоциации?

– Возникшая из объединения 19 некогда приехавших на министер-

Ориентиры

Своё не хуже

Учёные – за снижение зависимости медицины от импорта идей и изделий

Институты Томского национального исследовательского медицинского центра (НИМЦ) Российской академии наук напомнили о том, что у них есть импортозамещающие разработки. Сообщение, скорее всего, адресовано тем структурам в Правительстве России, которые призваны содействовать трансляции готовых результатов научных проектов в практическое здравоохранение.

По словам директора Томского НИМЦ члена-корреспондента РАН Вадима Степанова, научные институты и их клиники являются потребителями медицинских изделий и оборудования, поэтому заинтересованы в том, чтобы объём российского производства в этих сферах был максимально высоким, тогда как в настоящее время доля отечественных медицинских изделий составляет всего 25%. Это – с одной стороны. С другой – сибирские учёные сами разрабатывают медицинские технологии и, следовательно, тоже способны повлиять на процесс импортозамещения.

Так, в Институте кардиологии Томского НИМЦ РАН сегодня ведётся работа над десятком научных проектов, итогом которых должны стать диагностические и лечебные технологии, а также приборы медицинского назначения. Часть из них могут заместить зарубежные аналоги, а часть вообще не имеют аналогов в мире. В частности, здесь трудятся над созданием интегрированной системы неинвазивного электрофизиологического картирования с инвазивным трёх-

мерным электроанатомическим картированием. Данная диагностическая технология и аппарат для её применения очень востребованы в аритмологии.

– Данный программно-анатомический комплекс позволяет точно определить локализацию очага нарушения ритма сердца и проводить прицельное лечение. Уже готов прототип такого прибора, и если выходить с ним в производство, можно будет заместить существенную долю рынка, – отмечает В.Степанов.

Ещё одна разработка НИИ кардиологии, кстати, не имеющая зарубежных аналогов, катетер для максимально эффективной экстракции тромба из коронарной артерии при коронарном атеросклерозе.

Другое подразделение Томского НИМЦ – Научно-исследовательский институт медицинской генетики – также ищет решения, позволяющие снизить зависимость от импорта идей и изделий. В частности, разрабатываемая здесь технология сравнительной геномной гибридизации, которая применяется при диагностике хромосомных нарушений, однозначно обладает импортозамещающим потенциалом. Необходимость в таком исследовании возникает при проведении экстракорпорального оплодотворения, когда важно выбрать и подсадить в матку здоровый эмбрион.

– Мы сейчас работаем над отечественным аналогом биочипа для диагностики хромосомных нарушений. Сейчас 100% мирового рынка таких изделий занимают две американские компании. Так

вот, у нас разрабатываются данные технологии. Они пока широко не тиражированы, но на базе НИИ медицинской генетики уже есть возможность с ними работать, – продолжает В.Степанов.

В Институте онкологии Томского НИМЦ уверены, что разработанное здесь оборудование для проведения интраоперационной лучевой терапии также займёт достойное место в парке российской медтехники вместо зарубежных товаров. Томские онкологи реализуют этот научный проект совместно с инженерами Красноярского аэрокосмического колледжа Сибирского государственного университета науки и технологии им. М.Ф.Решетнёва.

– Во время удаления опухолей и метастазов можно проводить облучение зон высокого риска рецидивирования, что позволяет улучшить эффективность лечения онкологических заболеваний на 15%, – подчёркивает директор НИИ онкологии академик РАН Евгений Чойнзонов.

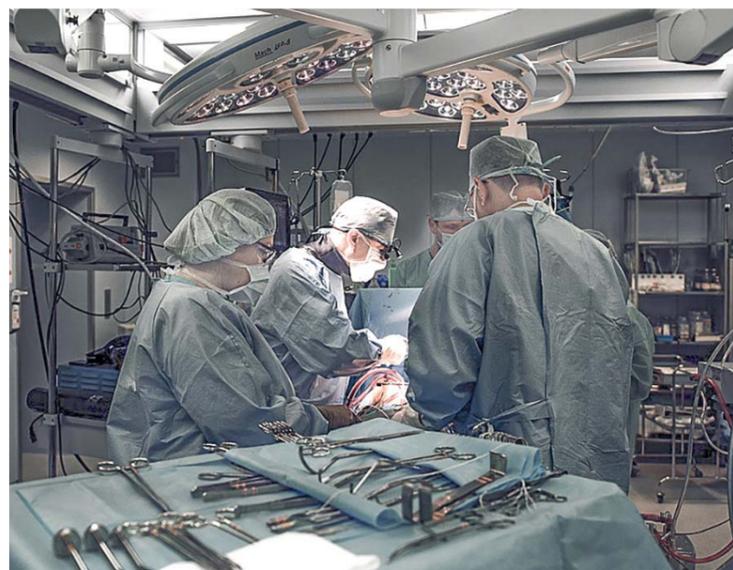
Наконец, в Кемеровском НИИ комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний завершили разработку и подали на регистрацию бесшовный повторный биологический протез, имплантируемый по принципу «клапан-в-клапан». Как пояснил заместитель директора НИИ доктор медицинских наук Евгений Григорьев, в отличие от механического биопротеза клапана сердца более физиологичен и не требует от пациента постоянного приёма антикоагулянтов. В то же время такие протезы подвержены естественной биодegradации, поэтому через 10 лет пациенту, как правило, необходимо повторное протезирование. Вот почему наиболее оптимальным подходом считается репротезирование в уже существующую структуру старого имплантата.

Елена БУШ,
обозреватель «МГ».

События

Первый случай в России, третий в мире

Сложную технологию перевели из открытой хирургии в щадящий формат



Этот клинический случай наверняка войдёт в историю отечественной кардиохирургии. Специалисты Национального исследовательского центра им. Е.Н.Мешалкина (Новосибирск) выполнили технически сложную процедуру Росса по замене поражённого аортального клапана собственным клапаном лёгочной артерии через мини-доступ размером 6 см. Как сообщили в центре им. Е.Н.Мешалкина, операция стала первой в отечественной медицинской практике, а в зарубежной практике известно всего о двух подобных случаях.

Пациенткой новосибирских кардиохирургов стала 21-летняя женщина с редкой врождённой аномалией сердца – одностворчатый аортальный клапаном (в норме аортальный клапан имеет три створки. – Ред.). В детстве и юности порок не проявлял себя выраженными симптомами, при этом стеноз аортального клапана постепенно нарастал и в итоге привёл к необходимости операции, поскольку у женщины резко снизилась толерантность к физическим нагрузкам, появились одышка, головокружения, обмороки, приступы удушья.

