

Медицинская

19 января 2022 г.
среда
№ 2 (8020)

Газета®

ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ВРАЧЕБНОЕ ИЗДАНИЕ
Основано в 1893 году. Выходит один раз в неделю
Распространяется в России и других странах СНГ
www.mgzt.ru

Работают мастера

Расчёт безопасной траектории

Ростовский онкоцентр первым в России применил технологию лечения опухолей головного мозга, объединяющую нейрохирургию и радиотерапию



В Национальном медицинском исследовательском центре онкологии в Ростове-на-Дону первыми в стране начали применять систему адаптивной гибридной нейрохирургии для лечения опухолей головного мозга. Новое оборудование состоит из ультрасовременной навигационной системы, совмещённой с современным аппаратом для радиотерапии и радиохимиотерапии. Система позволяет нейрохирургам с максимальной точностью распланировать и выполнить операцию по удалению опухоли головного мозга, а радиохимиотерапевтам эффективно провести лучевую терапию.

Специфика хирургического лечения опухолей головного мозга в том, что зачастую нейрохирурги не имеют возможности радикально удалить новообразование. Опухоль располагается в функционально значимых зонах головного мозга, их повреждение может привести к

потере качества жизни и даже инвалидности. Поэтому нейрохирургам необходимо держать баланс между объёмом удаляемой опухоли и сохранением участков головного мозга, обеспечивающих важные функции центральной нервной системы.

— Определить «опасные зоны» во время нейрохирургического вмешательства помогает система интраоперационного нейрофизиологического мониторинга. Для НМИЦ онкологии это рутинная практика, которая применяется много лет. Однако решение о возможности проведения безопасного облучения остатков опухоли раньше принимал исключительно нейрохирург, полагаясь на субъективное мнение. Теперь эту возможность точно рассчитывает высокотехнологичное оборудование. Это значительно повышает эффективность нейрохирургической и радиотерапевтической помощи в лечении опухолей головного мозга, — говорит генеральный директор НМИЦ онкологии член-корреспондент РАН Олег Кит.

Первым этапом пациенту выполняется КТ-, МРТ-исследования или ПЭТ-КТ головного мозга. Данные загружаются в станцию планирования и совмещаются в разных проекциях. Система позволяет выстроить 3D-модель головного мозга и опухоли, а также отмечает функционально значимые зоны, которые должны сохранить нейро- и радиохимиотерапевты. Перед операцией при помощи специальных устройств (камеры, генератор электромагнитного поля, матрица для приёма сигнала) система совмещает трёхмерную модель медицинских изображений с реальным пациентом, транслирует её на дисплей и в микроскоп нейрохирурга. Цифровые данные обновляются в режиме реального времени. Новая система «подсказывает» хирургу наиболее точную, короткую и безопасную траекторию доступа к опухоли, визуально указывает на сегменты, которые нужно «обойти».

Алла МЫСНИК,
внешт. корр. «МГ».

Ростов-на-Дону.



Елена ЧЕРНЯКОВА,
председатель Федерального фонда обязательного медицинского страхования:

Базовая программа ОМС постоянно расширяется и составляет уже более 90% от общего объёма медицинской помощи по программе госгарантий.

Стр. 4-5



Александр ОСАДЧИЙ,
главный врач городской больницы № 3 Новосибирска, кандидат медицинских наук:

Отношение социума и средств массовой информации к врачам — это отражение того, как к нам относится государство.

Стр. 7



Евгений ЧОЙЗОНОВ,
главный онколог Сибирского федерального округа, директор Томского НИИ онкологии, академик РАН:

Недовыявляемость рака сегодня — это запущенность завтра. Из негативного опыта 2020 г. и, вероятно, 2021-го тоже нужно срочно извлекать уроки. В противном случае с окончанием инфекционной пандемии страна столкнётся с резким подъёмом онкозаболеваемости и смертности.

Стр. 10

Акценты

Губернатор — за новые технологии

Глава Поморья Александр Цыбульский заверил специалистов архангельской Первой городской клинической больницы им. Е.Е.Волосевича в том, что правительство региона обратится в Минздрав России с просьбой выделить необходимое количество квот для проведения в этом лечебном учреждении высокотехнологичных малоинвазивных операций на сердце. Губернатор также поручил задействовать для этой цели возможности регионального бюджета. Кроме того, в ближайшее время в больнице появится новый ангиограф.

Методику освоили, но чтобы применять её на практике, необходимо финансирование: операция относится к числу дорогостоящих высокотехнологичных.

— Большая хирургия аортального клапана в области существует давно, с 1996 г. Теперь у нас появились новые возможности. Мы мечтали об этом давно, мечта сбылась, и не хотелось бы остановиться, — пояснил сердечно-сосудистый хирург больницы им. Е.Е.Волосевич Алексей Шонбин.

Вот почему в дело вмешался глава региона и предложил создать условия для проведения таких вмешательств на постоянной основе. В беседе с главой Поморья врачи пояснили, что малотравматичное протезирование аортального сердца — альтернатива открытым операциям, которая особенно часто необходима бывает людям старшей возрастной группы. Именно такими оказались все четыре пациента, которые были первыми эндоваскулярно прооперированы по поводу замены клапана сердца: самой старшей пациентке 90 лет, самому молодому — 75.

Елена БУШ,
соб. корр. «МГ».

Архангельск.

В регионах

Мутный Материк накроют сетью

Некогда участковая больница, сегодня «сжавшаяся» до уровня врачебной амбулатории в населённом пункте России с самым весёлым названием — селе Мутный Материк (Республика Коми) — в наступившем году прикоснётся к такому благу цивилизации, как интернет.

В Министерстве здравоохранения региона официально сообщили о том, что в Усинском городском округе Республики Коми в 2021 г. к сети Интернет подключили шесть ФАПов, а в 2022-м такая же радость ожидает три врачебных амбулатории, включая названную выше.

Почему это событие можно назвать особо значимым? Потому, что сам город Усинск находится на расстоянии 813 км от столицы региона — Сыктывкара, а ФАПы и амбулатории в сёлах этого района — и того дальше. От того же Мутного Материка до Усинска в период навигации можно добраться только по реке Печора (это около 180 км), а зимой — вертолёт. Из-за этого при необходимости получить консультацию узкого специалиста или пройти серьёзное обследование, не говоря уже об экстренных ситуациях, требующих немедленного принятия решения, врач и пациенты Мутно-Материковской амбулатории оказы-

ваются в весьма затруднительном положении.

Столь важные электронные ресурсы, как телемедицина, удалённая запись на приём к специалистам поликлиник и на стационарное лечение, дистанционная выписка лекарств для льготных категорий граждан были бы очень полезны именно в таком населённом пункте, но... Чтобы решить проблему доступности медицинской помощи, в регионе разработали и реализуют программу устранения цифрового неравенства учреждений здравоохранения.

Елена СИБИРЦЕВА.

Республика Коми.

МИА Сити!

Новости

Гарантированная помощь

В наступившем году в Прииртышье объём гарантированной бесплатной медицинской помощи превысит 30 млрд руб. Соответствующее постановление было принято региональным правительством в последние дни декабря.

Территориальная программа государственных гарантий бесплатной медицинской помощи в Омской области устанавливает перечень заболеваний и видов медпомощи, оказываемой гражданам без взимания с них платы, порядок и условия её предоставления, в том числе сроки ожидания, а также перечень лекарственных препаратов, отпускаемых населению по рецептам врачей бесплатно и с 50-процентной скидкой. Источниками финансирования этой программы являются средства федерального и областного бюджетов, а также территориального фонда обязательного медицинского страхования области. Стоимость территориальной программы на 2022 г. составит 30 млрд 281 млн руб. В перечне медицинских организаций, участвующих в реализации программы, значится 141 учреждение здравоохранения.

Татьяна БЕРЕЗОВСКАЯ.

Омск.

Подвести итоги

В Минздраве Калининградской области подвели итоги реализации федеральной программы модернизации первичного звена в лечебные учреждения региона, стартовавшей в 2021 г. За год по этой программе поставлено более 300 единиц оборудования.

С января по декабрь двумя этапами в регион поступило 80 автомобилей для медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь и доставляющих медицинских работников до места жительства пациентов, лекарственные препараты – до жителей отдалённых населённых пунктов. Автотранспорт, поступивший во все лечебные учреждения региона, которые имеют в своём составе амбулаторное звено, помог существенно снизить нагрузку на службу скорой помощи.

Также в рамках программы модернизации в прошлом году приобретено 2 маммографа, 6 стационарных и 3 передвижных рентгеновских аппарата, 8 аппаратов УЗИ-диагностики, 3 эндоскопические стойки, 87 функциональных кроватей. В общей сложности в медицинские организации региона поступило 309 единиц медицинского оборудования на общую сумму 253,2 млн. Средства были направлены из федерального и регионального бюджетов.

Помимо этого, завершён монтаж модульной врачебной амбулатории в посёлке Железнодорожном Правдинского городского округа, продолжается установка 35 модульных ФАПов в Багратионовском, Зеленоградском, Озерском, Гвардейском, Гусевском, Правдинском, Гурьевском и Неманском муниципалитетах. Ввод этих объектов здравоохранения в эксплуатацию запланирован в наступившем году. Завершён ремонт помещений 12 ФАПов, на пяти объектах работы продолжаются.

В общей сложности на мероприятия в рамках программы модернизации первичного звена в здравоохранении региона было направлено 584,6 млн. В 2022 г. на продолжение реализации программы предусмотрено 634 млн.

Леонид БЕНЦКИЙ.

Калининградская область.

Храним память,
продолжаем традиции

Знаменитому парку при городской больнице Пятигорска исполнилось 130 лет. История достопримечательности берёт начало с дореволюционных времён, когда в 1891 г. Пятигорское управление Общества Красного Креста создало общину сестёр милосердия. При ней основали больницу, которая стала родоначальницей первой городской больницы города-курорта.

Для колонии Красного креста местные власти выделили участок в 30 тыс. м², расположенный на юго-западном склоне горы Машук, где и разбили сад с дорожками, клумбами, розарием и фонтаном в центре. Высадили несколько тысяч деревьев, в том числе и редких видов. У каждого строения устроили небольшие цветники.

Спустя много лет этот сад превратился в большой тенистый парк. Он вплотную примыкал к остальным больничным зданиям, наполняя кабинеты и палаты чистым свежим воздухом.

Звенящий горный воздух, напоенный ароматом цветов, и сегодня господствует на территории бывшей колонии Красного Креста, а ныне – государственной клинической больницы Пятигорска. Отсюда открывается вид на снеговые вершины Кавказского хребта с Эльбрусом. Здесь чистый воздух, насыщенный озоном, вследствие близости двух покрытых лесом гор – Машука и Бештау.

Сегодня парк преобразился и заиграл новыми красками. О нём бережно заботятся сотрудники медучреждения. На территории построен храм Святого Луки, где православные верующие могут получить духовную поддержку. Здесь тихо, уютно и спокойно. Пациенты с удовольствием дышат воздухом и гуляют в парке, наслаждаясь близостью природы, свежим, богатым кислородом и озоном воздухом, ароматом цветов, пением птиц, игрой солнца и тени.

В 2018 г. парку присвоено новое имя – «Сёстры милосердия» – как дань памяти об истории его создания, и сегодняшним предназначением – участвовать в исцелении людей.

Рубен КАЗАРЯН.

Пятигорск.

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

Начало

Выявляемость повысится

В Качканарской центральной городской больнице прошла церемония открытия нового диагностического центра. В соответствии с поручением губернатора Свердловской области за два года, в том числе в рамках достижения ключевых показателей Национального проекта «Здравоохранение», было выделено из областного бюджета более 100 млн руб.

По словам министра здравоохранения Андрея Карлова, сейчас город, где населения менее 50 тыс. человек, укомплектован новейшим диагностическим оборудованием лучше, чем многие подобные города области.

«Такое оборудование, как правило, находится в ведущих клиниках третьего уровня. Здесь мы реализовали так называемый первый этап системы диагностических центров. Ожидаем от этого раннюю выявляемость онкологических и сердечно-сосудистых заболеваний, и как следствие, раннее начало лечения и возвращение к полноценной жизни пациентов», – отметил А.Карлов.

Больница получила компьютерный томограф, цифровые флюорограф и маммограф, системы эндоскопической визуализации для проведения гастро- и колоноскопии, шкафы для хранения и машины для обработки эндоскопов, аппарат



Диагностический центр открыт!

УЗИ, дерматоскоп, аппарат для определения натрийуретического пептида.

Благодаря такой мощной диагностической базе смогут эффективно работать недавно открытые в рамках реализации Национального проекта «Здравоохранение» центр амбулаторной онкологической помощи и центр хронической сердечной недостаточности. А появление компьютерного томографа станет предпосылкой создания ещё одного направления – помощи пациентам с подозрением на инсульт.

По словам главного врача больницы Валерии Мартемьяновой, пациенты теперь смогут проходить комплексное обследование в одном месте, не отправляясь за высокоточной диагностикой в другие города. Кроме того, новое оборудование и ремонты, создание комфортных условий для пребывания пациентов и работы медицинского персонала, делают учреждение привлекательным для трудоустройства новых специалистов.

Елена ОСТАПОВА.

МИА Cito!

Свердловская область.

Опыт

Операция в селе Казанское

В приёмное отделение Тюменской областной больницы № 14 село Казанское поступил 8-летний мальчик с не прекращающейся сильной ноющей болью в животе справа. С подозрением на аппендицит ребёнок был госпитализирован для дальнейшего обследования, уточнения диагноза и лечения.

В ходе диагностической лапароскопии специалисты обнаружили, что причиной плохого самочувствия мальчика является перекрут и некроз пряди большого сальника – редкое хирургическое заболевание.

«Частота встречаемости данной патологии – до 0,14% среди больных, оперированных по поводу острых хирургических заболеваний органов брюшной полости. У де-

тей перекрут большого сальника диагностируется в 0,1-0,5% от всех случаев оперативного лечения при подозрении на острый аппендицит. Специфических клинических признаков данная патология у детей не имеет, поэтому, как правило, изначально в подобных ситуациях предполагают острый аппендицит», – сказал заведующий отделением хирургии больницы Гайрат Абдиев.

У ребёнка, поступившего к специалистам областной больницы № 14, перекрут большого сальника составлял более 720 градусов. С помощью современного оборудования врачи провели ребёнку необходимое хирургическое лечение. Операция завершилась успешно, послеоперационный период протекал без осложнений, на седьмые сутки мальчику сняли швы. Боль

его больше не беспокоит, теперь он здоров.

Несмотря на то, что заболевание, с которым поступил юный пациент, оказалось очень редким, профессионализм врачей, а также наличие в областной больнице № 14 передового лапароскопического, электрохирургического оборудования позволили своевременно и точно поставить верный диагноз и оказать ребёнку квалифицированную помощь. Это стало возможным благодаря реализации на территории региона Национального проекта «Здравоохранение», в рамках которого проводится совершенствование технического оснащения медицинских организаций.

Анастасия ЕРГИНА.

МИА Cito!

Новосибирская область.

Перемены

Чтобы дышать свободно

По мнению специалистов, большим подспорьем в работе терапевтов станет мобильное приложение «БРИЗ – дыши свободно», которое помогает врачам диагностировать у пациентов бронхолёгочные заболевания и назначать им рациональное лечение.

Первоначально несколько лет назад сервис был запущен Педиатрическим респираторным обществом для педиатров и включал алгоритмы диагностики и лечения бронхообструкции и бронхиальной астмы у детей, а также ведения пациентов с аллергическим ринитом и острым синуситом. Поскольку, по словам заведующей кафедрой детских болезней Клинического института детского здоровья им. Н.Ф.Филатова (Сеченовский университет) профессора Натальи Гепе, сегодня не существует объективных инструментальных методов диагностики бронхиальной астмы у

детей младшего возраста, и врачи вынуждены ставить диагноз по клинической картине. Постоянно обновляющиеся алгоритмы приложения «БРИЗ – дыши свободно» призваны помочь педиатрам быстро подтвердить или опровергнуть диагноз во время приёма.

В конце 2021 г. по инициативе Российского научного медицинского общества терапевтов приложение было дополнено материалами для диагностики и лечения бронхиальной астмы и хронической обструктивной болезни лёгких, а также алгоритмами по диагностике обострений этих заболеваний у взрослых пациентов.

По данным эпидемиологических исследований, в России распространённость бронхиальной астмы среди взрослых составляет 6,9%, а среди детей и подростков – около 10%. При этом уровень диагностики заболевания остаётся низким: в нашей стране такой диагноз подтверждён только у 1% населения.

Поэтому своевременная постановка диагноза и налаженная маршрутизация пациентов являются неотъемлемой частью развития службы помощи пациентам с данным заболеванием.

«Пациенты с жалобами на затруднённое дыхание в первую очередь обращаются к врачам первого звена – терапевтам. Мы надеемся, что новые алгоритмы приложения позволят облегчить работу этих специалистов и помогут им максимально быстро и просто диагностировать бронхиальную астму и хроническую обструктивную болезнь лёгких и назначить необходимое лечение согласно актуальным рекомендациям в течение короткого амбулаторного приёма», – отмечает президент РНМОТ академик РАН Анатолий Мартынов.

Алёна ЖУКОВА,
корр. «МГ».

Москва.

Профилактика

Особое внимание углублённой диспансеризации

Председатель Правительства РФ Михаил Мишустин на заседании президиума Координационного совета при Правительстве РФ по борьбе с распространением новой коронавирусной инфекции сообщил, что в 2022 г. на проведение углублённой диспансеризации переболевших COVID-19 будет выделено 8 млрд руб. Такая диспансеризация входит в программу госгарантий, но с этого года выведена за пределы подушевого норматива финансирования.

Согласно программе госгарантий на 2022 г. и на плановый период 2023 и 2024 гг., средний финансовый норматив одного случая углублённой диспансеризации установлен на уровне 1 017,5 руб.

Пройти обследование может и тот пациент, который считает, что переболел COVID-19, но за помощью не обращался.

В апреле прошлого года Президент РФ Владимир Путин поручил Правительству запустить углублённую диспансеризацию пациентов, перенёвших коронавирусную инфекцию. Планировалось, что процедуру должны будут пройти 5,7 млн человек, на эти цели было выделено 5,8 млрд.

Глава Минздрава России Михаил Мурашко 11 января 2022 г. рассказал, что с момента запуска программы углублённую диспансеризацию прошли около 2 млн человек. «У 60% выявлены осложнения, связанные с перенесённым заболеванием ковидом, в том числе ухудшение хронических неинфекционных заболеваний. Эти

люди поставлены на диспансерное наблюдение. Практически 10% было направлено на углублённую диспансеризацию – с более расширенным объёмом диагностических методик, что позволило также своевременно назначить лечение и ряд пациентов госпитализировать», – отметил министр.

Углублённая диспансеризация по большей части направлена на выявление нарушений в работе сердечно-сосудистой системы и лёгких у перенёвших новую коронавирусную инфекцию. Минздрав определил, что в первую очередь обследование должны проходить пациенты с двумя и более хроническими заболеваниями, а затем остальные переболевшие COVID-19.

Вячеслав ДАШКОВ.
МИА Сити!

Решения

Единым подходом к редким болезням

Департамент здравоохранения Москвы приказом № 1310 от 28.12.2021 утвердил основные положения о Центре редких (орфанных) заболеваний у взрослых, созданном на базе столичной городской клинической больницы № 67 им. Л.А.Ворохобова, а также маршрутизации таких пациентов. Похожий приказ департамента № 705 от 23.07.2021 утратил силу.

Центр, говорится в новом документе, предназначен для координации деятельности государственных медицинских организаций Москвы, включённых в единую систему оказания медпомощи гражданам с редкими заболеваниями в возрасте старше 18 лет, живущих в столице.

Согласно приказу, организация должна взаимодействовать с референт-центром врождённых наследственных заболеваний, генетических отклонений, орфанных и других редких заболеваний при Морозовской детской городской клинической больницы по вопросам преемственности оказания медпомощи орфанным пациентам по достижении ими совершеннолетия, а также вести регистр взрослых пациентов с редкими заболеваниями, не включёнными в региональный сегмент Федерального регистра лиц, страдающих жизнеугрожающими и хроническими прогрессирующими орфанными заболеваниями, приводящими к сокращению продолжительности жизни граждан или их инвалидности. Кроме того, центру разрешено проводить научно-исследовательские работы и клинические исследования для дальнейшего внедрения в практику здравоохранения.

Направлять взрослых пациентов с редкими заболеваниями в центр при ГКБ № 67 для оказания им плановой медпомощи должны клиники Москвы, оказывающие первичную медико-санитарную помощь. Решением вопросов о назначении, отмене или определении режима дозирования препаратов пациентам занимается специально созданный консилиум врачей центра. Это совещательный орган, состоящий из сотрудников центра, главных специалистов Департамента здравоохранения Москвы по профилю заболевания и врачей профильных и смежных специальностей. Консилиум может проводиться как в очной, так и в дистанционной форме. Решения принимаются коллегиально и считаются принятыми, если их поддержало большинство, при равенстве голосов принимается решение, поддержанное председателем консилиума врачей. Протокол консилиума в обязательном порядке подписывается всеми его участниками и вносится в документацию пациента.

Согласно приведённому в приказе перечню орфанных заболеваний, в центре осуществляется маршрутизация пациентов со спинальной мышечной атрофией (СМА), болезнью Помпе, семейной средиземноморской лихорадкой, с криопирин-ассоциированным периодическим синдромом, периодическим синдромом, ассоциированным с рецептором фактора некроза опухоли, мукополисахаридозом IV А типа, нейробластомой, болезнью Дюшена, муковисцидозом, болезнями Фабри и Гоше и прочими редкими заболеваниями.

Центр орфанных заболеваний у взрослых был создан приказом департамента № 705 в июле 2021 г. и начал функционировать в сентябре, однако уже в октябре взрослые пациенты с муковисцидозом и СМА столкнулись с отказами в лекарственном обеспечении при направлении в центр.

Примечательно, что в ноябре минувшего года руководитель частного благотворительного фонда сообщила, что представители Центра орфанных заболеваний подали в прокуратуру Москвы жалобу на НИИ пульмонологии ФМБА России. По её словам, суть жалобы заключалась в том, что врачи НИИ путём созыва федеральных консилиумов назначают своим пациентам с муковисцидозом не зарегистрированный в России таргетный препарат. По словам сотрудников НИИ пульмонологии ФМБА России, в медузреждение действительно пришёл запрос из надзорного ведомства с просьбой предоставить копии различных документов. Департамент здравоохранения Москвы проверил факт подачи жалобы специалистами Центра орфанных заболеваний.

В конце декабря прошлого года, однако, выяснилось, что проведённая в ноябре прокуратурой Москвы проверка НИИ пульмонологии ФМБА на предмет целесообразности назначения пациентам с муковисцидозом препарата была инициирована не после жалобы врачей Центра орфанных заболеваний у взрослых при ГКБ № 67, а после жалоб пациентов на департамент в лице орфанного центра.

Борис ЕФИМОВ.
МИА Сити!

Криминал

Председатель Следственного комитета РФ Александр Бастрыкин дал поручение объективно разобраться в причинах и условиях, «способствовавших гибели двух медсестёр», работавших в Сургутской клинической травматологической больнице. По данным работников медучреждения, причиной суицида медсестёр стали невыносимые условия в коллективе, а также намеренная травля тех, кто жалуется на условия труда.

Всё на высшем контроле

А.Бастрыкин поручил руководителю Следственного управления Следственного комитета РФ по Ханты-Мансийскому автономному округу – Югре Михаилу Мошкину доложить о следственных и проверочных мероприятиях по уголовному делу по ст. 110 УК РФ (доведение до самоубийства) после гибели первой медсестры в октябре 2021 г. и о проверке по факту смерти второй работницы в конце декабря 2021 г. Ход расследования и проверки поставлены на контроль в центральном аппарате Следственного комитета.

Уголовное дело по ст. 110 УК РФ из-за самоубийства медсестры Аяжан Ташмагабетовой региональное управление Следственного комитета РФ возбудило в ноябре 2021 г. Тогда работники больницы утверждали, что причиной случившегося могло стать поведение её непосредственного руководителя – старшей медсестры. По словам мужа погибшей, начальница неоднократно публично унижала подчинённых. Кроме того, она запрещала остальным сотрудникам общаться с Ташмагабетовой и подменять её в операционной даже во время 10-часовых операций.

А.Ташмагабетова пыталась перейти на работу в другое медузреждение, но, по словам сотрудников больницы, старшая медсестра рассказала потенциальным работодателям, что женщина является «ненадежным сотрудником». Тогда медсестра написала заявление об увольнении и пожаловалась в трудовую комиссию, но такие действия привели к усилению давления на неё. Женщина совершила самоубийство 21 октября 2021 г.

В конце декабря 2021 г. стало известно ещё об одном подобном случае – суицид совершила 49-летняя медсестра отделения анестезиологии и реанимации этого же медузреждения Ираида Петрова. Коллеги погибших рассказали изданию Znak.com, что причиной самоубийств стали невыносимые условия в коллективе больницы и «намеренная травля неугодных, которые имеют смелость жаловаться на условия труда». Официальных комментариев в самом медузреждении не предоставили.

«Моих коллег просто затравили. Аяжан посмела пожаловаться на условия труда, когда медсестры обязаны работать в течение полутора суток без сна без каких-либо надбавок за коронавирус. У неё

ребёнок маленький. Просила поменять смены. Ответили отказом. Она пожаловалась на старшую медсестру. После этого её системно начали травить, прекратили с ней общение. Ираида посмела заступиться за неё. Её тоже начали травить. После того как Аяжан ушла из жизни, к Ираиде подходили «добрые» коллеги и спрашивали, ведь она понимает, что это из-за неё? Человек чёрный ходил от горя. Вот итог – два самоубийства. Руководство больницы было в курсе ситуации, как и организатор таких методов работы с людьми – старшая медсестра отделения Ольга Матвейчук», – сказала сотрудница этого же отделения.

В правоохранительных органах ХМАО также неофициально пояснили, что историю с суицидами в больнице они не комментируют, так как им запретили это делать.

В конце декабря 2021 г. персонал больницы встретился с представителями Департамента здравоохранения ХМАО. Как сообщили местные СМИ, итогами встречи медработники остались недовольны, так как в ведомстве не увидели взаимосвязи между самоубийством Ташмагабетовой и давлением со стороны руководства. «К несчастью, после встречи ситуация не изменилась – остались и прессинг, и травля. Сейчас мы планируем обратиться к председателю Следственного комитета РФ Александру Бастрыкину с просьбой разобраться в происходящем. Эту проблему необходимо выводить на федеральный уровень. Мы также готовим обращение к полномочному представителю президента РФ в Уральском федеральном округе Владимиру Якушеву», – сказал изданию представитель профсоюза.

А в сентябре 2018 г. стало известно о гибели заведующего отделением лучевого и хирургического лечения заболевшего торакальной области МРНЦ им. А.Ф.Цыба в Обнинске Юрия Рагулина. Тогда местные СМИ сообщили, что причиной смерти стало самоубийство. До этого Ю.Рагулин хотел уволиться из центра из-за разногласий с руководством. Тогда доследственную проверку инцидента организовало Управление СК РФ по Калужской области, но информация о её результате опубликована не была.

Леонид ПОЛЯКОВ.
МИА Сити!

Идеи

ФМБА России зарегистрировало первую в стране тест-систему для выявления «омикрон»-штамма коронавируса.

Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения (Росздравнадзор) впервые в РФ зарегистрировала медицинское изделие «Набор реагентов для выявления РНК коронавируса SARS-CoV-2 генетических вариантов Omicron и Delta на основе определения характерных для них мутаций в S гене методом полимеразной цепной реакции «АмплиТест SARS-CoV-2 VOC v.3», серия CV017. Набор реагентов был разработан по поручению руководителя

С высокой аналитической чувствительностью

ФМБА России Вероники Скворцовой в Центре стратегического планирования и управления медико-биологическими рисками здоровью (ЦСП) ФМБА России и предназначен для использования в клинической лабораторной диагностике острых респираторных инфекций для исследования образцов РНК из биологического материала человека, полученного от лиц, у которых выявлен COVID-19.

«Разработанный набор реагентов позволяет за 1,5 часа с высокой чувствительностью выявлять и дифференцировать в одной

пробирке геноварианты вирусов Omicron и Delta. Актуальность разработки данного набора продиктована необходимостью быстрой детекции нового варианта Omicron на фоне его молниеносного распространения и вытеснения циркулирующего в настоящее время варианта Delta. Это уникальное медицинское изделие позволит наладить в России мониторинг за циркуляцией новой разновидности вируса SARS-CoV-2 – Omicron, что, в свою очередь, даст возможность улучшить проведение противоэпидемических и

клинических мероприятий», – заявил заместитель директора ЦСП ФМБА России Герман Шипулин.

С появлением новой коронавирусной инфекции Центром стратегического планирования и управления медико-биологическими рисками здоровью в кратчайшие сроки были созданы и зарегистрированы достоверно и эффективно работающие, обладающие высокой чувствительностью и специфичностью наборы реагентов для выявления РНК коронавируса SARS-CoV-2 и определения основных эпидемиологически значимых

генетических линий COVID-19 – альфа, бета, гамма и дельта. Новый набор, позволяющий выявлять геноварианты Omicron и Delta, является следующим в линейке наборов, разрабатываемых ЦСП ФМБА. Наборы «АмплиТест» демонстрируют высокие показатели аналитической чувствительности, которые позволяют выявить РНК коронавируса даже в инкубационном периоде и у бессимптомных носителей.

Александр МЕЩЕРСКИЙ.
МИА Сити!

Считается, что система ОМС ответственна за уровень финансирования здравоохранения. Хотя на самом деле сбалансированность системы, которая оплачивает медицинскую помощь миллионам сограждан, зависит от положения в экономике и позиции государства, какое финансирование обеспечивается за лечение неработающего населения. На оказание медицинской помощи этим группам населения тратится большая часть средств, а диагностика и лечение заболевших требует более значительных объёмов. Своей оценкой работы системы обязательного медицинского страхования в 2021 г. и планах на 2022 г. поделилась председатель Федерального фонда ОМС Елена ЧЕРНЯКОВА. С ней побеседовал главный редактор «Медицинской газеты» Алексей ПАПЫРИН.

– Елена Евгеньевна, удалось ли системе ОМС в 2021 г. профинансировать полностью утверждённые объёмы медицинской помощи? Будет ли ФОМС стремиться «выравнивать» территориальные программы ОМС в регионах? Это особенно важно в контексте того, что Правительством РФ планируется пересмотреть систему оплаты труда медицинских работников?

– Давайте начнём с того, что размер субвенции из бюджета Федерального фонда обеспечивает подушевой норматив финансирования базовой программы ОМС, ежегодно утверждаемой Правительством Российской Федерации в Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. Он рассчитывается, исходя из нормативов объёмов медицинской помощи и финансовых затрат в рамках базовой программы ОМС, и формируется, в том числе, с учётом показателей прогноза социально-экономического развития нашей страны. В свою очередь, регионы должны сбалансировать территориальные программы по видам, формам и условиям оказания медицинской помощи. С 2021 г. внедрён ряд дополнительных мер, обеспечивающих финансовую стабильность лечебных учреждений, а также доступность и качество оказываемой застрахованным лицам медицинской помощи.