В таких случаях показано протезирование поражённого аортального клапана сердца. Однако ни механические, ни биологические протезы в данном случае не были оптимальным вариантом. Имплантация механического протеза повлияла бы на качество жизни женщины: она была бы ограничена в физической активности, нуждалась в пожизненной антикоагулянтной терапии. У биологического имплантата тоже есть свои ограничения.

– Учитывая молодой возраст пациентки, а также то, что она планирует в дальнейшем беременность и вынашивание ребёнка, мы решили выполнить процедуру Росса. Она подразумевает замену поражённого аортального клапана аутографтом – идентичным по строению и физиологии

собственным клапаном лёгочной артерии пациента. Аутографт обладает хорошими гемодинамическими характеристиками, функционирует в течение длительного времени, устойчив к инфекции, лишён риска тромбозомболических осложнений. Пациент после операции не нуждается в антикоагулянтной терапии и может вернуться к полноценной жизни, – поясняет директор Института патологии кровообращения НИИЦ им. Е.Н.Мешалкина доктор медицинских наук Александр Богачёв-Прокофьев.

За таким лёгким объяснением на самом деле кроется сложнейшая ювелирная работа кардиохирургической бригады. Сначала забрали собственный лёгочный клапан пациентки, погрудили его в синтетический сосудистый протез для профилактики расширения корня аорты и имплантировали на место поражённого аортального клапана сердца. А в позицию забранного лёгочного клапана имплантировали гомографт (донорский протез. – Ред.). При этом все этапы операции были выполнены через мини-доступ размером 6 см, и именно это является настоящим прорывом в кардиохирургии: стандартная процедура Росса проводится открытым доступом с рассечением грудины до 20 см.

По словам А.Богачёва-Прокофьева, вопреки своей доказанной эффективности в отношении порока аортального клапана операция Росса не получила широкого распространения в мировой кардиохирургии из-за высокой сложности. Между тем, специалисты НИИЦ им. Е.Н.Мешалкина имеют большой опыт выполнения процедуры Росса – более 1,5 тыс. случаев. Именно это обстоятельство, а также значительный опыт реконструктивных вмешательств на корне аорты через мини-доступ позволили им решиться на смелый шаг и провести традиционную операцию Росса нетрадиционно – малотравматично.

Елена СИБИРЦЕВА.

Новосибирск.

Вехи

Спасибо за помощь в режиме «экспресс»!

28 апреля страна во второй раз отметила День работника скорой медицинской помощи. Постановление с красивым номером 600 об учреждении нового официального праздника было подписано председателем Правительства РФ Михаилом Мишустиним в этот же день 2020 г., в самый разгар пандемии COVID-19, можно сказать, в ознаменование подвига медиков, которые первыми спешили на помощь к тяжёлым больным. Так праздник, многие годы отмечавшийся неофициально, обрёл государственный статус.

Обращаясь к сотрудникам скорой помощи, М.Мишустин сказал: «Сегодня этот профессиональный праздник объединяет тысячи врачей, фельдшеров, людей искренних и неравнодушных, для которых профессия стала не только любимым делом, но и образом жизни. Ваш нелёгкий и ответственный труд достоин большого уважения и благодарности. Ежедневно, в любое время дня и ночи реанимационные, педиатрические, кардиологические, травматологические бригады «скорой» принимают миллионы вызовов, спешат оказать помощь, облегчить боль. К вам обращаются в самых сложных и критических ситуациях. И от вас, от того, насколько быстро вы сможете прибыть, профессионально и оперативно провести диагностику, принять решение о неотложных реанимационных мерах, порой зависит не только самочувствие, но и жизнь пациента. Каждый человек знает, что если случится несчастье, то специалисты скорой обяза-

тельно помогут». Председатель Правительства РФ поблагодарил работников скорой медицинской помощи за нелёгкий, но такой необходимый труд, верность своему долгу.

А начиналась история службы скорой медицинской помощи в стране почти 125 лет назад. Именно 28 апреля 1898 г. в Москве был издан указ о закреплении за двумя полицейскими участками столицы по карете скорой помощи. Причём на месте для врачей были выделены отдельные помещения, в которых круглосуточно дежурил один из медиков. Мобильная бригада сопровождала на вызовах полицейских – пострадавших доставляли в участок, где, по сути, находился филиал стационара.

Вызвать «скорую» было проблематично: отсутствовала телефонная связь, бежать в полицейский участок долго. Поэтому в первые годы после возникновения скорой помощи вызов врачам могли отправить только полицейские и официальные лица. В основном они касались несчастных случаев и травм – представить вызов врача на дом из-за кашля или повышенной температуры тогда было сложно. Да и никакого «на дом» ещё не было – долгое время врачи проводили первичный осмотр пациентов на улице, после чего либо отправляли их домой с назначенным лечением, либо забирали в свой полицейский стационар.

Вскоре опыт сотрудничества медиков и служителей правопорядка переняли в других городах. К началу XX века количество станций скорой помощи значительно увели-

чилось, а работать в этой отрасли стали получившие медицинское образование специалисты. С ростом престижа профессии пришло и признание – в крупных городах начали появляться научно-исследовательские институты, среди них известные по сей день НИИ им. Н.В.Склифосовского в Москве и НИИ им. Ю.Ю.Джанелидзе в Санкт-Петербурге.

В послереволюционные годы впервые появились круглосуточно работающие пункты поддержки для внезапно заболевших. Врачи приезжали на дом – в то время медицинские бригады передвигались на мотоциклах с колясками – где оказывали больному всю необходимую помощь.

В период Великой Отечественной войны именно врачи скорой помощи первыми приходили на подмогу раненым соотечественникам. Историки медицины вспоминают такой интересный факт: в те суровые годы, когда в городах страны, в том числе в Москве, не хватало средств передвижения, врачам «скорой» добираться по вызовам до пациентов нередко приходилось на общественном транспорте, например, на трамваях.

Как он – сегодняшний день скорой медицинской помощи, не раз говорил в своих выступлениях министр здравоохранения РФ Михаил Мурашко: десятки тысяч медицинских работников и миллионы спасённых жизней наших сограждан. В 2020 г. медики скорой выезжали на вызовы более 45 млн раз. Поздравляя сотрудников службы в минувший праздник, министр пожелал, чтобы 13 млн человек, которые были госпитализированы в 2021 г., вспомнили ту бригаду, которая оказала им медицинскую помощь, и сказали в их адрес тёплые слова благодарности.

Тимофей КОЗЛОВ,
корр. «МГ».