В соответствии с пунктом 4 постановления Правительства РФ № 2299 от 28.12.2020 «О Программах государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2021 г. и плановый период 2022 и 2023 гг.» (далее – Программы) в 2021 г. финансовое обеспечение расходов страховых медицинских организаций и лечебных учреждений, воплощающих её в сфере ОМС, осуществляется в порядке ежемесячного авансирования оплаты медицинской помощи в размере одной двенадцатой объёма годового финансового обеспечения выполняемой медицинской помощи по ОМС, распределённого решением комиссии по разработке территориальной программы, без учёта фактических объёмов предоставления медицинской помощи. Подушевой норматив финансирования оказания медицинской помощи в рамках базовой программы ОМС (с учётом федеральных медицинских организаций) составляет на 2021 г. 13 764,6 руб., что на 8,3% больше уровня 2020 г. (12 699,2).

По результатам проводимого Федеральным фондом мониторинга исполнения территориальных программ решениями Правительства на дополнительное финансирование медицинской помощи уже выделены межбюджетные трансферты в объёме 166 049 106,7 тыс. руб. При необходимости вопросы пополнения недостающих бюджетных ассигнований на межбюджетные трансферты будут ещё раз проработаны.

Если говорить об оплате труда медицинских работников, то на сегодняшний день, а также в следующем бюджетном цикле, в субвенции учтено достижение её уровня в соответствии с целевыми показателями, установленными Указом Президента Российской Федерации № 597 от 07.05.2012 «О мероприятиях по реализации государственной социальной политики».

– Какие изменения внесены в Программу государственных гарантий оказания медицинской помощи в наступившем году?

ОМС: реальность и перспективы

Доступность, пандемии вопреки

Программой госгарантий предусмотрено увеличение нормативов объёма медицинской помощи на застрахованного и финансовых затрат на единицу медицинской помощи

– Проект Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2022 г. и на плановый период 2023 и 2024 гг.» (далее – проект программы) содержит ряд новых положений по сравнению с целями текущего года. Поскольку коронавирус обостряет хронические заболевания, которые, в свою очередь, также являются основными причинами смертности населения, такие как сердечно-сосудистые заболевания, болезни органов дыхания, проектом программы предусмотрено увеличение нормативов объёма медицинской помощи на одно застрахованное лицо и нормативов финансовых затрат на единицу медицинской помощи на 2022 г. в сравнении с 2021 г. с дальнейшим ежегодным ростом по профилактическим мероприятиям и диспансеризации. Также проект включает расходы на прохождение гражданами углублённой диспансеризации, важность которой неоднократно подчёркивал Президент РФ. Всего проектом программы финансовое обеспечение профилактических мероприятий и диспансеризации, в том числе углублённой диспансеризации, возросло на 32,3% и составляет 209 млрд руб., а на проведение профилактических мероприятий увеличено на 51 млрд и составляет 209 млрд.

Пациентам с новой коронавирусной инфекцией в условиях круглосуточного стационара проектом программы на 2022-2024 гг. предусмотрены средства финансового обеспечения в размере 516,4 тыс. случаев госпитализации. При этом стоит отметить, что проектом бюджета Федерального фонда на наступивший год и плановый период 2023 и 2024 гг. в составе нормированного страхового запаса фонда также предусмотрены средства на дополнительное финансовое обеспечение территориальных программ в случае чрезвычайной ситуации. Новацией 2022 г. является включение в проект программы нормативов объёма медицинской помощи по профилю «Медицинская реабилитация» в амбулаторных условиях, что позволит в 2022-2024 гг. оказать медицинскую помощь 1272,2 тыс. человек.

Отметим, что расходы в целом на оказание медицинской помощи в условиях дневного стационара увеличены на 16,9% и составят 276,2 млрд руб. При этом на 29,9% увеличены объёмы медицинской помощи по профилю «онкология». Стоимость скорректирована с учётом изменения подходов к формированию тарифов по ОМС. Финансовое обеспечение по статье «онкология» увеличено до 123,9 млрд. Объёмы медицинской по-

мощи в условиях круглосуточного стационара по профилю сохранены на уровне прошлого года. При этом за счёт изменения подходов к оплате медицинской помощи по клинико-статистическим группам (коэффициенты дифференциации, рассчитанные в соответствии с постановлением Правительства РФ № 462 от 05.05.2012, а также поправочные коэффициенты к стоимости КСГ (коэффициенты

все необходимые условия для увеличения доступности получения специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи для застрахованных граждан вне зависимости от территории их проживания. При этом установлен Порядок направления граждан в федеральные медицинские организации, содержащий чёткие критерии, которым точно должен соответствовать пациент.

в октябре и ноябре 2021 г. произошло увеличение планового финансирования федеральных лечебных учреждений на 16 385,57 млн руб. с 119 431,10 до 135 816,67 млн. По состоянию на 18.11.2021 перечислено финансовых средства в федеральные медицинские организации на сумму 95 млрд.

По вопросу создания системы оценки качества работы федеральных лечебных учреждений в новых

уровня медицинской организации, специфики оказания медицинской помощи и сложности лечения пациента) применяются только к доле заработной платы и прочих расходов в составе КСГ) увеличены объёмы медицинской помощи в условиях дневного стационара.

Объёмы медицинской помощи по отдельным диагностическим (лабораторным) исследованиям предусмотрены с учётом фактической потребности в 2021 г.

В Перечень видов высокотехнологичной медицинской помощи, включённых в базовую программу, финансовое обеспечение которых осуществляется за счёт субвенции из бюджета ФОМС бюджетам территориальных фондов (раздел I), по профилю «Сердечно-сосудистая хирургия» дополнительно включены 2 вида ВМП. Это коронарные ангиопластика или стентирование в сочетании с внутрисосудистой визуализацией (внутрисосудистый ультразвук или оптическая когерентная томография) и/или в сочетании с оценкой гемодинамической значимости стеноза по данным физиологической оценки коронарного кровотока (фракционный или моментальный резерв кровотока) при ишемической болезни сердца. Сюда же отнесены эндоваскулярная тромбэкстракция при остром ишемическом инсульте. По профилю «Офтальмология» осуществлён перевод метода «интравитреальное введение ингибитора ангиогенеза и (или) имплантата с глюкокортикоидом» из раздела II в раздел I Перечня.

Нормативы финансовых затрат на единицу объёма предоставления ВМП, включённой в базовую программу, проиндексированы по сравнению с 2021 г. в части оплаты труда на 6,9% и в приобретении медикаментов и прочих расходов на 4% в соответствии с макроэкономическими показателями, предоставленными Министерством экономического развития РФ в среднесрочном прогнозе социально-экономического развития РФ до 2024 г. (базовый вариант).

– Удалось ли фонду выполнить обязательства перед федеральными клиниками? Как идёт создание системы оценки качества их работы в новых условиях?

– С 1 января 2021 г. Федеральный фонд впервые привёл в исполнение прямое финансовое обеспечение застрахованным лицам специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, оказываемой лечебными учреждениями, функциями и полномочиями учреждений, в отношении которых осуществляют с едиными требованиями базовой программы Правительство РФ или федеральные органы исполнительной власти. Считаю, что созданы



Давайте перечислим их: нетипичное течение заболевания или отсутствие эффекта от проводимого лечения; высокий риск хирургического лечения в связи с осложнением основного заболевания; необходимость дополнительного обследования в диагностически сложных случаях или в ситуациях комплексной или операционной подготовки с осложнёнными формами заболевания, и т.д. Кроме того, организована работа по перераспределению объёмов медицинской помощи и их финансового обеспечения между федеральными клиниками.

В соответствии с изменениями, внесёнными в постановление Правительства РФ № 682 от 29.04.2021 «Об учреждении Правил распределения и перераспределения объёмов предоставления специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, включённой в базовую программу, между лечебными учреждениями, функциями и полномочиями учредителей в отношении которых осуществляют Правительство РФ или федеральные органы исполнительной власти», федеральные медицинские организации в ГИС ОМС формируют предложения по внесению изменений, если этого потребует сложившаяся обстановка. Поступившие предложения отработаются Федеральным фондом и направляются в Министерство здравоохранения РФ для последующего рассмотрения и согласования заместителем председателя Правительства РФ Татьяной Голиковой. Отметим, что

условиях можно сказать следующее. С 1 января 2021 г. вместе с рядом существенных изменений в работе системы отечественного здравоохранения они произошли и в работе Федерального фонда. Поскольку ФОМС в настоящее время наделён отдельными полномочиями страховщика и напрямую финансирует федеральные медицинские организации согласно единым требованиям базовой программы, он также и осуществляет контроль за оказанием специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи в стационарных условиях и условиях дневного стационара.

Проведение Федеральным фондом контрольно-экспертных мероприятий направлено на регулирование мероприятий в части реализации прав застрахованных лиц в сфере ОМС, в том числе на обеспечение за счёт средств ОМС гарантий бесплатного оказания застрахованному лицу медицинской помощи при наступлении страхового случая в рамках базовой программы, создание условий для обеспечения доступности и качества медицинской помощи в рамках программ ОМС.

Контроль за медицинской помощью осуществляется путём проведения Федеральным фондом медико-экономического контроля, экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи законченным случаям. А также в период её оказания при обращении застрахованных лиц. Она включает в себя проверку исполнения федеральными медицинскими орга-

низациями обязательств по оказанию необходимой медицинской помощи застрахованному лицу в рамках базовой программы. При этом ведётся оценка соответствия предоставленной застрахованному лицу медицинской помощи по порядку её оказания, клиническим рекомендациям, стандартам. Основное внимание при проведении экспертиз направлено на выявление нарушений, в том числе оценка своевременности медицинской помощи, правильности выбора методов диагностики и лечения, степени достижения запланированного результата.

Большое внимание уделяется вопросам, связанным с медицинской помощью по профилям «онкология», летальным случаям и заболеваниям, вызванным новой коронавирусной инфекцией COVID-19.

Требования к проведению контрольно-экспертных мероприятий установлены на основании приказа Министерства здравоохранения РФ № 231н от 19.03.2021 «Об утверждении Порядка проведения контроля объёмов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам, а также её финансового обеспечения (далее – порядок контроля). К проведению экспертиз привлекаются эксперты, включённые в Федеральный реестр экспертов качества медицинской помощи. Федеральным фондом в настоящее время проводится активная работа по включению в него квалифицированных специалистов.

– Если говорить о защите прав застрахованных, то с какими жалобами, вопросами чаще всего обращались в прошлом году граждане в страховые медицинские организации?

– За 9 месяцев 2021 г. в территориальные фонды и страховые медицинские организации от застрахованных лиц поступило 4 377 874 обращений, что больше на 18,5%, чем за аналогичный период 2020 г. (3 689 202) и практически соответствует количеству, поступившему за аналогичный период 2019 г. (4 409 397).

Информационное сопровождение застрахованных лиц по ОМС осуществляют страховые медицинские организации, в которые поступает 91,6% подобных заявлений. В основном граждане хотят получить разъяснения по вопросам обеспечения выдачи полисов ОМС (2 156,1 тыс. или 49,6%), выбора (замены) страховой медицинской организации (450,8 тыс. или 10,3%), оказания медицинской помощи (478,4 тыс. или 10,8%), порядка работы медицинской организации (129,9 тыс. или 4,9%), а также по вопросам проведения профилактических мероприятий (193,3 тыс. или 4,4%). В структуре обращений жалобы составляют около 1%, при этом наблюдается постоянный рост этой доли с 0,72% в 2019 г. до 0,74% в 2020 г. и 0,76% за аналогичный период 2021 г. За 9 месяцев прошлого года на 1,5% выросли обоснованные жалобы (59,9% всех поступивших) в сравнении с аналогичным периодом 2020 г. (58,5%). Рост к аналогичному периоду 2019 г. составил 8,3 процентных пункта, тогда для обоснованных жалоб составляла 51,6%.

Наибольший рост количества обоснованных жалоб за 9 месяцев 2021 г. по сравнению с аналогичным периодом 2020 г. отмечен по следующим причинам: за оказание медицинской помощи на 33,2%, за взимание за неё денежных средств, предусмотренную программами ОМС на 9,9%, за отказ в оказании медицинской помощи по программам ОМС на 5,0%. Также за 9 месяцев 2021 г. увеличилось количество обоснованных жалоб по сравнению с аналогичным периодом 2020 г. на: необеспечение выдачи полисов обязательного медицинского страхования на 100%; лекарственное обеспечение на 35,4%; нарушение прав на выбор медицинской организации на 34,9%.

Вместе с тем за 9 месяцев 2021 г. по отношению к аналогичному периоду 2020 г. отмечается снижение их количества на проведение профилактических мероприятий – 32,3%.

Структура обоснованных жалоб за 9 месяцев 2021 г. соответствует аналогичным периодам 2020 и 2019 гг. В перечне основных причин за 9 месяцев 2021 г. преобладают жалобы на качество медицинской помощи – 55,9%; на организацию работы медицинской организации – 11,3%; на взимание денежных средств за медицинскую помощь, предусмотренную программами обязательного медицинского страхования – 8,8%; на отказ в оказании медицинской помощи по программам ОМС – 3,7%; на нарушение прав на выбор медицинской организации – 2,9%; на лекарственное обеспечение – 0,9%. В числе последних – неудовлетворённость лекарственным обеспечением при оказании медицинской помощи по профилю «онкология» (15,2%).

Все эти претензии СМО рассматривает в соответствии с порядком контроля: проводят проверку объёмов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС. В случае нарушения прав застрахованного лица страховая медицинская организация по результатам экспертных мероприятий применяет к медицинской организации санкции. Сумма, подлежащая оплате по результатам контроля, удерживается в размерах, определённых методикой исчисления неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи, штрафов за неокказание, несвоевременное оказание, либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества по правилам ОМС.

Если ущемление прав граждан связаны с организацией работы лечебного учреждения, с маршрутизацией пациента, с нарушением права на выбор медицинской организации, врача – страховые представители связываются с руководством больницы или поликлиники и оперативно решают вопросы организационного характера, доступности медицинской помощи, в том числе маршрутизации застрахованных лиц непосредственно с руководством лечебного учреждения.

– Приближается круглая дата – 30 лет системы ОМС в России. На ваш взгляд, оправдала себя действующая в стране модель страхования?

– На сегодняшний день система здравоохранения Российской Федерации построена на бюджетно-страховой модели финансирования, с преимущественным преобладанием страховой медицины. Схема финансирования здравоохранения на основе страховых принципов определена Президентом Российской Федерации в Послании Федеральному Собранию в 2015 г. Базовая программа ОМС постоянно расширяется и составляет уже более 90% от общего объёма медицинской помощи по программе государственных гарантий страны. И её финансирование за счёт субвенции ежегодно возрастает. Если в 2012 г. размер субвенции составлял 640,6 млрд руб., то в 2021 г. уже – 2 276,8 млрд, то есть в 3,6 раза больше.

Важнейшим принципом страховой системы остаётся обеспечение конституционных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

Исходя из пройденного опыта деятельности страховой системы обязательного медицинского страхования как одной из ветвей ОМС, можно констатировать, что на всей территории страны созданы единый персонализированный учёт застрахованных лиц и оказанной медицинской помощи, реестры медицинских и страховых медицинских организаций и экспертов качества медицинской помощи. Сформирована система страховых представителей трёх уровней, защищающих права застрахованных. Решены многие проблемы в системе обязательного

медицинского страхования: обеспечена централизация финансовых средств в Федеральном фонде. Это позволило значительно повысить устойчивость всей системы ОМС, обеспечить бездефицитность базовых программ на территориях субъектов РФ. Введена единая тарифная политика, что значительно снизило дифференциацию в тарифах на медицинские услуги. Система ОМС переориентирована на пациента, центром её является сам пациент, а критерием эффективности ОМС и самого здравоохранения – качество и доступность оказанной конкретному человеку медицинской помощи.

Бюджетная система обеспечивает финансирование медицинской помощи при социально значимых заболеваниях, а также представляющих опасность для окружающих паллиативной медицинской помощи, лекарственное обеспечение редких (орфанных) заболеваний. За счёт бюджетных ассигнований бюджет субъектов РФ в соответствии с постановлением Правительства РФ № 890 от 30.07.1994 предусматривается лекарственное обеспечение при амбулаторном лечении отдельных групп населения и категорий заболеваний бесплатно или с 50%-ной скидкой. Однако ограниченность средств в бюджетах субъектов РФ ведёт к дефициту территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. В 2021 г. дефицит составил 38,6 млрд руб. (23%).