Название недавнего сериала *Severance* перевели как «Разделение» (можно было бы как сепарация и даже расчленение). Он повествует о человеке, работающем в Lumen, корень названия коей говорит о светлом и ясном. Особенностью её работников является то, что им вживляют прямо в мозг чип (как пациентам, страдающим эпилепсией, подготавливаемым к операции), с помощью которого стирают память. Следствием этого является то, что дома они не помнят о «производственных» проблемах, а на работе, которой они отдаются полностью, — о домашних передерягах. Такова корпоративная «этика»...

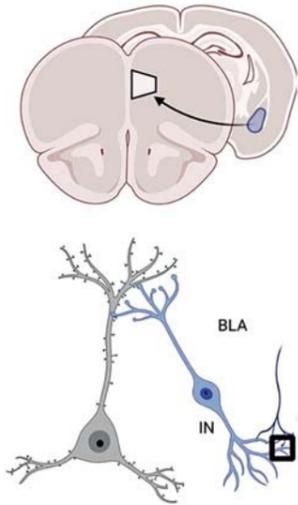
Что определяет у женщин склонность и желание к соитию (intercourse), или SD – Sexual Desire? Специалисты Торонтского университета представили данные ретроспективного исследования, в котором приняли участие 838 взрослых женщин, в ходе которого был выявлен «разрыв», обозначенный авторами как enjoyment gap (EG). Он проистекает от несовпадения между физическим и аффективным-эмоциональным удовлетворением (наслаждением) от первого опыта девушки, то есть гендерными несоответствиями участников гетеро-дебюта (JSR). Авторы отмечают во вступлении, что гендерные различия связаны с тем, что девушки испытывают меньшее удовольствие по сравнению с тем удовлетворением, которое отмечают мужчины. Авторы приходят к выводу, что для женского SD большое значение имеет «равенство» оргазма в первом же опыте девушки, большинство которых оказываются в этом отношении «обкраденными». По их мнению, вывод подтверждается и данными,

Взгляд

Сериалы и МОЗГ

полученными с помощью животных моделей.

С античных времен пытливые умы пытались разобраться в тайнах памяти – её порождения, закрепления и хранения, а также извлечения к месту и ко времени. Последнее не всегда возможно, о чём говорят французская максима об «остроумии на лестнице», которое вспоминается уже после окончания спора, или чеховская «Лошадиная фамилия». Давно известно старческое слабоумие (сенильная деменция), а в 1908 г. А.Альцгеймер описал её предстарческую форму, одним из главных симптомов является потеря памяти. Он описал также увиденные им «бляшки», названные амилоидными, однако много позже выяснилось, что это отложения нейротоксического пептида (цепочек аминокислот). Они появляются в гиппокампе, нейроны которого являются хранителем памяти. Современник немца И.Павлов говорил не только о возбуждении, но также и об «охранительном торможении». В Институте биологических исследований Пекина выяснили, что активность нервных клеток переднего его отдела (AHN – Anterior Hypothalamic Nucleus), синтезирующие «успокоительный» ГАМК, определяют защитную реакцию мышей, проявляющуюся в атаках в ответ на боль и механическое стеснение (NN). Можно напомнить, что ГАМК – это гамма-аминомасляная кислота, действие которой «успокаивает» нейронную активность, поэтому



Взаимодействие интернейронов миндалины (BLA, IN) и пирамидных нейронов предлобной коры (PFC) при стрессах

её вводят для введения человека в терапевтическую «кому».

Гиппокамп имеет тесные связи с клетками лежащей в полюсе височной доли миндалины (Amygdala), считающейся центром страха, а также эмоциональной корой поясной-лимбической извилины, лежащей на медиальной поверхности полушария (над мозолистым телом, соединяющим оба полушария). Её передней-анterior полюс находится в связи с предлобной, или префронтальной корой (PFC), отвечаю-

щей за мышление и формирование решений, а также поведения. Нейроны как известно «общаются друг с другом посредством нейромедиаторов, одним из которых является ГАМК, а другим – возбуждающим – глутаминовая аминокислота (Glu). Они синтезируются в теле нервных клеток, а затем поступают в везикулах (v – vesicles) к синапсам, или точкам межнейрональных контактов. Китайцы установили, что ГАМК и Glu в нейронах ANH тесно связаны друг с другом посредством белка-транспортёра. Фотоподавление везикул с ним в нейронах переднего гиппокампа ведёт к повышенной чувствительности мышей на механическое и болевое раздражение.

Про префронтальную кору (PFC) в связи со стрессами, переживаемыми мышью, писала Лаборатория Колд-Спринг-Харбор, сотрудники которой обратили внимание на ген Orhp. Его мутации приводят к олигофрении, откуда и название, а белковый продукт определяется в клетках переднего отдела лимбической извилины и PFC. Стресс у мышей вызывали слабым ударом тока, после которого мутанты застывали «в ужасе» на месте. Наибольшее влияние на поведение животных оказало «удаление» гена Orhp из нейронов PFC, которые вследствие этого перевозбуждались. Авторы выяснили, что белок Orhp контролирует фермент, отвечающий за баланс возбуждения и торможения. Для купирования «беспомощного» стресса у мышей

им давали фазудил (Fasudil), подавляющий активность фермента, сходный эффект получили и при подавлении активности пирамидальных нейронов PFC. Третье лекарство активировало ГАМК-нейроны, «успокаивающие» пирамидальные (Neuron). В том же журнале была опубликована статья, полученная из Университета Вандербилта, в которой уточнялась роль нервных клеток PFC, связанных с клетками бокового отдела миндалины (BLA – Baso-Lateral Amygdala).

Учёные выяснили, что в острой фазе стресса особенно активны подавляющие активность нейроны, имеющие на своей мембране белковый рецептор, на который действует глутаминовая кислота (mGlu). Авторы статьи «Острый-акутный стресс перенаправляет функцию сети PFC с помощью рецепторов mGlu на интернейронах (интернейронов)» полагают, что нейроны и их рецепторы могут представлять собой мишени для будущих антистрессовых лекарств. Можно напомнить, что интернейроны синтезируют успокаивающую ГАМК, способствуя стабилизации синапсов когнитивных цепей, а также усиливая рабочую память. Помимо стресса лекарства могут также помогать при депрессиях, повышенном беспокойстве (anxiety) и других аффективно-эмоциональных расстройствах, протекающих на фоне чрезмерных стрессовых ответов. Последние, связанные с пережитым опытом, могут вести к адаптации, особенно не сказываясь на каждодневном поведении и реакциях, а могут носить если не разрушительный, то повреждающий характер, ведя к ингибции разумного и приемлемого обществом и близкими поведения, приводя к отдельным «всплескам» и отклонениям, например, к снижению упомянутого выше SD.