Преимуществом страховой модели финансирования здравоохранения является то, что деньги следуют за пациентом (персонифицировано за каждый законченный случай лечения) в зависимости от объёма и качества медицинской помощи. В условиях сметного финансирования средства поступают в медицинские организации до начала лечения, преимущественно на содержание инфраструктуры по экстенсивному принципу (оплата за койко-дни), что ведёт к нерациональному и неэффективному использованию средств, вне зависимости от качества и результата лечения.

Таким образом, страховая модель финансирования здравоохранения позволяет обеспечить предоставление гражданам медицинской помощи на всей территории страны в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, а созданная система страховых представителей трёх уровней страховых медицинских организаций – защиту прав застрахованных лиц в сфере ОМС, включая право на получение медицинской помощи надлежащего объёма и качества. Несомненно, для обеспечения доступности медицинской помощи населению необходимо продолжить развитие системы ОМС, поэтому в настоящее время поставлена задача максимальной её цифровизации в сочетании с внедрением единой финансовой политики учёта и распределения средств.

– Что бы вы пожелали медицинским работникам в наступившем году?

– Современные реалии показывают, насколько важен для людей самоотверженный и благородный труд медиков. Он сложен и ответственен, требует полной самоотдачи, знаний и опыта, душевной щедрости и сострадания. Для миллионов врачей, фельдшеров, сестёр, младшего персонала – всех, кто посвятил себя медицине, избранное дело стало призванием. Хотелось бы в первые дни Нового года от всей души сказать спасибо медицинским работникам больницы и поликлиники, станций скорой помощи, которые сегодня совершают настоящий подвиг, спасая жизнь и здоровье наших граждан.

Желаю всем, чтобы медицинские учреждения как можно быстрее вернулись к обычной, плановой работе, пусть все невзгоды останутся позади, а все лучшие ожидания от нового 2022 г. исполняются!

Итоги

Научные миллионы

Министерство науки и высшего образования РФ подвело итоги отбора научных организаций для получения в 2022 г. грантов на обновление приборной базы по федеральному проекту «Развитие инфраструктуры для научных исследований и подготовки кадров» (входит в Национальный проект «Наука и университеты»). Общая сумма грантов составила 11,8 млрд руб. Из 209 заявок было отобрано 205. Среди победителей конкурса 37 организаций работают по медицинским направлениям.

«Президент России Владимир Путин во время встречи с исследователями на Конгрессе молодых учёных отметил важность импортозамещения и повышения суверенитета страны в научной сфере. И одно из условий предоставления гранта – чтобы не менее 15% от всего приобретаемого оборудования было российского производства. Всего за последние три года на обновление приборной базы Правительством было направлено более 25 млрд руб. Новое современное оборудование появилось уже в 268 научно-образовательных организациях», – сказал вице-премьер РФ Дмитрий Чернышенко.

Согласно результатам конкурсного отбора, Томский национальный исследовательский медицинский центр РАН получил самый большой грант среди медучреждений – 203,7 млн руб. По данным директора НИИЦ Вадима Степанова, на эти средства центр закупит 20 приборов для научных лабораторий и клиник.

«В их числе, к примеру, рентгеновский компьютерный томограф, который позволит врачам-исследователям выявлять новые лёгочно-сердечные и церебральные фенотипы постковидного син-

дрома, оценить роль низкоинтенсивного воспаления в патогенезе коронарной недостаточности и автономной вегетативной дисфункции, а также уникальная для России ультразвуковая система для малых лабораторных животных для доклинических исследований новых терапевтических молекул, сервер для биоинформатического анализа генетических данных, криохранилище, платформа для автоматического электрофореза и другие», – отметил В.Степанов.

Национальные исследовательские центры эпидемиологии и микробиологии им. Н.Ф.Гамалеи, акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И.Кулакова, им. В.А.Алмазова и Институт цитологии и генетики Сибирского отделения РАН получили по 135,8 млн.

Кроме того, гранты на обновление приборной базы в размере 67,9 млн руб. направили НИИ биомедицинской химии им. В.Н.Ореховича, Центральному НИИ эпидемиологии Роспотребнадзора и НИИ общей патологии и патофизиологии. Получателями таких же грантов стали НИИЦ сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н.Бакулева, Институт медико-биологических проблем РАН, Институт молекулярной биологии им. В.А.Энгельгардта, Институт химической биологии и фундаментальной медицины Сибирского отделения РАН, а также НИИЦ здоровья детей, НИИЦ эндокринологии и др.

Гранты в размере 10 млн получили Новосибирский НИИ травматологии и ортопедии им. Я.Л.Цивьяна, НИИЦ детской травматологии и ортопедии им. Г.И.Трунера и Федеральный научно-клинический центр реаниматологии и реабилитологии.

**Игорь КОРАБЛЁВ,
МИА Сити!**

Начеку!

По нескольким мишеням

Всё чаще на конгрессах кардиологов можно услышать выступления эндокринологов, а в списке докладчиков эндокринологических форумов появляются фамилии известных специалистов по сердечно-сосудистым заболеваниям.

Это неудивительно, ведь сахарный диабет является одним из факторов риска развития ССЗ, в частности, сердечной недостаточности. Взаимосвязи этих заболеваний и возможности их терапии была посвящена состоявшаяся в Москве пресс-конференция. В ней приняли участие генеральный директор НИИЦ кардиологии Минздрава России академик РАН Сергей Бойцов и его заместитель по научно-аналитической работе и профилактической кардиологии, президент Национального общества профилактической кардиологии профессор Нана Погосова, а также заведующий отделением диабетической стопы Эндокринологического научного центра Минздрава России профессор Гагик Галстян и заведующий кафедрой протезтики внутренних болезней и общей физиотерапии РНИМУ им. Н.И.Пирогова член-корреспондент РАН Григорий Арутюнов.

Они рассказали о том, насколько остро стоит проблема сердечной недостаточности в России; подчеркнули важность ранней выявления заболевания и оптимальной маршрутизации пациентов в рамках трёхуровневой системы оказания кардиологической помощи.

Не менее необходима ранняя диагностика и своевременное лечение сахарного диабета 2-го типа. Как отметил Г.Галстян, 5 млн включённых на данный момент

в регистр пациентов с СД-2 составляют в лучшем случае лишь половину из болеющих диабетом на самом деле. Остальные просто не знают о своём заболевании и не обращаются к врачу. А это – прямая угроза развития тяжёлых форм не только данного заболевания, но и такого осложнения, как сердечная недостаточность.

Терапевтические методики лечения СД-2 и ранее предусматривали снижение риска сердечно-сосудистых заболеваний и смертности. Примечательно, что в 2021 г. они вошли в новые рекомендации Европейского общества кардиологов (ESC) по лечению сердечной недостаточности у пациентов со сниженной фракцией выброса. Не случайно Г.Арутюнов охарактеризовал эти методики как «болезнь-модифицирующую терапию», способную, к тому же, у таких пациентов замедлять ещё и снижение функции почек.

Значимость подобной терапии вызвана масштабом распространённости заболевания. Как подчеркнул С.Бойцов, по данным эпидемиологических исследований частота выявления сердечной недостаточности среди взрослой части населения достигает 8%, а смертность, по расчётам, составляет не менее 20% от всех смертей вследствие сердечно-сосудистых заболеваний. При этом, как известно, в нашей стране суммарный вклад всех болезней системы кровообращения в структуре смертности населения – примерно 47%. Поэтому, по его словам, сердечная недостаточность является серьёзной медико-социальной проблемой.

**Алёна ЖУКОВА,
корр. «МГ».
Москва.**

Новый год шагает по стране, но за ним неотступно следует пандемия. Чтобы избежать сложных ситуаций недавно прошли несколько совещаний у Президента РФ В.Путина, а также заседание Координационного совета по борьбе с распространением новой коронавирусной инфекции на территории РФ под председательством председателя Правительства РФ М.Мишустина и заседание оперативного штаба с участием всех регионов страны. На них обсуждалась главная проблема текущего периода – что нам ждать от атаки нового штамма «омикрон».

Нам поможет иммунитет?

Об этом шла речь и на брифинге в Доме Правительства. Медицинское сообщество очень надеется на то, что показатель коллективного иммунитета будет и дальше возрастать. В целом по стране за январь он уже составил свыше 64%. В четырёх регионах (Севастополь, Санкт-Петербург, Республика Карелия, Чукотский автономный округ) ещё выше – от 80 до 85%.

Но статистика говорит и о том, что за этот же период зафиксировано и снижение показателей коллективного иммунитета – это Москва, Московская, Белгородская области, Ненецкий автономный округ и Чеченская Республика. Отчасти, такие показатели возможны из-за рекомендации гражданам проходить повторную вакцинацию по истечении шести месяцев как после первой прививки, так и после выздоровления от ковида.

На текущий период повторно вакцинировано около 11 млн человек – это 33,5% от тех, кто подлежит на данный момент повторной вакцинации. Всего в стране первый компонент прививки сделали почти 90 млн человек, а полностью прошли вакцинацию около 80 млн, включая тех, кто был повторно вакцинирован.

По-прежнему острая ситуация с гражданами пожилого возраста. Цифра вакцинации этой категории невысока – 51,5%. Полностью прошли вакцинацию 49,7%, или 16,6 млн.

Симптомы нового заболевания

Врачи и специалисты Роспотребнадзора с появлением первой информации о новом штамме, внимательно анализируют и изучают ситуацию. Уже известно, как он ведёт себя в окружающей среде. «Омикрон» чувствителен ко всем дезинфектантам и неустойчив на поверхностях окружающей среды, если своевременно их обрабатывать. Особо стоит отметить, что этот вариант вируса гораздо быстрее, чем все его предшественники, размножается на слизистых верхних дыхательных путей. И передаётся от человека к человеку при разговоре, кашле, интенсивном дыхании, нахождении долгое время вместе или в одном помещении. Следовательно, все меры защиты, которые уже существуют, также остаются актуальными.

Человек, который встретился с этим вирусом, становится опасным, заразным уже в первые сутки, до того как сам он поймёт, что заболел и чувствует себя плохо. Ранее отмечалось, что средний инкубационный период составляет 6-8 дней, а сегодня – уже от 2 до 5. Это подтверждают специалисты стран, где уже встретились с массовым распространением «омикрона». Его заразность выросла, по их мнению, от 3 до 7 раз.

Свойства нового вируса позволяют поражать людей, которые уже имеют иммунитет, но при этом не вызывая серьёзного течения заболевания у тех, кто уже

Вехи

Россия в ожидании «омикрона»

Прогнозы, надежды, перспективы в противостоянии новому штамму



Во время заседания: М.Мурашко, Т.Голикова, А.Попова

переболел или привит по полной схеме. Развитие заболевания у них заканчивается симптомами лёгкого ОРЗ или лёгкого течения гриппа. И здесь крайне важно понимать, что иммунная защита, которая была сформирована прежде, работает. И сегодня, соответственно, важно допустить как можно меньше тяжёлых случаев и попадания в больницу. Ведь дальнейшее развитие не всегда предсказуемо, поэтому в случае недомогания не стоит пытаться самому проводить дифференциальную диагностику. Разобраться поможет тестирование – оно абсолютно доступно во всех лечебных учреждениях, которое и позволит определить, какой именно штамм COVID-19 вызвал заболевание.

Остановить распространение

Группа риска – это люди с различными заболеваниями и те, у кого нет иммунной защиты – старшее поколение и люди с хроническими заболеваниями. Для них соблюдение всех ограничений в этот непростой период просто жизненно необходимо.

– Меры защиты, которые мы отработали раньше, также остаются актуальными и важными. Что имеется в виду? Необходимо быть внимательными к своему самочувствию. Как защищаться? Важно каждое утро оценивать своё здоровье и понимать, не наступили ли какие-либо изменения, которые могут повлечь за собой дальнейшее развитие заболевания, то есть нужно ли вам сегодня идти на работу или состояние вашего здоровья таково, что лучше остаться дома, не подвергая риску здоровье окружающих, – сказала руководитель Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека (Роспотребнадзор) Анна Попова.

Среди её советов есть такие: раз в день мерить температуру, в общественном транспорте соблюдать дистанцию и носить маску не больше трёх часов, лучше два. В этот сложный период ограничить посещение мест массового скопления людей. Если нет острой необходимости, отложить это на более поздний срок и сберечь своё здоровье и здоровье своих близких.

– И, конечно, хотелось бы сориентировать работодателей и работников на защиту здоровья. Сегодня в Российской Федерации есть рекомендации по организации безопасной работы практически во всех отраслях экономики. Важно неукоснительное соблюдение этих требований. Это и санитайзеры, опять же маски, фильтры с измерением температуры на входе, достаточно частая обработка поверхностей, – отметила А.Попова. – Абсолютно важна обработка предметов, которые постоянно находятся в руках или с которыми вы соприкасаетесь. Дистанция на рабочем месте. Возможно, специальный график, чтобы как можно меньше людей общались между собой. Сегодня есть все (мы за два года наработали) технические возможности для того, чтобы общаться, не создавая риска друг для друга: с использованием возможностей видеоконференций, больших пространств, помещений для организации тех или иных совещаний. Это сегодня обязательно нужно поддерживать.

Дети в зоне риска

Штамм «омикрон» в значительной степени поражает детей. Контакты у них достаточно интенсивные и плотные, поэтому остановить его распространение не так просто, но возможно. Как было отмечено, рекомендации, которые сегодня работают, при полном их соблюдении, безусловно, позволяют детям посещать детские сады и школы. Во всех методических рекомендациях и санитарных правилах утренние фильтры для детей, когда детям измеряют температуру и осматривают, разводят большие группы детей по разным входам, лестничное расписание, чтобы они в большом количестве не общались друг с другом на переменах, специальный график посещения столовой. Чёткое соблюдение всех этих требований и, что важно, родительский контроль за соблюдением в школах этих требований, также позволит сохранить режим обучения в школах. Если же в семье заболел ребёнок, то родитель, по мнению А.Поповой, осуществляющий уход за ним, должен перейти на режим больничного листа, чтобы минимизировать риски заражения своих коллег на рабочем месте.

Как избежать и какие могут быть последствия

– Каких-то уникальных симптомов именно для этого заболевания нет. Но есть определённые отличия, – отметил министр здравоохранения РФ Михаил Мурашко. – Большинство заболевших коронавирусом, вызванным штаммом «омикрон», во всём имеют одинаковую симптоматику – головная боль, насморк, заложенность носа, часто отмечается чихание, першение в горле, усталость. Нередко отмечается и такое лёгкое болезненное состояние, продромальное: яркой клиники нет, но чувство, как будто человек заболевает. Особенно это часто встречается у пациентов, уже имеющих иммунитет. Сегодня уже доступны соответствующие тесты для личного использования, которые продаются в аптеках. Но надо помнить, что поставить диагноз должен медицинский работник.

За два года получен большой опыт лечения заболеваний, вызванных коронавирусом. Участники брифинга подчеркнули, что оно должно быть индивидуальным для каждого пациента в зависимости от его сопутствующих заболеваний. Особое внимание пациентам, имеющим хронические заболевания, такие как сахарный диабет, всевозможные заболевания сердца, хроническую сердечную недостаточность.

– Беременные женщины подвержены большим рискам. И мы настоятельно рекомендуем, если до беременности женщина не прошла вакцинацию, то сегодня уже методическими рекомендациями предусмотрено после 22-й недели беременности получение соответствующей вакцины для профилактики заражения и заболевания, – подчеркнул М.Мурашко. – Ни в коем случае нельзя начинать лечение самостоятельно, принимая тот или иной антибактериальный препарат, наоборот, в случае осложнений сузит возможность выбора для лечащего врача. Поэтому надо избегать самостоятельного раннего начала приёма антибиотиков, их должен прописать специалист.

На брифинге озвучили и грозную особенность штамма «омикрон». Если раньше повторные

заболевания составляли менее 1% в пределах 0,74%, то сейчас риск повторного заражения возрастает до 5 раз. Поэтому пациентам, которые перенесли новую коронавирусную инфекцию, через полгода рекомендуется пройти вакцинацию доступными вакцинами на отечественном рынке.

Вакцинации – да!

– На текущий период получены неоспоримые данные по эффективности вакцин против новой коронавирусной инфекции. Специалисты Национального исследовательского центра эпидемиологии и микробиологии им. Н.Ф.Гамалеи и Национального института инфекционных заболеваний им. Л.Спалланцани (Италия) провели тестирование при использовании вакцины «Гам-КОВИД-Вак» или «Спутник V» и в сочетании с вакциной «Спутник Лайт». Получены хорошие результаты, которые позволяют минимизировать риски. В первую очередь это профилактика тяжёлого течения, в том числе и грозных осложнений, не исключая летального исхода. Увы, новая коронавирусная инфекция вызывает большое количество осложнений и «омикрон» не является исключением.

– Проводя углублённую диспансеризацию пациентам, перенёвшим новую коронавирусную инфекцию, видно, что до 60% их требует в последующем диспансерного наблюдения, – отметил М.Мишустин. – Нередко происходит и обострение имеющихся заболеваний, возникают новые, которые требуют уже пристального наблюдения, в том числе назначения лекарственных препаратов и реабилитации.

Заместитель председателя Правительства РФ Татьяна Голикова в конце брифинга отметила, что в декабре, в том числе с депутатами Государственной Думы, обсуждались вопросы жизнедеятельности тех людей, которые переболели в первую волну новой коронавирусной инфекции. На вопрос, волнующий очень многих, «прорабатываются ли решения для граждан, которые привились за границей вакциной «Спутник V» или иностранной вакциной, Т.Голикова ответила:

– Что касается вакцины «Спутник V», то здесь проблем никаких не будет. Гражданин может сдать в Российской Федерации тест на наличие антител и получить соответствующий документ. Что касается иностранных граждан, пока у нас нет взаимного признания сертификатов вакцинации (но такую работу мы ведём с зарубежными государствами), иностранный либо российский гражданин, переболевший за рубежом или вакцинированный иностранной вакциной, может, приехав в Российскую Федерацию, также пройти тест на антитела и при их наличии получить документ сроком действия на 6 месяцев, если они у него будут подтверждены.

Андрей ДЫМОВ.

Информационный взрыв

В общей сложности за несколько часов в интернете появилось около ста упоминаний данного (предполагаемого) инцидента на самых разных ресурсах – от федеральных до откровенно помойных. Нанесён мощный удар по деловой репутации не только самой горбольницы № 25, о которой идёт речь, но по всей системе здравоохранения Новосибирской области.

А вот появившийся в тот же день комментарий руководителя инфекционного госпиталя (о том, что всё сказанное – в чистом виде неправда, на самом деле пациентка после перенесённых двух инсультов страдает энцефалопатией со снижением критики, имеет признаки когнитивных нарушений, социально не адаптирована) разместили далеко не все СМИ из числа рассказавших о «зверствах медиков». Правильнее сказать – единицы. Остальным вообще не интересно, как всё было на самом деле, потому что их задача не поиск истины, а использование любого скандала как повода для повышения своих тиражей и рейтингов.

Тем печальнее, что всё чаще и чаще такими поводами становятся сюжеты о «врачах-убийцах». И самое главное – публичные обвинения в адрес медиков со стороны пациентов и журналистов начинают звучать не просто до вынесения судебного решения, но даже ещё до того, как были начаты проверки со стороны правоохранительных органов, ведомственные разбирательства.

Ну а что же сами медработники? Как они поступают в этом и во всех других подобных случаях? Увы, безмолвствуют...

Восемь сантиметров
«качества»

О том, как российская медицина оказалась в роли «мальчика для битья» и почему лечебные учреждения, отдельные врачи не обращаются в суд с исками к пациентам и их родственникам, а также к средствам массовой информации о клевете, о защите чести и достоинства, об ущербе деловой репутации и последовавших за этим финансовых потерях, мы беседуем с главным врачом городской больницы № 3 Новосибирска кандидатом медицинских наук Александром ОСАДЧИМ.

– Александр Владимирович, как вы думаете, кто и когда «открыл кингстоны», после чего здравоохранение начало заливать волной негативного общественного мнения?

– Эта история началась задолго до того, как в структуре Следственного комитета РФ появилось спецподразделение по так называемым врачебным ошибкам. Отношение социума и средств массовой информации к врачам – это отражение того, как к нам относится государство. СМИ просто «учуяли» это и подхватили.

Поясню: за последние 30 лет в медицине произошёл серьёзный технологический скачок, появились сложные технологии диагностики и лечения, новые классы препаратов. А законодательные нормы, которые регулировали бы применение всех этих сложных технологий и тем самым заведомо обеспечивали защищённость не только пациента, но и врача в случае осложнений или неблагоприятного исхода лечения, не появились. В итоге интересы пациента представляется закон «О защите прав потребителей», а интересы медицинского

Для начала несколько заголовков новости, которая в тот день стала лидером по количеству перепечаток и прочтений не только в своём регионе, но и по всей стране.

Итак, стартовое сообщение. «**НОВОСИБИРСК, 18 ноября. /ТАСС/. Прокуратура в Новосибирске организовала проверку после опубликованной в одном из Telegram-каналов информации о пациентке с диабетом, проходившей лечение в «ковид»-отделении, где её привязывали к кровати, били, лишали воды и еды.**

И понеслось... Азартные рерайтеры и редакторы СМИ наперегонки старались заманить читателей на свои интернет-ресурсы, а потому придумывали заголовки один страшнее другого.

«Россиянку с диабетом привязывали и накрывали как канарейку в «ковидной» больнице. Правоохранители проверяют новости

Ситуация

«Пнула в голову коленкой»

Почему медицина и медики позволяют себя унижать?



няшний день, их надо прочесть и подписать, а на многие ответить письменно сегодня до конца рабочего дня. И когда нам говорят, что каждый документ подразумевает нацеленность на повышение качества медицинской помощи, это не кажется убедительным, потому что на самом деле бумаготворчество откровенно мешает врачам заниматься проблемами пациентов.

– На мой взгляд, легализация платных услуг в отечественной системе здравоохранения и появление понятия «медицинская услуга» тоже сильно повлияли

работника никаким законом не обеспечены. Кроме единственного – статьи Уголовного кодекса РФ о клевете. Но своим правом на защиту чести и достоинства мои коллеги действительно пользоваться не научились.

Между тем, пациенты очень быстро переняли западный опыт судебных взаимоотношений с медициной. В ответ на растущий спрос стали множиться юридические фирмы, специализирующиеся на защите пациентов, а система ОМС невольно оказалась им в помощь: страховые компании имеют обыкновение наказывать медицинские организации за огрехи в заполнении медицинской документации, так почему бы адвокатам пациентов не пойти по тому же пути? Вы посмотрите, сколько дел в судах врачи проиграли только потому, что адвокаты пациентов делают упор на дефектах заполнения истории болезни. Врача объявляют преступником из-за такой нелепости, но только ли он сам в этом виноват?

Бумаготворчество в медицине приобрело столь глобальные масштабы, что я удивляюсь, как мы вообще успеваем ещё и лечить кого-то. В день приходит по несколько приказов из разных ведомств, в том числе с новыми требованиями к оформлению документации. Даже руководитель лечебного учреждения не всегда способен всё это сразу усвоить, а что спрашивать с врача поликлиники, который принимает в день по сорок пациентов, или с оперирующего хирурга, который отстоял у операционного стола часов этак шесть, а потом, обессиленный, вынужден заполнять «бумаги для прокурора», как принято шутить в нашей среде? Вот у меня на столе стопка бумаг высотой 8 сантиметров – это свежее поступление за сегодня

на отношение населения к врачу. До этого человек в белом халате был бескорыстным кудесником, теперь стал продавцом диагностических и лечебных технологий, а продавцы в обществе никогда особым уважением не пользовались, с ними можно не церемониться: я плачу тебе деньги сам или посредством страховки ОМС, и ты обязан меня обслужить со всеми моими капризами.

– Не могу не согласиться: если клиенту предлагается услуга, он считает себя вправе требовать, стучать дверью, называть врача неумехой, стяжателем и даже вредителем. В том числе публично – в соцсетях, по телевидению. И правоохранители в таких случаях не могут не отреагировать. Работает большой слаженный механизм «наведения порядка в здравоохранении», в котором есть только одно слабое звено – сторона защиты врача. Мы до сих пор так и не знаем чётко, как, кем и по каким критериям должно оцениваться качество оказания медицинской помощи в случаях неблагоприятных исходов лечения: была ли это халатность и непрофессионализм, либо врач честно сделал всё, что было в его силах, но не получил ожидаемого результата.

Скажу на примере своей области медицины – урологии. Клинические рекомендации Европейского урологического сообщества ежегодно обновляются, их объём более 1,5 тыс. страниц. Соответственно, за рубежом во время разбирательства по иску пациента первое, что рассматривают следствие и суд, – насколько строго врач действовал в рамках клинических рекомендаций. В России клинические рекомендации тоже призваны были стать главным документом защиты врача, но до сих пор так и не стали им. В итоге

из Новосибирска – жители города сообщили об издевательствах над пациенткой в одной из городских больниц».

«Санитарка пнула в голову коленкой». Дочь рассказала об издевательствах над матерью в «ковидной» больнице Новосибирска».

«Дочь привязанной к больничной койке пенсионерки рассказала о зверствах медиков. Пострадавшая мать умоляла забрать её домой, сообщила дочь».

«Пожилую пациентку «ковидного» госпиталя в Новосибирске морили голодом и привязывали к кровати. В результате такого «лечения» у женщины остались многочисленные синяки и ссадины. Шокирующей историей уже заинтересовались Следственный комитет и Прокуратура».

врачей сегодня активно судят по статьям УК, которые предполагают обвинение не только в причинении вреда здоровью или смерти по неосторожности, но даже в заранее спланированном преступлении против пациента!

Признаюсь, меня оторопь берёт, когда я узнаю о таких процессах. Я же вижу, кто сегодня работает в отрасли – это те люди, которые вне медицины себя не видят. Все остальные уже ушли из профессии. Искренне скажу, что не понимаю того человека, который может работать в первичном звене, особенно в поликлинике. На него сыплются шишки со всех сторон: от администрации учреждения, Минздрава, ФОМС, страховых компаний, и более всего – от пациента, который может унижать, оскорбить и даже оболгать врача в СМИ и социальных сетях, не приведя никаких доказательств.

Особенно обидно, что нападки на медицину и медиков происходят даже сейчас, на фоне пандемии, когда и эмоциональная, и физическая нагрузка на врачей возросла многократно. Нас попрекают тем, что не хватает врачей, ожидание приёма и начала лечения может затягиваться. Почему-то ни у журналистов, ни у блогеров не возникает мысли, что кадровый дефицит в отрасли образовался не без их участия. В нашей поликлинике была ситуация, когда на 19 терапевтических участках осталось работать 4 врача. Четыре! Каких трудов стоило мне укомплектовать штат участковой службы, думаю, поймёт любой главврач.

В одиночку не справиться

– История с новосибирской горбольницей № 25 в очередной раз показала, что проблеме пора решать радикально. На основании одного только поста в соцсетях медиков обвинили в совершении преступных действий: не оказание помощи, физическое насилие и причинение нравственных страданий больному человеку. Как врачи должны теперь с этим жить? Можно сколько угодно долго рассуждать с высоких трибун о необходимости достижения общественного согласия, только результата не будет. На мой взгляд, нужны законодательные ограничения на распространение информации о неблагоприятных исходах оказания медицинской помощи: до окончания проверок, следствия и вынесения судебного вердикта никаких публикаций в СМИ.

– Я очень хорошо отношусь к этому предложению. Я вообще

за объективность, поскольку волна жалоб и негативной информации накрывает медицину с головой. Объективность разбирательства случаев неблагоприятных исходов лечения мы должны обеспечить внутри отрасли: консилиумы, клинические разборы, рассмотрение на уровне профессиональной ассоциации специалистов. Ну а объективность информационного сопровождения медицинской деятельности в стране может быть обеспечена только чёткими законодательными рамками, иного способа не вижу.

– Правда, разработка и принятие законов или поправок к действующим законам – дело не одного дня. А что, по вашему, можно предпринять прямо сейчас?

– Думаю, пока законодатели не предложили радикальных решений, медицинские организации и медработники могут и даже должны реализовать своё законное право на защиту от клеветы, как любой гражданин страны.

Знаете, почему врачи не хотят связываться с пациентами и СМИ, которые безнаказанно распространяют непроверенную и недостоверную информацию? Потому что в их представлении судиться с обидчиками – долго и дорого, а результат неочевиден: штраф, который присудят гражданину или СМИ, окажется минимальным, он не покроет даже судебных издержек. Между тем, очень важно создать прецедент – добиться не просто признания факта клеветы и опровержения недостоверной информации, но и существенной суммы компенсации за причинённый моральный вред. Первое же выигранное дело покажет медицинскому сообществу, что не всё так безнадежно.

И всё-таки идея законодательной превенции подобных ситуаций мне кажется более продуктивной. В противном случае врачи только и будут ходить по судам, поодиночке отстаивая своё честное имя.

– Если будет кому ходить...

– Действительно, такая опасность существует. Мы не решим проблему дефицита кадров, если не обеспечим защищённость врача. Постоянное эмоциональное давление на медиков со стороны руководящих и контрольно-надзорных органов, пациентов, а теперь ещё и СМИ закончится тем, что молодёжь в медицину не пойдёт. Я сам из большой врачебной династии, где больше десятка докторов. Но, видя что творится, мои дети врачами быть уже не захотели.

Елена БУШ,
обозреватель «МГ».

КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 2 (2314)

Методы, использованные для сбора/селекции доказательств:

– поиск в электронных базах данных.

Описание методов, использованных для сбора/селекции доказательств: доказательной базой для рекомендаций являются публикации, вошедшие в Кокрановскую библиотеку, баз данных MEDLINE, EMBASE и PUBMED.

Глубина поиска составляла 5 лет.

Методы, использованные для оценки качества и силы доказательств:

– консенсус экспертов;

– оценка значимости в соответствии с рейтинговой схемой.

Методы, использованные для анализа доказательств:

– обзоры опубликованных метаанализов;

– систематические обзоры с таблицами доказательств.

Определение

К неотложным состояниям, связанным с повышением артериального давления, следует относить гипертензивные кризы и ухудшения состояния, связанные с повышением артериального давления, не доходящие до гипертензивного криза.

Код по МКБ-10	Нозологическая форма
I10	Эссенциальная (первичная) гипертензия
I11	Гипертензивная болезнь сердца (гипертоническая болезнь с преимущественным поражением сердца)
I12	Гипертензивная (гипертоническая) болезнь с преимущественным поражением почек
I13	Гипертензивная (гипертоническая) болезнь с преимущественным поражением сердца и почек
I15	Вторичная гипертензия

Эпидемиология

Гипертензивные кризы (ГК) не входят в Международную классификацию болезней (в том числе в её 10-й пересмотр – МКБ-10 (1)).

Поэтому ГК не имеют кода для статистической обработки и надёжной статистики.

Исследования последних лет показывают, что частота ГК в Российской Федерации велика и имеет тенденцию к увеличению (2, 3).

Одной из отличительных особенностей ГК является их склонность к повторению. По данным А.Голикова и соавт. (2005), 62,7% ГК повторяются в течение года, 39,6% – в течение месяца, 11,7% – в течение ближайших 48 ч (4).