Ракурс

Эпоха крестовых походов, вызванных явным потеплением климата и связанным с ним резким повышением активности флотов Венеции и конкурирующей с нею Генуи, была провозглашена на Клермонском соборе, случившемся в 1095 г.

Лет за 20 до него родился монах Пётр, в семье Hermite, интересы которой были связаны с Нидерландами и французской Овернью в Центральном массиве со столицей в Клермоне. Несмотря на имя семьи, Пётр вовсе не был «герметическим» отшельником, а рьяно проповедовал необходимость освобождения гроба господня, захваченного турками-сельджуками. Если верить «Алексиаде» Анны Комнин, дочери византийского императора Алексея Комнина, Пётр будто бы совершил в 1080 г. паломничество в Иерусалим, в котором получил благословение патриарха, но также и пострадал от рук неверных. Зажигательные речи монаха будоражили сердца его современников, и в конце концов папа Урбан провозгласил поход. Его и собора решение было подкреплено также разрешениями, полученными от патриархов – иерусалимского Симеона и константинопольского Николая.

Надо сказать, что последний «уловил» желание императора отогнать от Босфора слишком агрессивных сельджуков, которые чуть не захватили столицу Византии. Так что интересы католического папы и православных патриархов в какой-то мере совпали, что не облегчило участи первых крестоносцев, которые добивались от пролива до Иерусалима целых... три года! Естественно, что на таком долгом пути требовалась не только отвага и боевое умение, но и крепкое здоровье, которое подрывали плохие источники воды, добываемое с трудом «чужое» питание, а также болезни и всякого происхождения раны. Википедия упоминает Петрова имя маем 1097 г., когда кресто-

Крестовые врачеватели



Своды госпиталя, построенного некогда крестоносцами в Иерусалиме

носцы продвигались через Малую Азию к Иерусалиму, осадив в начале следующего года Антиохию (нынешнюю Антакию). Пётр призвал рыцарей не останавливаться и идти дальше на юг, чтобы отбить у неверных град Гроба господня, и в то же время учреждал по ходу следования богадельни и странноприютные дома. Он проявил себя под стенами Иерусалима и в битве при Аскалоне (Ашкелоне), что у самой Газы. В конце победного 1099 г. монах отправился в Латакию, что в северной Сирии, откуда отбыл домой во Францию, где основал церковь Св. Гроба-Sepulchre.

В начале следующего года после его отбытия несколько рыцарей «организовались» и основали в Иерусалиме госпиталь, а заодно по тогдашней моде и Орден Св. Госпитального братства – Ordo Fratrum Hospitalis, за что их прозвали госпитальерами. Они не только «заведовали» оставшимися после Петра богадельнями, но и привлекли купцов из города Амальфи в Кампании, что южнее Салерно под Неаполем, которые дали деньги на строительство госпиталя. В память о нём «локация» в центре

Христианского района Иерусалима получила название Муристан. Непонятно почему, но имя «учреждения», расположенного к востоку от Яффских ворот на западе Старого города и к югу от Виа Долорса – Слёзного пути – произошло от персидского «бимаристан». Рядом был и храм Св. Иоанна Баптиста, или Крестителя,

поэтому орден носит ещё и название «иоанниты». Анналы гласят, что храм был построен купцами, получившими на это разрешение египетского халифа из Фатимидов. Госпиталь был для 2 тыс. больных с гигантской кухней, на которой, между прочим, для коренных жителей Иерусалима готовили кошерную еду. Заслуги госпиталя были отмечены буллой папы Паскаля II от 15 февраля 1113 г. Булла, в частности, провозгласила помимо патронажа церкви и право госпиталя самому выбирать своё руководство.

Рыцари умели сражаться, но не врачевать. Вместе с тем они в отличие от одинокого Ланселота брали с собой не только слуг, но и врачевателей, которые исполняли и роль конюшеров, знахарей и костоправов. Медицинскими познаниями отчасти владели и «барберы»-брадобреи, которым часто приходилось останавливать кровь после порезов, а также обращать внимание на кожные высыпания, фурункулы и т.п. Много позже «Борец за веру» – Саладин – благородно прислал своего лекаря-хакима (то же, что «наш»

доктор, т.е. «знаток»-дока) Ричарду Львиное сердце, заболевшему противнику. Среди рыцарского сопровождения были также и монахи, носители сокровенного знания гербалистики – лечебных трав – и всякой-разной каломели с циннабаром.

Теми же средствами пользовались и их «конкуренты», провозгласившие себя рыцарями-бедняками. Легенда гласит, что они часто изображали себя в виде пары воинов, ехавших «по бедности» на одной лошади отнюдь не арабских кровей. Эти вели своё начало от Первого храма Соломона, что был некогда на Храмовой горе Море, где Авраам уже занёс острый нож над горлом сына, но ангел – посланец бога – отвлёк руку праотца. Вариант сказания гласит, что воители-бедняки «откололись» от приора Сиона, который обосновался на горе Сион. Их позже назвали тамплиерами по лондонскому Темплу, то есть Собору Павла, построенному норманнами. «Нищие рыцари» врачевали тем же, что и госпитальеры – проповедями, причащениями и чтением заупокойных молитв, а также продаваемыми ладанками и амулетам-оберегами. Отвары лечебных трав избавляли рыцарей от кишечных расстройств, для остановки кровотечения и обезболивания (недаром мак называется «сомниферум» – приносящим сон). Врачебная практика госпитальеров успешно продолжалась вплоть до падения Иерусалима, после чего они сначала завоевали

Родом, потом «перебрались» на Мальту. Павел, как известно, стал рыцарем и гранд-мастером Мальтийского ордена.

Медицинские знания, вынесенные госпитальерами со Святой земли, отчасти легли в основу знаменитого Салернского кодекса врачевателей, советовавшего бороться с нагноением ран не уксусом, а винными спиртом, заложив тем самым ещё в Средневековье основы асептики и антисептики. Удача конкурентов была весьма печальна, поскольку французский король Филипп Красивый и папа Климент пожгли несколько десятков «орденоносцев» на кострах. Их, как и Сократа, обвиняли помимо всего прочего в разврате и прелюбодеянии (философу вспомнили его связи с гетерой Аспазией, которую он «делил» с воителем Алкивиадом). По крайней мере на одной из картин с изображением костра можно видеть женщину, стоящую спиной к спине с мужчиной в языках пламени. Печальной была и судьба гонителей тамплиеров, проклятых магистром Моле: оба умерли вскоре после расправы в 1314 г.

В конце небезынтересно упомянуть повторное «открытие» сводов старинного медицинского учреждения тысячелетней давности, объявленное в начале августа 2013 г. В течение нескольких лет археологи вели раскопки, в ходе которых были «вычленены» своды здания, удерживаемые массивными колоннами высотой до 6 метров. Под сводами принимали последователи трёх религий, что отметил завоевавший город Саладин, разрешивший 10 монахам-«франкам» продолжать работу госпиталя, разрушенного в результате землетрясения в 1457 г.

Подготовил Игорь ЛАЛАЯНЦ,
кандидат биологических наук.

По материалам Ancient Origins, J Sexual Research,
Nature Neuroscience, и Neuronal.

Проблемы

«Вечные» химикаты
и их влияние на печень

Это первая научная работа, в которой систематически проанализированы данные о связи между воздействием перфторалкильных и полифторалкильных веществ и повреждениями печени.

Воздействие «вечных» химических загрязнителей окружающей среды – перфторалкильных и полифторалкильных веществ (PFAS) – связывают с повреждением печени. Это подтвердили учёные из Медицинской школы Кека при Университете Южной Калифорнии и Медицинской школы Икана при больнице Mount Sinai в Нью-Йорке (США), обобщившие и проанализировавшие результаты 111 рецензируемых исследований с участием людей и грызунов. Их статья опубликована в журнале Environmental Health Perspectives.

PFAS присутствуют во множестве потребительских и промышленных товаров: от шампуней, чистящих средств и красок, до ковров, посуды с антипригарным покрытием, пены для пожаротушения, электроники, упаковок фастфуда и водонепроницаемой одежды. Их называют «вечными химикатами», поскольку они очень медленно разрушаются и накапливаются в окружающей среде, пищевых продуктах, воздухе и тканях наших органов, включая печень.

Как выяснили авторы предыдущих исследований, пер- и полифторалкильные вещества не только



разрушают эндокринную систему, но и способствуют метаболическим изменениям, которые могут привести к стеатозу, или неалкогольной жировой болезни печени – патологическим изменениям ткани этого органа из-за избыточного отложения жировых капель в гепатоцитах.

Параллельно с эпидемией ожирения в последние десятилетия растёт распространённость стеатоза: это состояние уже стало одной из наиболее частых причин хронических заболеваний печени в мире. Без лечения болезнь может прогрессировать до более серьёзных поражений, таких как неалкогольный стеатогепатит, цирроз и терминальная стадия заболевания печени.

По мнению экспертов, больше всего на здоровье человека влияют четыре соединения из группы PFAS: перфтороктансульфокислота (ПФОСК), перфтороктановая кислота (ПФОК), перфторгексан-сульфоновая кислота (ПФОС) и перфторнонановая кислота (ПФНК/ПФНА). В исследованиях на животных PFAS последовательно индуцировали стеатоз и накопление липидов у мышей, крыс, рыбок данио, кур, лягушек и приматов. Также учёные выявили связь между воздействием PFAS и уровнями холестерина, триглицеридов и мочевой кислоты – дополнительных биомаркёров метаболических нарушений и болезней печени. Однако сложно экстраполировать результаты, по-

лученные на животных, на человека, как из-за различий между видами, так и периода полураспада перечисленных выше химикатов.

Авторы новой работы задались целью оценить связь PFAS с развитием неалкогольной жировой болезни печени и одним из её признаков – повышенным уровнем фермента аланинаминотрансферазы (АЛТ), – объединив и проанализировав как эпидемиологические (грызуны) данные об этом. Поиск по двум базам – PubMed и Embase – выдал 111 подходящих рецензируемых исследований.

В итоге удалось получить убедительные доказательства того, что воздействие ПФОК, ПФОС и ПФНА связано с более высоким уровнем аланинаминотрансферазы в крови. «Исследования на грызунах последовательно продемонстрировали корреляцию между воздействием ПФОК и ПФОС и АЛТ в сыворотке, а также относительной массой печени, что может указывать на накопление избыточного жира в ней. Мы также нашли доказательства связи между ПФНА и АЛТ. Результаты, полученные на грызунах, были в большинстве своем одинаковыми во всех работах. Выводы нашего обзора указывают на согласованность результатов исследований на людях и грызунах, подтверждая гипотезу о том, что ассоциации, выявленные в наблюдательных исследованиях на людях, могут быть причинно-следственными», – пишут учёные.

Как отметила Сара Рок из Медицинской школы Кека, один из ведущих авторов работы, сложность с изучением PFAS заключается в том, что люди подвергаются воздействию смесей из сотен, если не тысяч этих химических веществ. И анализ таких смесей – один из возможных путей для решения проблемы в будущем.

Бывает и такое

Правоохранительные органы Германии предотвратили похищение министра здравоохранения страны Карла Лаутербаха ковид-диссидентами, сторонниками так называемой группы Объединённые патриоты.

Предотвратить предотвратимое

Немецкая полиция задержала четверых злоумышленников, подозреваемых в попытке его похищения. Согласно предварительным данным, подозреваемые планировали похитить Лаутербаха, а также совершить диверсии на электроподстанциях и линиях электропередач, спровоцировав в Германии повсеместное отключение электричества. Они обвиняются в подготовке тяжёлых преступлений и нарушении законов по контролю за оружием.

В качестве основных подозреваемых фигурируют двое мужчин из городов Нойштадт и Фалькензе. На данный момент в отношении всех задержанных проводится расследование.

Отмечается, что злоумышленники также пытались устроить нападения на жизненно важные объекты, обесточить всю территорию страны, совершить теракты и т.д.

Правоохранители провели обыски на 20 объектах в девяти федеральных землях ФРГ. В общей сложности в операции приняли участие 270 стражей правопорядка, в том числе спецназ.

В ходе обысков в местах проживания фигурантов были найдены боеприпасы, оружие, наличные в размере около 12 тыс. евро.

Ну и ну!

Отложенные операции

В Бельгии до трети операций вынуждены откладывать больницы во Фландрии из-за роста числа инфекционных заболеваний.

Больницы в Бельгии, особенно во Фландрии, остаются под давлением из-за увеличения числа пациентов с гриппом и коронавирусом, а также продолжающегося дефицита персонала.

Хуже всего обстоит дело в провинциях Антверпен, Лимбург и Фламандский Брабант. В Гастуйсберге в Лёвене приходится откладывать треть всех несрочных процедур.

«В основном это касается отсрочки несрочных операций, таких как операции на колене или глазах», – говорит управляющий директор Zorgnet-Icuro Марго Клот. – Это потому, что для таких операций требуется много персонала, например, медсестёр, хирургов и т.д. Консультации в больницах могут продолжаться в обычном режиме».