Классификация. Для оказания скорой медицинской помощи прежде всего следует разделять все случаи повышения артериального давления на состояния без непосредственной угрозы для жизни и состояния, прямо угрожающие жизни (5-9).

Неотложные состояния при артериальной гипертензии (АГ)

1. Состояния, не угрожающие жизни:

Ухудшение течения АГ.

Неосложнённые ГК.

2. Состояния, угрожающие жизни (критические):

Особо тяжёлые ГК:

– острая гипертензивная энцефалопатия (судорожная форма ГК);

– криз при феохромоцитоме;

– эклампсия.

Острое и значительное повышение артериального давления при:

– отёке лёгких;

– острый коронарный синдром (ОКС);

– геморрагическом инсульте;

– субарахноидальном кровоизлиянии;

– расслаивающей аневризме аорты;

– внутреннем кровотечении.

Тактика. При АГ, непосредственно угрожающей жизни, показана интенсивная антигипертензивная терапия. При проведении интенсивной антигипертензивной терапии в первые 30 минут артериальное давление следует снижать не более чем на 25% от исходной величины. В течение последующих 2 часов принято стабилизировать артериальное давление на величину: систолическое – около 160 мм рт.ст., диастолическое – около 100 мм рт.ст. При отсутствии непосред-

ственной угрозы для жизни артериальное давление необходимо снижать в течение нескольких часов. Основные антигипертензивные препараты следует назначать в размельчённом виде сублингвально (8, 9). В течение первых 30-60 минут АД следует снизить на 15-25% с последующей его нормализацией в течение суток и назначением базисной гипотензивной терапии (11, 12).

Антигипертензивными препаратами, наиболее часто используемыми при лечении неотложных состояний, связанных с повышением АД, не угрожающих жизни, по мнению многих авторов (12, 13), являются нифедипин, каптоприл, клонидин. Учётный препарат клонидин следует полностью заменить на моксонидин и сочетанием моксонидина с нифедипином (14).

Все перечисленные таблетированные антигипертензивные средства (нифедипин короткого действия, каптоприл, моксонидин), а также препараты для внутривенного введения (клонидин, нитроглицерин, урапидил, фуросемид) и магния сульфат

Криз при феохромоцитоме проявляется внезапным очень резким повышением преимущественно систолического давления с увеличением пульсового, сопровождается бледностью кожи, холодным потом, сердцебиением, болью в области сердца и надчревной области, тошнотой, рвотой, пульсирующей головной болью, головокружением. Возможны повышение температуры тела, расстройства зрения и слуха. Характерно существенное снижение артериального давления при переходе в вертикальное положение

Острая гипертензивная энцефалопатия (судорожная форма ГК) проявляется внезапным очень резким повышением артериального давления, психомоторным возбуждением, сильной головной болью, многократной рвотой, не приносящей облегчения, тяжёлыми расстройствами зрения, потерей сознания, тонико-клоническими судорогами.

Основные направления дифференциальной диагностики. Главное – разделять все неотложные состояния, связанные с повышением артериального давления, на состояния без непосредственной угрозы для жизни и состояния, прямо угрожающие жизни.

Скорая медицинская помощь.

1. Артериальная гипертензия, ухудшение.

При повышении артериального давления без признаков гиперсимпатикотонии:

– каптоприл (капотен) 25 мг сублингвально;

– при недостаточном эффекте дать повторно через 30 минут в той же дозе.

При повышении артериального давления и гиперсимпатикотонии:

– моксонидин (физиотенз) 0,4 мг сублингвально;

– при недостаточном эффекте – повторно через 30 минут в той же дозе.

При изолированной систолической артериальной гипертензии:

– моксонидин (физиотенз) в дозе 0,2 мг однократно под язык.

2. Гипертензивный криз

ГК без повышения симпатической активности:

– урапидил (эбрантил) внутривенно струйно медленно в дозе 12,5 мг;

– при недостаточном эффекте повторять инъекции урапидила в той же дозе не раньше, чем через 10 минут.

3. ГК с высокой симпатической активностью:

– клонидин 0,1 мг внутривенно струйно медленно.

4. Гипертензивный криз после отмены антигипертензивного препарата:

– соответствующий антигипертензивный препарат внутривенно или сублингвально.

5. Гипертензивный криз и острая тяжёлая гипертензивная энцефалопатия (судорожная форма ГК).

Для контролируемого снижения артериального давления:

– урапидил (эбрантил) 25 мг внутривенно дробно медленно, далее – капельно или с помощью инфузионного насоса, со скоростью 0,6–1 мг/мин, подбирать скорость инфузии до достижения необходимого артериального давления.

Для устранения судорожного синдрома:

– диазепам (седуксен, реланиум) по 5 мг внутривенно медленно до эффекта или достижения дозы 20 мг.

Для уменьшения отёка мозга:

– фуросемид (лазикс) 40–80 мг внутривенно медленно.

6. Гипертензивный криз и отёк лёгких:

– нитроглицерин (нитроспринт спрей) 0,4 мг под язык и до 10 мг нитроглицерина (перлиганит) внутривенно капельно или с помощью инфузионного насоса, увеличивая скорость введения до получения эффекта под контролем артериального давления;

– фуросемид (лазикс) 40–80 мг внутривенно медленно.

7. Гипертензивный криз и острый коронарный синдром:

– нитроглицерин (нитроспринт спрей) 0,4 мг под язык и до 10 мг нитроглицерина (перлиганит) внутривенно капельно или с помощью инфузионного насоса, увеличивая скорость введения до получения эффекта.

8. Гипертензивный криз и инсульт:

– антигипертензивную терапию проводить только в случаях, когда диастолическое давление превышает 120 мм рт.ст., стремясь снизить его на 10–15%;

– в качестве антигипертензивного средства использовать внутривенное введение 12,5 мг урапидила, при недостаточном эффекте инъекцию можно повторить не ранее, чем через 10 минут;

– при усилении неврологической симптоматики в ответ на снижение артериального давления – немедленно прекратить антигипертензивную терапию.

Основные опасности и осложнения:

– неконтролируемая артериальная гипотензия;

– по мере снижения артериального давления – появление или усиление ангинозной боли либо неврологической симптоматики;

– ортостатическая артериальная гипотензия.

Примечания.

Повысить эффективность основных таблетированных антигипертензивных средств

(моксонидина и каптоприла) можно, применяя сочетания 0,4 мг моксонидина с 40 мг фуросемида, 0,4 мг моксонидина с 10 мг нифедипина и 25 мг каптоприла с 40 мг фуросемида.

Для специализированных реанимационных бригад препарат резерва, применяемый только по абсолютным жизненным показаниям – натрия нитропруссид (ниприд) вводят в дозе 50 мг в 500 мл 5%-ного раствора глюкозы внутривенно капельно, подбирая скорость инфузии для достижения необходимого артериального давления.

При подозрении на расслаивающую аневризму аорты препараты выбора – эсмолол (бревиблок) и натрия нитропруссид (см. протокол «Расслоение аорты»).

Криз при феохромоцитоме подавляют с помощью α -адреноблокаторов, например, пратсиола сублингвально или фентоламина внутривенно. Препараты второй линии – натрия нитропруссид и магния сульфат.

При артериальной гипертензии вследствие употребления кокаина, амфетаминов и других психостимуляторов (см. протокол «Острые отравления»).

С учётом особенностей течения острой артериальной гипертензии, наличия сопутствующих заболеваний и реакции на проводимую терапию можно рекомендовать больному конкретные меры самопомощи при аналогичном повышении артериального давления.

Экстренная транспортировка пациента в стационар показана:

– при ГК, который не удалось устранить на догоспитальном этапе;

– при ГК с выраженными проявлениями острой гипертензивной энцефалопатии;

– при осложнениях артериальной гипертензии, требующих интенсивной терапии и постоянного врачебного наблюдения (ОКС, отёк лёгких, инсульт, субарахноидальное кровоизлияние, остро возникшие нарушения зрения и др.);

– при злокачественной артериальной гипертензии.

При показаниях к госпитализации после возможной стабилизации состояния доставить пациента в стационар, обеспечить на время транспортировки продолжение лечения (включая реанимационные мероприятия) в полном объёме.

Предупредить персонал стационара.

Передать пациента врачу стационара.

Оказание скорой медицинской помощи при повышении артериального давления

Клинические рекомендации (протокол)

для внутривенного или внутримышечного применения включены в «Требования к комплектации лекарственными препаратами и медицинскими изделиями укладки общепрофильной для оказания скорой медицинской помощи», утверждённые приказом Министерства здравоохранения РФ № 549н от 07.08.2013 (15).

Все включённые в протокол таблетированные формы антигипертензивных лекарственных средств (нифедипин, каптоприл, моксонидин) входят с перечень ЖНВЛС.

Оказание скорой медицинской помощи при повышении артериального давления на догоспитальном этапе

Диагностика. Основным симптом – повышение артериального давления по сравнению с привычными для больного значениями.

Артериальную гипертензию, ухудшение диагностируют в случаях относительно постепенного и умеренного повышения артериального давления по сравнению с привычными для пациента значениями, умеренной головной боли. У части пациентов наблюдаются признаки гиперсимпатикотонии (беспокойство, гиперемия кожного покрова, частота сердечных сокращений больше 85 в минуту, повышение пульсового давления).

Изолированную систолическую артериальную гипертензию распознают по существенному повышению систолического давления при нормальном диастолическом.

Злокачественную артериальную гипертензию диагностируют на основании высокого (больше 180 и/или 120 мм рт.ст.) систолического или диастолического давления соответственно, наличия кровоизлияний на глазном дне и отёка соска зрительного нерва, признаков нарушения кровоснабжения жизненно важных органов, тяжёлой неврологической симптоматики, нарушений зрения, хронической почечной недостаточности, снижения массы тела, нарушения реологических свойств крови со склонностью к тромбозам.

Гипертензивный криз диагностируют при остро возникшем выраженном повышении артериального давления (систолическое давление обычно выше 180 мм рт.ст., диастолическое – выше 120 мм рт.ст.), сопровождающемся клиническими симптомами, требующими немедленного контролируемого его снижения с целью предупреждения или ограничения поражения органов-мишеней.

– при недостаточном эффекте дать повторно через 30 минут в той же дозе.

При повышении артериального давления и гиперсимпатикотонии:

– моксонидин (физиотенз) 0,4 мг сублингвально;

– при недостаточном эффекте – повторно через 30 минут в той же дозе.

При изолированной систолической артериальной гипертензии:

– моксонидин (физиотенз) в дозе 0,2 мг однократно под язык.

2. Гипертензивный криз

ГК без повышения симпатической активности:

– урапидил (эбрантил) внутривенно струйно медленно в дозе 12,5 мг;

– при недостаточном эффекте повторять инъекции урапидила в той же дозе не раньше, чем через 10 минут.

3. ГК с высокой симпатической активностью:

– клонидин 0,1 мг внутривенно струйно медленно.

4. Гипертензивный криз после отмены антигипертензивного препарата:

– соответствующий антигипертензивный препарат внутривенно или сублингвально.

5. Гипертензивный криз и острая тяжёлая гипертензивная энцефалопатия (судорожная форма ГК).

Для контролируемого снижения артериального давления:

– урапидил (эбрантил) 25 мг внутривенно дробно медленно, далее – капельно или с помощью инфузионного насоса, со скоростью 0,6–1 мг/мин, подбирать скорость инфузии до достижения необходимого артериального давления.

Для устранения судорожного синдрома:

– диазепам (седуксен, реланиум) по 5 мг внутривенно медленно до эффекта или достижения дозы 20 мг.

Для уменьшения отёка мозга:

– фуросемид (лазикс) 40–80 мг внутривенно медленно.

6. Гипертензивный криз и отёк лёгких:

– нитроглицерин (нитроспринт спрей) 0,4 мг под язык и до 10 мг нитроглицерина (перлиганит) внутривенно капельно или с помощью инфузионного насоса, увеличивая скорость введения до получения эффекта под контролем артериального давления;

– фуросемид (лазикс) 40–80 мг внутривенно медленно.

7. Гипертензивный криз и острый коронарный синдром:

– нитроглицерин (нитроспринт спрей) 0,4 мг под язык и до 10 мг нитроглицерина (перлиганит) внутривенно капельно или с помощью инфузионного насоса, увеличивая скорость введения до получения эффекта под контролем артериального давления;

8. Гипертензивный криз и инсульт:

– антигипертензивную терапию проводить только в случаях, когда диастолическое давление превышает 120 мм рт.ст., стремясь снизить его на 10–15%;

– в качестве антигипертензивного средства использовать внутривенное введение 12,5 мг урапидила, при недостаточном эффекте инъекцию можно повторить не ранее, чем через 10 минут;

– при усилении неврологической симптоматики в ответ на снижение артериального давления – немедленно прекратить антигипертензивную терапию.

Оказание скорой медицинской помощи пациентам при повышении артериального давления на госпитальном этапе в стационарном отделении скорой медицинской помощи (СтОСМП)

Первоначальное лечение и интенсивное наблюдение в отделении скорой медицинской помощи стационара (D,3)

При поступлении пациента с осложнённым ГК в СтОСМП следует учитывать, что чем меньше времени прошло от начала ГК, тем выше опасность его рецидива.

3 варианта оказания скорой медицинской помощи.

1. Повышение АД либо его осложнения создают прямую угрозу для жизни – пациент подлежит немедленной транспортировке в отделение реанимации.

Передать пациента непосредственно реаниматологу.

2. Повышение АД сохраняется либо протекает с осложнениями, не угрожающими жизни – показано направление в отделение краткосрочного пребывания.

Обеспечить контроль АД, кардиомониторное и/или визуальное наблюдение.

Зарегистрировать ЭКГ в 12 отведениях.

Взять кровь для проведения необходимых исследований.

Не допускать повторного повышения АД, вследствие прекращения действия препара-

тов, назначенных на догоспитальном этапе или в связи с тем, что сохраняется причина для повышения артериального давления.

Не допускать чрезмерного снижения АД, которое может быть вызвано суммацией эффектов лекарственных средств, полученных пациентом, или течением основного заболевания.

3. АД нормализовано, осложнений нет – наблюдение и обследование в течение 1-2 часов, при отсутствии отрицательной динамики и других поводов для экстренной госпитализации – направление на амбулаторное лечение.

Обеспечить контроль АД, визуальное наблюдение.

Зарегистрировать ЭКГ в 12 отведениях.

Взять кровь для проведения необходимых исследований.

Сила рекомендаций (A-D), уровни доказательств (1++, 1+, 1-, 2++, 2+, 2-, 3, 4) по схеме 1 и схеме 2 приводятся при изложении текста клинических рекомендаций (протоколов).

Виктор РУКСИН,
профессор кафедры скорой медицинской помощи Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И.Мечникова.

(Окончание. Начало в № 50 от 22.12.2021.)

Общие для всех заболеваний.

1. При необходимости перевода пациента в другую организацию здравоохранения.

2. Грубое нарушение госпитального режима.