Всю зиму сектор здравоохранения в Бельгии боролся с огромной потерей персонала. По данным зонтичной организации здравоохранения, с начала января отсутствовало не менее 10% персонала больниц. В некоторых местах наблюдаются пики до 20% невыходов на работу по болезни.

Нехватка персонала также приводит к уменьшению количества свободных коек. 30 марта в бельгийских больницах закрыли 175 реанимационных и 2504 обычных коек. В таких условиях клиники вынуждены откладывать лечение.

Подготовила
Инга КАТАРИНА.
По материалам Bild, VRT,
Naked Science, IА REGNUM

Исследования

Нокаутированные стволовые клетки без ресничек

Как известно, реснички, или цилии – это нитевидные структуры на поверхности клеток, которые выполняют ряд важных функций. Чтобы исследовать их роль в развитии наследственных болезней вроде поликистоза почек, учёные создали стволовые клетки без этих структур.

Реснички представляют собой жёсткие тонкие выросты, расположенные на поверхности большинства клеток человека, в частности эпителия, которым выстланы слизистые оболочки. Как правило, они способны двигаться, совершая так называемые биения, и выполняют в теле человека ряд важных функций.

Однако при некоторых редких заболеваниях, так называемых цилиопатиях, происходит нарушение

их структуры и работы. Среди них выделяется поликистозная болезнь почек, при которой изменяется форма почечных канальцев, а сама почка покрывается множеством кист – полостей, заполненных жидкостью. Такие «пузыри» развиваются из раздутых и неработающих канальцев и постепенно нарушают еще и функционирование соседних, здоровых.

В новом исследовании ученые нокаутировали, то есть удалили реснички у плюрипотентных стволовых клеток человека. Далее их использовали как основу для создания органоидов – маленьких подобий органов, состоящих из тех же клеток. В результате у этих мини-органов возникло состояние, подобное настоящим цилиопатиям.

«Мы пытаемся разобраться, зачем нужны реснички, поэтому

уничтожили их в этих клетках», – говорит Бенджамин Фридман из Медицинской школы Университета Джорджа Вашингтона (США), один из авторов новой публикации в Nature Biomedical Engineering. – Нам хотелось узнать, могут ли такие клетки воспроизвести симптомы цилиопатий, при которых тоже нет ресничек. Разумеется, когда мы превратили эти клетки в ткани и органоиды (тканеподобные структуры), они соответствовали поликистозу почек и нарушениям развития мозга».

Профессор Фридман называет нокаутированные стволовые клетки без ресничек очень перспективными для изучения цилиопатий и разработки новых методов их лечения. Помимо поликистоза почек, в эту группу входят как минимум 14 генетических болезней. Все они

относятся к редким (орфанным) заболеваниям.

Многие цилиопатии имеют общие симптомы, однако могут в той или иной степени повреждать различные органы: почки, мозг, печень, сетчатку и так далее. Кроме того, патология ресничек связана с аномалиями развития гидроцефалии, укорочения ребер и появления лишних пальцев.

Поэтому полученные стволовые клетки без ресничек – особенно ценная модельная система, ведь они позволяют изучать самые общие и фундаментальные механизмы цилиопатий. Фридману и его коллегам удалось выяснить, что лишённые этих структур клетки остаются жизнеспособными, однако не могут изменять свою форму.

«Для меня оказалось сюрпризом, что в какой-то момент после начала образования тканей они, казалось, просто распадаются», – добавляет Фридман. – Хотя клетки изо всех сил пытались стать чем-то посложнее. Думаю, вывод здесь заключается в том, что реснички помогают клеткам пройти последние стадии их развития».

Кстати

Облегчён, но не уничтожен

Более 650 тыс. новых случаев заражения коронавирусом зарегистрировано в мире за последние сутки, скончались ещё по меньшей мере 2,5 тыс. пациентов с COVID-19. Об этом сообщает Всемирная организация здравоохранения. Согласно последним данным, за весь период с начала пандемии в мире выявлено уже 521 714 298 носителей вируса, подтверждено 6 274 385 случаев смерти от заболевания.

Носителей коронавируса в Италии всё больше, но мест в больницах достаточно. Число новых носителей коронавируса в стране увеличивается, заявил в конце апреля заместитель министра здравоохранения Андреа Коста. При этом не увеличивается нагрузка на учреждения здравооо-

хранения, поскольку в большинстве случаев заражение протекает легко, отметил он. Италия, как и другие страны, должна научиться сосуществовать с коронавирусом без больших потерь и без напряжения для больниц, добавил Коста.

Режим чрезвычайной ситуации в Италии был введён из-за корона-

вируса в марте 2020 г. и отменён в марте 2022 г. Отменено и большинство ограничений, кроме масочного режима в общественных пространствах закрытого типа. Общее число заражённых за время эпидемии превышает 25% населения страны (15 млн человек), скончались более 160 тыс. человек, привито против коронавируса более 80% граждан.

В Северной Македонии за последние сутки в результате обследования 1760 образцов выявлено 89 новых случаев заражения коронавирусом. Также в стране зарегистрировано 156 случаев

выздоровления. Об этом в конце апреля сообщили в министерстве здравоохранения республики.

По последним данным, за сутки скончался один пациент с COVID-19, зарегистрировано три произошедших ранее летальных исхода. В министерстве здравоохранения республики уточняют, что с начала пандемии в стране выявлено 309 310 случаев заражения коронавирусом, общее число жертв COVID-19 достигло 9278, 299 539 пациент выздоровел.

Активных случаев заражения в стране насчитывается 493. Министр здравоохранения Северной Македонии Беким Сали заявил о том, что коронавирус в стране ещё не умер.

Великому баскетболисту, одному из героев советского спорта, олимпийскому чемпиону Александру Белову исполнилось недавно 70 лет. Он прожил короткую, но яркую жизнь, промчавшись ослепительной кометой по небосклону спорта.

Александр родился в Ленинграде. К баскетболу его приобщил Владимир Кондрашин, который, будучи тренером, ходил по школам в поисках талантливых ребят. Заметив 10-летнего Сашу, он уговорил его попробовать силы в баскетболе, став его наставником. В 16 лет состоялся дебют Александра в составе команды «Спартак». Несмотря на то, что парень имел не самый высокий рост (ровно 2 м), он выходил на центровые позиции и мог побороться с более высокими соперниками благодаря умению выбирать позицию, подвижности и прекрасному прыжку. Вскоре Александр Гомельский пригласил баскетболиста в сборную команду. Через год, в 1969 г., сборная СССР по баскетболу играла на европейском первенстве в Неаполе. А.Белов был главным открытием этого сезона.

Победный бросок

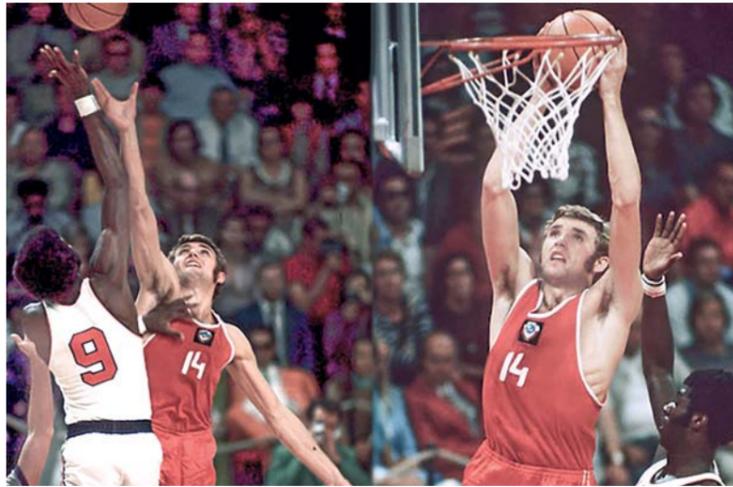
Подготовка к Мюнхенским Олимпийским играм была очень серьёзной для сборной СССР. Команде предстояло встретиться с сильнейшим соперником – сборной США, которая не знала поражений на Олимпиадах с 1936 г. Финальный матч Олимпиады. Оставалось играть 3 секунды... Американцы ликовали, арбитр с трудом успокоил их, чтобы матч был доведён до конца. Сохранивший спокойствие Кондрашин сказал в этот момент своим ребятам: «за 3 секунды можно и выиграть, и проиграть!». Иван Едешко после сигнала к возобновлению игры сделал пас из-под своего кольца через всю площадку Александру Белову. Все как в замедленной съёмке увидели: Саша в прыжке хладнокровно уложил мяч в кольцо. 51:50 – и сборная СССР впервые стала чемпионом Олимпийских игр!

Победный бросок принёс Александру фантастическую славу. Именно к этому периоду относится моё знакомство с Беловым. С августа 1972 г., после окончания Ленинградского санитарно-гигиенического медицинского института, я приехал в Плюсскую районную больницу Псковской области. Работу главным врачом СЭС совмещал с патанатомией и судебной медициной, дежурил на «скорой помощи». Однажды вечером диспетчер передала мне для обслуживания знакомый адрес в Школьном переулке. Я уже хорошо знал Александру Григорьевну Белову, подругу моей квартирной хозяйки. К сожалению, в последние годы резкие подъёмы артериального давления стали её постоянными спутниками.

Далёкое – близкое

Перелистывая жизнь...

Александр Белов: памятные встречи



Финальный матч СССР – США на Олимпиаде 1972 г.

Дверь в полутёмную прихожую открыл высокий парень в спортивном костюме, приветливо пригласил зайти. И лишь войдя в освещённую комнату, я узнал встречавшего. Это был Александр Белов. Я выслушал жалобы старушки, измерив давление на обеих руках, лёжа и сидя, уверенно написал в талоне: гипертонический криз. Госпитализация. Сделал инъекцию. Александр, посоветовавшись с бабушкой (оказалось, что он приехал из Ленинграда навестить родных), отказался, сказав, что техникой внутримышечных инъекций владеет и сможет ухаживать за больной на дому. Мы разговорились. Ни малейшей «звёздности» в поведении и общении Саши не наблюдалось! Я с удовольствием рассказал, что знаю его по играм, хожу на матчи «Спартака», играл в баскетбол за сборную команду курса, и дважды (!) – за сборную института. Мы были погодки, обсуждаемая тема была любимой для обоих и за чаем время полетело незаметно... до очередного вызова, который по рации принял дежуривший со мной водитель. Договорились встретиться на следующий день в центре посёлка. Подходя за 5 минут до назначенного времени, я увидел Сашу. Он был уже на месте, в голубой форме сборной СССР, с вышитым золотой нитью гербом страны. Мы прошли по центральной улице. Все встречные оглядывались, любясь знаменитым земляком. У вокзала присели на парковую скамью, незаметно перешли на «ты». Я дал несколько советов по оказанию помощи и взаимопомощи при травмах, неизбежных в игре. Александра заинтересовали мои любимые

специальности: патанатомия и судебная медицина. «Вот где забивать «голь» лечащим врачам за ошибки», – смеялся он. Сашенька, как же ты оказался прозорлив...

Прощаясь, Саша протянул конверт, в котором было приглашение на встречу команды «Спартак» с баскетбольным активом города. Я буквально обомлел от радости... Так через три недели я оказался на Зимнем стадионе Ленинграда, затем получил от Саши приглашение и на тренировки команды – в знаменитый спартаковский тренировочный зал на Вязовой улице. Осенью 1975 г. я вернулся в Ленинград, отработав «обязаловку» после института. Несколько раз встречались с Сашей, неожиданно он стал советовать по состоянию здоровья, что меня расстроило. Детальные вопросы задать я постеснялся, посоветовал знакомых кардиологов. В последний раз он уже конкретно упомянул о «моторе», который давал о себе знать тяжестью и болями...

Сложный диагноз

С 1976 г. заболевание сердца стало явным, однако Саша продолжал выступать за «Спартак» и сборную страны. Состояние здоровья ухудшилось после скандальной таможенной истории (вывоз икон за границу). Обстоятельства обнаружения и принадлежность злополучной сумки с иконами остались невыясненными. Но... происшествие отразилось в центральных газетах, Белова лишили звания заслуженного мастера спорта, вывели из составов сборной и «Спартака». Тяжело переживавший спортсмен ударился в запой, загрудинные

боли у него усилились. Вскоре он взял себя в руки и стал ходить на тренировки. Талант баскетболиста не иссякал.

В 1978 г. Сашу снова пригласили в сборную страны. Уже через несколько дней после начала тренировок самочувствие ухудшилось. Из долгого и тягостного телефонного звонка я узнал, что Белову поставили диагноз подострого миокардита, поместили в кардиологическую больницу, провели интенсивную противовоспалительную, гормонотерапию, кардиотропное и антибактериальное лечение. Увеличение и болезненность печени привели к подозрению на абсцесс. Летом 1978 г. больного перевели в клинику абдоминальной хирургии ЛенГИДУВа. Состояние ухудшалось. Увеличивались размеры сердца, нарастали явления сердечной недостаточности. Был заподозрен выпотной перикардит, однако пункции жидкости не выявили. Думали о «панцирном сердце», как исходе хронического экссудативного перикардита. К консультированию были привлечены ведущие терапевты и хирурги, участвовали специалисты из Италии. Общее руководство лечением осуществлял знаменитый профессор А.Дембо, основоположник спортивной кардиологии в СССР. Именно он за три недели взял на себя смелость предсказать неотвратимость летального исхода... Неуклонно прогрессировали явления сердечной слабости, развились левосторонняя инфаркт-пневмония, анемия.