3. По письменному требованию пациента либо его законного представителя, если выписка не угрожает жизни пациента и не

Тиреоидиты у детей

Клинические рекомендации

Критерии оценки качества медицинской помощи

1. Острый тиреоидит

№	Критерии качества	Уровень убедительности рекомендаций	Уровень достоверности доказательств
1.	Выполнен общий (клинический) анализ крови с оценкой СОЭ	A	1
2.	Выполнено исследование уровня ТТГ в крови при наличии клинической картины тиреотоксикоза	C	2
3.	Выполнено УЗИ ЩЖ	A	1
4.	Выполнена сцинтиграфия ЩЖ с натрия пертехнетатом (^{99m} Tc) в сомнительных случаях	B	2
5.	Проведена КТ шеи с внутривенным болюсным контрастированием при массивном поражении с целью диагностики осложнений: медиастинита, флегмоны шеи и свищей с трахеей	B	2
6.	Проведена антибактериальная терапия	A	1
7.	Выполнено пункционное дренирование в сочетании с антибактериальной терапией при абсцедировании	B	2
8.	Выполнено оперативное вмешательство на ЩЖ при абсцедировании или распространенном процессе с целью ликвидации воспаления	A	1

2. Подострый тиреоидит

№	Критерии качества	Уровень убедительности рекомендаций	Уровень достоверности доказательств
1.	Выполнен общий (клинический) анализ крови с оценкой СОЭ	A	1
2.	Выполнено исследование уровня ТТГ в крови, СТ3, СТ4 в сыворотке крови	A	3
3.	Проведено УЗИ ЩЖ	A	3
4.	Проведена сцинтиграфия ЩЖ с натрия пертехнетатом (^{99m} Tc) в сомнительных случаях по решению врачебной комиссии с учетом имеющейся патологии	A	3
5.	Назначены бета-адреноблокаторы, НПВС или ГКС, при необходимости, в указанных дозах	C	5

3. Хронический аутоиммунный тиреоидит

№	Критерии качества	Уровень убедительности рекомендаций	Уровень достоверности доказательств
1.	Проведено УЗИ ЩЖ	A	1
2.	Выполнено определение содержания антител к тиреопероксидазе в крови	A	1
3.	Выполнено исследование уровня ТТГ в крови, СТ3, СТ4 в сыворотке крови	B	2
4.	Назначен левотироксин натрия, СТ4 при необходимости, в указанных дозах	A	1

4. Тиреоидит Риделя

№	Критерии качества	Уровень убедительности рекомендаций	Уровень достоверности доказательств
1.	Выполнено исследование уровня ТТГ в крови, СТ3, СТ4 в сыворотке крови	2	A
2.	Выполнено исследование уровня кальцитонина в крови при наличии узловых образований	2	A
3.	Проведено УЗИ ЩЖ	2	A
4.	Проведена КТ шеи с внутривенным болюсным контрастированием пациентам, при необходимости	4	B
5.	Проведено лечение в необходимом объёме: консервативное или хирургическое (при наличии синдрома компрессии)	5	C
6.	Проведено патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала тканей щитовидной железы	2	A

опасна для окружающих. В этом случае выписка может быть произведена только с разрешения главного врача медицинской организации или его заместителя по лечебной работе.

Дополнительная информация (в том числе факторы, влияющие на исход заболевания или состояния)
Нет.

Состав рабочей группы по разработке и пересмотру клинических рекомендаций

Валентина ПЕТЕРКОВА, научный руководитель Института детской эндокринологии, заведующая кафедрой детской эндокринологии-диабетологии Института высшего и дополнительного профессионального образования, главный детский специалист эндокринолог Минздрава России, академик РАН.

Ольга БЕЗЛЕПКИНА, заместитель директора центра - директор Института детской эндокринологии, профессор кафедры детской эндокринологии-диабетологии Института высшего и дополнительного профессионального образования, доктор медицинских наук,

Елена НАГАЕВА, заведующая отделением тиреоидологии, репродуктивного и соматического развития Института детской эндокринологии ФГБУ «НМИЦ эндокринологии» Минздрава России, доцент кафедры детской эндокринологии-диабетологии Института высшего и дополнительного профессионального образования ФГБУ «НМИЦ эндокринологии» Минздрава России, кандидат медицинских наук,

Татьяна ШИРЯЕВА, доцент, ведущий научный сотрудник отделения тиреоидологии, соматического и репродуктивного развития Института детской эндокринологии НМИЦ эндокринологии Минздрава России, кандидат медицинских наук.

Ольга ЧИКУЛАЕВА, ведущий научный сотрудник отделения тиреоидологии, соматического и репродуктивного развития Института детской эндокринологии, доцент кафедры детской эндокринологии-диабетологии Института высшего и дополнительного профессионального образования НМИЦ эндокринологии, кандидат медицинских наук.

Татьяна ВАДИНА, врач, кандидат медицинских наук.

Институт детской эндокринологии Национального медицинского исследовательского центра эндокринологии Минздрава России.

Екатерина ШРЕДЕР, детский эндокринолог, аспирант НМИЦ эндокринологии Минздрава России.

Любовь ШАПКИНА, профессор Института терапии и инструментальной диагностики Тихоокеанского государственного медицинского университета Минздрава России, главный специалист детский эндокринолог Дальневосточного федерального округа, доктор медицинских наук.

Татьяна ТАРАНУШЕНКО, заведующая кафедрой педиатрии института последипломного образования Красноярского ГМУ им. В.Ф.Войно-Ясенецкого, главный специалист детский эндокринолог Красноярского края, главный специалист детский эндокринолог Сибирского федерального округа, доктор медицинских наук.

Елена ПЕТРЯЙКИНА, директор ОСП РНИМУ им. Н.И.Пирогова, главный специалист детский эндокринолог Москвы, главный специалист детский эндокринолог Центрального федерального округа, доктор медицинских наук.

Олег МАЛИЕВСКИЙ, профессор кафедры госпитальной педиатрии Башкирского ГМУ,

главный специалист детский эндокринолог Приволжского федерального округа, доктор медицинских наук.

Алексей КИЯЕВ, профессор кафедры госпитальной педиатрии Уральского ГМУ, руководитель Центра детской эндокринологии областной детской клинической больницы, главный специалист детский эндокринолог Свердловской области и Уральского федерального округа, доктор медицинских наук.

Ирина КОСТРОВА, заведующая отделением детской эндокринологии Детской республиканской клинической больницы им. Н.М.Кураева, главный специалист детский эндокринолог Республики Дагестан и Северо-Кавказского федерального округа.

Елена БАШНИНА, профессор кафедры эндокринологии им. В.Г.Баранова Северо-Западный ГМУ им. И.И.Мечникова, главный специалист детский эндокринолог Северо-Западного федерального округа, доктор медицинских наук.

Галина ГАЛКИНА, заведующая детским эндокринным отделением НИИ акушерства и педиатрии Ростовский ГМУ Минздрава России, главный специалист детский эндокринолог Ростовской области и Южного федерального округа, доктор медицинских наук.

Михаил СВИНАРЕВ, главный врач Саратовской областной детской клинической больницы, профессор кафедры детских болезней лечебного факультета Саратовского ГМУ им. В.И.Разумовского, главный специалист детский эндокринолог области, доктор медицинских наук.

Евгения МИХАЙЛОВА, заведующая отделением детской эндокринологии детской городской клинической больницы № 1 им. Н.Н.Ивановой, главный специалист детский эндокринолог Самарской области, доктор медицинских наук.

Татьяна КОВАЛЕНКО, заведующая кафедрой педиатрии и неонатологии Ижевской, главный специалист детский эндокринолог Республики Удмуртия, доктор медицинских наук.

Яна ГИРШ, профессор кафедры детских болезней Медицинского института Сургутского государственного университета, главный специалист детский эндокринолог Ханты-Мансийского автономного округа – Югра, доктор медицинских наук.

Елена ХРАМОВА, заведующая кафедрой детских болезней педиатрического факультета Тюменского, главный специалист детский эндокринолог области, доктор медицинских наук.

Ирина АЛИМОВА, заведующая кафедрой госпитальной педиатрии с курсом неонатологии факультета ДПО Смоленского ГМУ, главный специалист детский эндокринолог области, доктор медицинских наук.

Любовь САМСОНОВА, заведующая кафедрой детской эндокринологии Российской медицинской академии непрерывного профессионального образования, доктор медицинских наук.

Нина БОЛОТОВА, заведующая кафедрой прпедевтики детских болезней, детской эндокринологии и диабетологии Саратовского ГМУ им. В.И.Разумовского, доктор медицинских наук.

Елена СИБИЛЕВА, профессор кафедры педиатрии Северного ГМУ, главный специалист детский эндокринолог Архангельской области, доктор медицинских наук.

Предположения об этом уже высказывались, но вот появились конкретные цифры, которые можно считать убедительными доказательствами. Главный онколог Сибирского федерального округа, директор Томского НИИ онкологии, академик РАН Евгений ЧОЙНЗОНОВ и научные сотрудники института Лилия Жуйкова и Лидия Пикалова представили информацию об эпидемиологии злокачественных новообразований в СФО и влиянии COVID-19 на состояние онкологической службы в территории по итогам 2020 г. Оснований для того, чтобы надеяться на более оптимистичные итоги 2021 г. (они будут подведены не раньше марта 2022 г.), нет никаких.

Для начала немного цифр, которые не просто характеризуют ситуацию в глобальном и местном масштабах.

Согласно данным Международного агентства по исследованию рака, в 2020 г. в мире зарегистрировано 19,3 млн новых случаев злокачественных новообразований (ЗНО), 10 млн человек за год погибли от рака. Что касается общемировой структуры ЗНО у мужчин, на первом месте в большинстве стран мира стоит рак предстательной железы, на значительной территории Евразийского континента, в том числе в России – рак лёгкого. У женщин в общемировой структуре на первой позиции рак молочной железы.

Далее главный специалист СФО провёл любопытную параллель. Очень важный показатель – соотношение показателей онкологической заболеваемости и онкологической смертности, он свидетельствует об уровне онкологической помощи. Если в США и Западной Европе заболеваемость раком выше, чем в России, то смертность в этих же странах ниже, чем у нас. В абсолютных цифрах в РФ ежегодно выявляется около 650 тыс. новых случаев злокачественных новообразований и погибает от рака около 300 тыс. человек. Что касается СФО, здесь за год диагностируется свыше 70 тыс. новых случаев опухолей, умирает более 30 тыс. человек ежегодно – это 43% от впервые выявленных. О чём это может говорить? Как о высокой запущенности вновь диагностированных опухолей, так и о качестве лечения.

– Каким образом повлиял на ситуацию с онкозаболеваемостью 2020 г. – первый год пандемии, когда все силы здравоохранения были направлены на борьбу с новой коронавирусной инфекцией? Он сыграл с нами злую шутку. Если в течение последних двух десятиле-

Острая тема

COVID-19 «помогает» раку

Два года пандемии обернутся онкозапущенностью



тий показатель онкозаболеваемости в России постоянно возрастал, то в 2020 г. сократился. Очевидно, что мы не можем говорить в данном случае об истинном снижении заболеваемости, речь идёт, скорее всего, о проблемах с выявляемостью рака, – констатирует Е.Чойнзонов. Так, в регионах СФО в связи с введением ограничительных мер, связанных с угрозой распространения SARS-CoV-2, приостановкой диспансеризации, онкоскрининга, а также возникшим кадровым дефицитом в 2020 г. было выявлено почти на 11 тыс. случаев рака меньше, чем в 2019-м. Онкоскрининг целевой части популяции в 2020 г., можно сказать, был провален. Так, охват обследованием населения на рак шейки матки снизился с 74,7 до 47,2%, на рак молочной железы – с 57,5 до 35,2%, на колоректальный рак – с 74,3 до 34,4%.

– Мы прекрасно понимаем, что недовывляемость сегодня – это запущенность завтра, – предупреждает автор доклада. Известно, как долго ещё продлится пандемия, но из негативного опыта 2020 г. и, вероятно, 2021-го тоже нужно срочно извлекать уроки. В противном случае с окончанием инфекционной пандемии страна столкнётся с резким подъёмом онкозаболеваемости и смертности.

Эксперты не только «разложили по полочкам» уровень, структуру и динамику онкологической заболеваемости в регионах Сибири согласно собранному статистическим данным, но и высказали сомнения в том, что оценка распространён-

сти рака в субъектах федерального округа на самом деле объективная.

Существенные различия отметил главный онколог СФО, сравнивая показатели выявления рака в регионах: самые высокие цифры – в Иркутской и Томской областях, самые низкие – в республиках Тыва и Алтай. Поскольку речь идёт не об абсолютном числе заболевших, а именно о показателях на 100 тыс. жителей, списать такую разницу на то, что в небольших республиках меньше численность населения, невозможно. Более верным кажется предположение о разной эффективности работы региональных систем здравоохранения в целом и онкологических служб, в частности.

Теперь сравним показатели онкологической смертности: самые высокие – в Красноярском крае, Иркутской, Новосибирской областях, Республике Тыва, наиболее низкие – в Омской области и Алтайском крае. Также есть над чем задуматься в плане запущенности вновь выявленных форм ЗНО и эффективности оказанной помощи больным в регионах-антилидерах.

– Морфологическая верификация онкологического диагноза в регионах Сибири выше, чем в среднем по России. Причём, в Томской области этот показатель максимально высок – 98%. А вот ранняя выявляемость рака в СФО ниже, чем в среднем по стране, и запущенность выше. К сожалению, оба показателя изменились в 2020 г. в сторону ухудшения, – констатирует главный специалист.

Очень важный показатель, который отражает уровень организации онкологической помощи и влияет на её качество – нагрузка на одного онколога. В СФО на одного врача данной специальности приходится в среднем 616 жителей, что значительно выше, чем по РФ (461). Впечатляет разница в кадровой обеспеченности онкологических служб регионов Сибири: самая высокая нагрузка на врача-онколога – 1338 человек – в Кемеровской области, почти тысяча – в Новосибирской. А вот в Туве – всего 90 человек на одного онколога.

В докладе, который подготовили Е.Чойнзонов и его коллеги по НИИ онкологии, перечислены не только сложности окружного масштаба, но и некоторые комплексные проблемы организации онкологической

помощи в России. Среди них отсутствие стабильности и предсказуемости онкологической ситуации на территории страны. Да и какая может быть предсказуемость, если в онкологической службе страны до сих пор нет единого информационного контура? В итоге статистика вряд ли вправе считаться абсолютно достоверной, а учёт заболевших и умерших от ЗНО – своевременным и полным.

Серьёзной проблемой названо отсутствие развитой системы с равным обеспечением по всем субъектам РФ паллиативной помощи, онкологической реабилитации, детской онкопомощи. А вот создание сети центров амбулаторной онкологической помощи (ЦАОП) без материально-технического и кадрового обеспечения оказалось явно непродуманным и поспешным.

Академик Е.Чойнзонов указал на по-прежнему низкий уровень онкологической настороженности работников первичного звена в целом по стране. По его мнению, здесь – зона ответственности самих региональных онкослужб, нужно постоянно проводить образовательные семинары для врачей поликлиник. В то же время он отметил, что, несмотря на принятые на федеральном уровне соответствующие решения, не во всех субъектах РФ реализована система материального стимулирования медработников к ранней диагностике ЗНО.

Наконец, к числу нерешённых проблем, определяющих качество оказания онкологической помощи в России, авторы доклада относят несоответствие объёмов финансирования и номенклатуры услуг в тарифных соглашениях ОМС клиническим рекомендациям по онкологии. С этим сталкиваются все регионы Сибири и, скорее всего, других территорий тоже.

Также в докладе главного онколога СФО есть ряд конкретных предложений, направленных на повышение эффективности работы онкологической службы страны. Среди них, пожалуй, самое актуальное – разработать скорректированные схемы и протоколы лечения онкологических больных в случае их инфицирования SARS-CoV-2. Окончания пандемии ещё не видно, а приостанавливать оказание помощи онкологическим больным

из-за коронавирусной инфекции – та ещё лотерея.

Что касается кадрового обеспечения онкологической службы, решение данной задачи Е.Чойнзонов связывает в настоящее время исключительно с системой целевой подготовки и целевого распределения онкологов для работы в регионах.

И ещё одно предложение, напрямую касающееся образовательной и организационно-методической работы, а опосредованно – качества онкологической помощи. Речь идёт о согласованном планировании научно-практических конференций, конгрессов и съездов общероссийского и регионального масштабов с учётом актуальности освещаемых проблем.