В ночь на 3 октября на руках у матери, Марии Дмитриевны, долгие годы проработавшей в ГИДУВе, Саша скончался. На вскрытии были обнаружены: анasarca, гидроторакс, отёк лёгких, в левом лёгком – множество инфарктов. Увеличенное сердце массой 2500 г имело выраженные изменения. Между передним листком перикарда и миокардом обнаружилась тёмно-красная плотноватая, местами губчатая опухолевая ткань толщиной до 1,5 см. Определялась также «мускатная» резко увеличенная печень. Метастазы не были обнаружены. Правда открылась под микроскопом. Был поставлен диагноз гемангиосаркомы перикарда, редкой и очень «злой» опухоли.

Заключительная встреча

Кто бы мог подумать, что наша очередная встреча с Сашей окажется столь печальной! В сентябре 1978 г. я получил путёвку на цикл усовершенствования в ЛенГИДУВ.

В те годы кафедры патанатомии и судебной медицины, где мне предстояло учиться, располагались на Кирочной улице, 41. В один из перерывов, пробегая в столовую через холл 1-го этажа, я обогнал идущего медленно, сгорбленно, высокого человека. Что-то в нём показалось мне знакомым, и я обернулся. Это был Белов! Но какой... Одежда, висевшая как на вешалке, потухший отрешённый взгляд, тёмно-жёлтое осунувшееся лицо, низко опущенная голова. У меня не хватило сил подойти, на глаза навернулись слёзы. Потрясённый, я узнал у преподавателей, что Сашу готовят к операции на кафедре абдоминальной хирургии. Прогноз неблагоприятный; пройти к нему не удалось – посетителей, кроме родных, к нему не пускали.

Прошло три недели. Цикл переподготовки подошёл к концу. Утром 4 октября, приехав в институт, я узнал, что Белов вчера умер, вскоре начнётся исследование тела. Быстро надев медицинскую шапочку и халат, я побежал в прозекутуру, вошёл в секционный зал, тихонько встав позади небольшой группы профессоров и доцентов, окруживших анатомический стол. Тело Александра, атлетически сложённое, исхудавшее, с жёлтой кожей, было, тем не менее, столь же прекрасным, как тогда, когда он взлетал в прыжке под щитом. На мраморной доске, висевшей в зале, золотом сверкали слова: «Здесь смерть помогает жизни!». Так прошла моя заключительная встреча с Александром Беловым.

И всё же она оказалась не последней! В моём «студенческом архиве» хранятся пожелтевшие газеты с его портретами, афиша о матче с автографом, фото, где члены студенческого сборных Ленинграда сфотографированы с командой «Спартак»... В фондах музея нашего университета можно увидеть в одной из витрин анатомический макропрепарат. Прочтёшь на табличке: «Сердце Олимпийского чемпиона А.Белова», огромное, изуродованное страшной болезнью, боровшееся до конца. Мне было больно его увидеть...

Ежегодно бываю на Северном кладбище, навещаю могилы родственников и друзей. Обязательно захожу и на могилу Сашеньки. Он лежит рядом с родителями и Владимиром Кондрашиным. На мемориальной стеле – бронзовая оплечная статуя Олимпийского чемпиона Александра Белова: взгляд устремлён вперёд и вверх, над головой мощная атакующая рука держит баскетбольный мяч. И кажется, что снова последует легендарный беловский бросок по кольцу, который мне довелось воочию наблюдать много раз.

Юрий МОЛИН,
доктор медицинских наук,
профессор,
заслуженный врач РФ,
член Союза писателей России.

Акценты

Выпускники, студенты и кураторы программы «Дизайн одежды» Британской высшей школы дизайна в Москве и благотворительный фонд «Синдром любви» выпустили бренд одежды для мальчиков и девочек с синдромом Дауна.

Выпуск коллекции, которая создавалась в течение года, был приурочен к Международному дню человека с синдромом Дауна. А выпускники Московской школы кино сняли короткий фильм о коллекции и социальной инициативе онлайн-ритейлера. Главным посылом ролика: комфортная одежда должна быть доступна абсолютно для всех.

Это первая подобная разработка в России, пожалуй, и в мире: команда проекта не просто создала инклюзивную коллекцию из нескольких вещей, но и представила полноценный бренд с уникальными техническими нововведениями.

Одежда для «солнечных детей» должна быть особенной



Интересно, что все изделия коллекции разрабатывались при участии более 50 детей и взрослых с синдромом Дауна в возрасте от 10 до 25 лет и их родителей, а также при поддержке нескольких благотворительных фондов. Дети при этом выступили моделями и экспертами одновременно.

Команда специальной лаборатории школы дизайнеров создала новую размерную сетку, учитывающую особенности строения тела человека с синдромом Дауна: более широкая горловина для свитшотов, укороченные рукава, объёмные и глубокие карманы, удобная застёжка. Одежда создавалась с фокусом на комфорт и качество материалов, на цветовую гамму каждого изделия, на эмоци-

ональное состояние её будущего обладателя.

Графический символ бренда – оранжевая звезда-спаркл – отсылает к разным эмоциям – радость, гнев, печаль, любовь, что не случайно: так команда проекта хотела развеять заблуждение о том, что люди с синдромом Дауна – «солнечные» и всегда находятся в хорошем настроении.

В первую коллекцию вошло четыре изделия: унисекс-толстовка и джинсы, юбка и жакет из денима. Помимо этого были разработаны лекала куртки, съёмного капюшона и блузы, которые могут войти в следующую коллекцию. Половина средств, вырученных от продажи одежды, будет переводиться в фонд «Синдром любви».

Идеологи проекта подчёркивают: развивая подобное направление, они надеются, что таким образом вдохновят коллег по рынку на включение специальной размерной сетки для людей с синдромом Дауна в постоянный ассортимент коллекций брендов.

«Проблемы с покупкой одежды для людей с синдромом Дауна особенно остро чувствуются в подростковом периоде и во взрослом возрасте, – говорит Юлия Павлова. – Ребятам хочется выглядеть так же стильно, ярко и современно, как их сверстники, но из-за особенностей строения тела это не всегда возможно».

Юлия знакома с проблемой не понаслышке: она помогает подбирать одежду брату, имеющему данный синдром. По её словам, подобная коллекция – проявление удивительного внимания и заботы о «солнечных детях».

Наталья ТИМАШОВА,
Москва.