– Представьте: в 2021 г. в стране было запланировано и проведено 456 различных мероприятий по онкологии, это более одной конференции ежедневно, включая выходные и праздники. Их организаторами выступают профессиональные общественные объединения онкологов, федеральные онкоцентры, региональные онкодиспансеры, а также фирмы-производители оборудования и лекарств. Программы многих форумов схожи по тематике и содержанию сообщений. Но эксперты должны на этих конференциях регулярно выступать с докладами, а врачи в рамках системы НМО – их слушать. А работать-то им когда? Давайте задумаемся над тем, каких целей мы хотим достичь, планируя такое количество научных и образовательных мероприятий. Во-первых, даём ли мы слушателям те знания, которые им действительно необходимы в клинической практике? Во-вторых, зачем дублировать одни и те же мероприятия в разных регионах, коль скоро они сегодня проводятся преимущественно в онлайн-формате, и подключиться для участия может врач из любого населённого пункта страны? – резонно замечает Е.Чойнзонов в комментарии для «Медицинской газеты».

Рекомендации, подготовленные сибирскими экспертами, адресованы Ассоциации онкологов России и федеральному Министерству здравоохранения с надеждой, что там их прочтут и примут к сведению.

Елена БУШ,
обозреватель «МГ».

Кстати

Снижение заболеваемости злокачественными опухолями в России можно было бы считать ещё одним последствием эпидемии COVID-19, причём, в отличие от всех прочих последствий позитивным, если бы не одно большое «НО»: к истинному сокращению числа заболевших раком коронавирусная инфекция никакого отношения не имеет. Более того, всё точно наоборот, и впереди нас, скорее всего, ждут неприятные эпидемиологические сюрпризы.

Об этом читателям «Медицинской газеты» рассказал заведующий отделом клинической эпидемиологии НИИЦ онкологии им. Н.Н.Блохина член-корреспондент РАН Давид ЗАРИДЗЕ:

– В 2020 г. в России было зарегистрировано на 84,3 тыс. случаев злокачественных опухолей (ЗО) меньше, чем в 2019 г. Вот цифры по некоторым локализациям: случаев рака кожи выявлено меньше на 25 тыс. случаев, рака молочной железы – на 8,9 тыс., рака ободочной и прямой кишки меньше на 8,7

В предвкушении сюрпризов

тыс., на 7,5 тыс. меньше выявлено случаев рака предстательной железы, рака лёгкого – на 5,7 тыс. случаев меньше и т.д. Однако «дефицит» онкологических больных в 2020 г. – это на самом деле не снижение заболеваемости, а снижение выявляемости, то есть речь идёт о больных, у которых рак не был по разным причинам диагностирован и, соответственно, не лечен.

Чем можно объяснить этот феномен? Во-первых, режим самоизоляции и периодические локдауны препятствовали людям, у которых появились симптомы онкологического заболевания, вовремя обращаться к врачу. По той же причине была приостановлена диспансеризация населения и, к сожалению, у нас нет данных о числе россиян, которые прошли скрининг злокачественных опухолей за время эпидемии COVID-19. Снижение выявляемости злокачественных опухолей, которое

мы наблюдали в 2020 г., скорее всего, увидим и по итогам 2021 г. Предварительные данные указывают на значительное сокращение вновь зарегистрированных случаев ЗО в первые месяцы 2021 г., это приведёт к поздней диагностике: в последующие годы будут преобладать первичные онкобольные с запущенными формами заболевания. Уже опубликованы данные, указывающие на небольшое снижение доли ЗО, выявленных на ранней стадии, и пока небольшой, но всё-таки рост процента опухолей, выявленных на III-IV стадиях.

Снижение количества впервые выявленных случаев опухолевых заболеваний, связанное с эпидемией COVID-19, отмечено и в других странах. Например, в Нидерландах в начале 2020 г. зафиксировано статистическое сокращение заболеваемости практически всеми формами рака, и это связывали, в частности, с вынужденной приостановкой

скрининга рака молочной железы и колоректального. Однако после того, как онкоскрининговые программы в середине 2020 г. были восстановлены, заболеваемость раком молочной железы и колоректальным раком вернулась к ожидаемым показателям.

Аналогичный тренд в частоте скрининговых тестов замечен в США. До середины марта 2020 г. средний еженедельный показатель исследований составлял 87,8 на 10 тыс. женщин, имеющих частную медицинскую страховку. В апреле это число сократилось на 96% – до 6,9 на 10 тыс. застрахованных. И лишь к концу июля показатель обследований вновь вырос до первоначальных значений. Количество колоноскопий на 10 тыс. застрахованных лиц сократилось за тот же период на 95%: с 15,1 в марте до 0,9 в апреле. К концу июля данный показатель также восстановился, но сколько слу-

чаев рака за эти месяцы не было своевременно диагностировано?..

Эксперты утверждают, что и в Европе пандемия COVID-19 во многом повлияла на ситуацию с онкологическими заболеваниями. Ограничение людей в праве на передвижение и огромная нагрузка на системы здравоохранения, занятые борьбой с инфекцией, привели к перебоям в диагностике и оказании онкологической помощи по всему Европейскому региону, что не может не сказаться на шансах сотен тысяч больных излечиться и выжить.

Таким образом, в ближайшие годы нужно ожидать снижения эффективности лечения, сокращения показателя выживаемости и роста смертности от злокачественных новообразований. Максимальный рост смертности, скорее всего, придётся на 2023-2025 гг., а в наступившем 2022 г. мы будем свидетелями увеличения заболеваемости раком и избытка случаев запущенных опухолей, которые не были вовремя диагностированы в предыдущие годы.

Елена СИБИРЦЕВА.

Современные технологии

Новые перспективы ядерной медицины

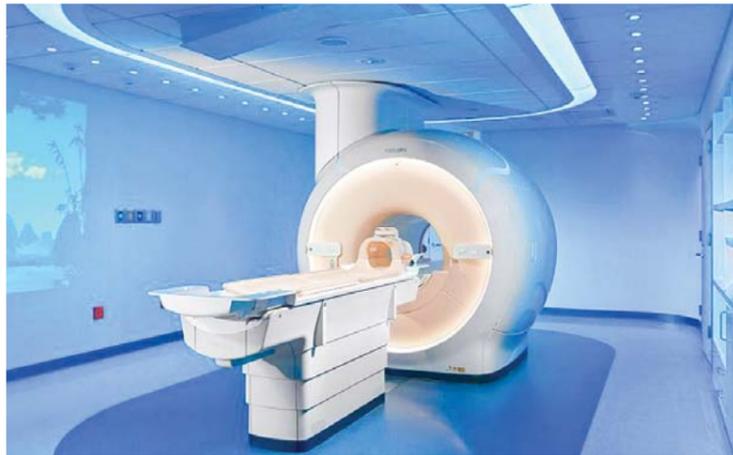
В стране успешно развиваются современные технологии диагностики и лечения с применением методов ядерной медицины. Об этом на завершающей год пресс-конференции сказал главный онколог Минздрава России, генеральный директор Национального медицинского исследовательского центра радиологии, директор Московского научного исследовательского онкологического института им. П.А.Герцена, академик РАН Андрей КАПРИН.

Важным событием стало издание в 2020 г. двух приказов Минздрава России, которые дали импульс развитию ядерных аптек, а медицинским организациям – возможность изготавливать радиофармацевтические лекарственные препараты (РФЛП), не зарегистрированные в России, но давно и успешно применяемые за рубежом. Это позволяет медикам генерировать и создавать новейшие радионуклиды для тиражирования их в регионах.

Как напомнил специалист, протонная терапия в стране сегодня представлена 70 действующими протонными центрами, ещё более 40 центров – в процессе строительства. Количество пациентов в год составляет около 20 тыс. человек.

В Обнинске находится единственный отечественный протонный аппарат. «Пока что он может облучить только голову и шею, но вскоре закончим работу по установке так называемого лежака, чтобы пациенту лежать делать облучение. Протонная терапия – это высокопрецизионная терапия, которая позволяет облучать больных, у которых есть так называемая радиорезистентность к облучению на обычных машинах», – пояснил А.Каприн.

Он отметил при этом, что государство предлагает онкологам очень хороший тариф по этому направлению: на каждого больного выделяется 2,5-3 млн руб. Центру выгодно проводить протонную терапию, и для неё есть все возможности, а от отказывать пациентам



иногда вынуждены сугубо по медицинским показаниям, чтобы не навредить.

То, что происходило раньше в ядерной медицине, главный онколог описал так: «Сырьё с реакторов уезжало за рубеж, потом его паковали, и мы втридорога получали собственно наше сырьё, причём из Физико-энергетического института им. А.И.Лейпунского, который находится через дорогу у нас в Обнинске». Теперь ситуация меняется.

Отдельный предмет гордости – начавшая действовать рениевая платформа для создания современных радиофармпрепаратов. Сделанная в Физико-энергетическом институте, эта разработка (колба с генератором внутри) интересна тем, что позволяет поставлять такие препараты для онкобольных во все регионы страны.

Её плюсы – оптимальная логистика и экономические преимущества, можно получать различные РФЛП в клинике по мере необходимости. «Географически наша страна очень протяжённая. А эта штука может уехать в самый отдалённый уголок нашей страны и 6 месяцев выдавать препараты, то есть продляет жизнь препаратов за счёт генератора, который в этой колбе. Эти препараты могут участвовать в тиранотике – это когда во время диагностики можно сразу воздействовать на метастазы», – отметил академик. Успешная разработка ядерщиков сулит перспективы и в плане медицинского туризма, в частности, из стран СНГ.

Ещё одна хорошая новость в этой области – начало производства в России препаратов с добавлением изотопа лютеция-177 (Lu-177), которые считаются более эф-

фективными, чем существующие аналоги. И уже есть первый опыт применения отечественного препарата LU-177 DOTA PSMA, который продемонстрировал требуемые качества: соединение устойчиво в теле пациента, фармакокинетика соответствует заданным параметрам, отмечена высокая тропность к опухолевой ткани, безопасность, хорошие клиничко-дозиметрические показатели, радиационная безопасность для персонала. Для онкологов разработка таких препаратов весьма перспективна с точки зрения их воздействия на нейроэндокринные опухоли, которые не поддаются другим видам лечения.

У препарата и большой экспортный потенциал: «Совершенно революционная история – лютеций, который мы разрабатываем, как предполагают американцы, займёт мировой рынок, который будет соответствовать объёму в 26 млрд долл. Это очень серьёзно, и мы к этому движемся».

Преимущество производства подобных препаратов в стране заключается ещё в том, что у российских медиков и исследователей появляется возможность, применяя свои знания, изобретать различные комбинированные и комплексные методы: «Эти препараты интересны не только тем, что их можно просто повторять, их можно комбинировать, соединять друг с другом. Мы сейчас подобрали конструкцию, гораздо эффективнее дозы лютеция. Можно добавить, например, дозировку, увидеть, насколько препарат эффективнее при большем или меньшем свечении метастазов».

Когда конструкция у нас в руках, мы можем с ней работать».

Несмотря на пандемию COVID-19 научные исследования, лечение пациентов и онкологические операции в стране были продолжены в полном объёме. Так, в 2021 г. на базе НМИЦ радиологии Минздрава России впервые была выполнена радиоэмболизация печени микросферами отечественного производства. Также впервые в мире была проведена изолированная химиоперфузия головы. Пациентка НМИЦ радиологии, женщина 45 лет с глиобластомой в 4-й стадии, стала первым в мире человеком, получившим уникальное экспериментальное лечение – перфузию поражённого глиобластомой головного мозга химиопрепаратами. Ранее доклинические исследования этого перспективного метода лечения пациентов с онкологическими заболеваниями органов головы и шеи проводились на базе НИИ медицинской приматологии в Сочи с участием низших приматов (павиан-гамадрил).

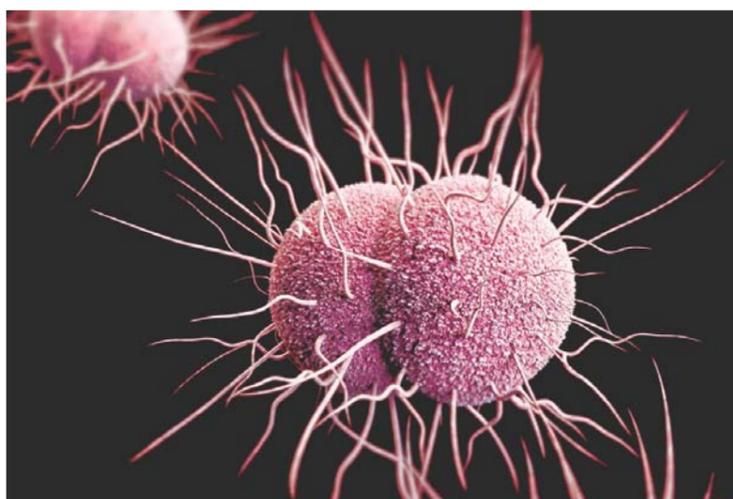
В числе наиболее интересных и перспективных направлений, которые намерены развивать в центре, А.Каприн назвал два. Это забрюшинные опухоли, которые очень быстро растут, вовлекают почки, желудок и другие органы, а полиорганные операции требуют участия нескольких бригад. Особое внимание онкологов направлено также на хирургию малого таза, когда имеется поражение сразу нескольких органов – прямой кишки, особенно при распространённом раке шейки матки, мочевого пузыря и др. «Мы практически убираем все органы малого таза и конструируем новые из кишки, создавая, например, новый мочевой пузырь. Продляется жизнь, развивается социализация, обрабатывается техника проведения таких вмешательств. Но очень важно, что мы всё дальше и дальше шагаем к продлению жизни наших пациентов».

Римма ШЕВЧЕНКО, корр. «МГ».

Преодоление

Уйти от погони не получится

Заразиться этой неприятной болезнью проще простого, тогда как вылечить её иной раз стоит невероятных усилий: ряд штаммов бактерии *Neisseria gonorrhoeae* выработали устойчивость к антибиотикам. При этом гонорея является одной из самых распространённых инфекций, передающихся половым путём (ИППП), а кроме того, приводит к осложнениям со стороны кожи, костей и суставов, нервной и сердечно-сосудистой систем, повышает риск бесплодия и рака репродуктивной системы. В 2021 г. в мире было диагностировано 82 млн заболевших гонореей. Вот почему научный прорыв российских учёных имеет по-настоящему планетарный масштаб.



В Институте молекулярной биологии им. В.А.Энгельгардта РАН (Москва) изучили геном этой бактерии и на основе полученных данных о мутациях в ключевых генах создали микрочип для выявления штаммов *Neisseria gonorrhoeae*, резистентных к основным антибактериальным препаратам.

Мы исследовали молекулярные механизмы, приводящие к лекарственной устойчивости *N. Gonorrhoeae*, чтобы найти способы выявления таких форм бактерий. Определение генотипа возбудителя очень важно для популяционного контроля за гонококками, которые резистентны к лекарствам, а также для подбора адекватной терапии конкретному больному, – поясняет старший научный сотрудник института В.А.Энгельгардта

кандидат химических наук Борис Шаскольский.

Биологический микрочип, предложенный российскими специалистами, является аналитическим инструментом для быстрой лабораторной диагностики. С его помощью можно одновременно в образце биоматериала пациента оценить множество параметров, в том числе, наличие у бактерии именно тех генетических мутаций, от которых зависит возможность лечения определённым лекарственным препаратом. При правильной дифференцировке штамма гонококка у конкретного пациента инфекция утрачивает шанс уйти от погони, так как будет назначено верное лечение.

По словам авторов проекта, они испытали старый биочип на образцах биоматериала с гонококками от

648 пациентов из разных регионов РФ. Результаты анализа на биочипах совпали с теми, которые получены методом традиционного генетического секвенирования по Сэнгеру. Б.Шаскольский отметил, что во время испытаний микрочипа анализ биоматериала от заболевших показал: в России сформировалась устойчивость бактерии *Neisseria gonorrhoeae* к пенициллину, тетрациклину и ципрофлоксацину, а потому их нецелесообразно назначать для лечения гонореи. Вместе с тем всё ещё эффективны остаются цефтриаксон и азитромицин. Это важная информация для специалистов, которые занимаются диагностикой и лечением половых инфекций.

Елена ЮРИНА.

В клиниках и лабораториях

Учёные из Института химической биологии и фундаментальной медицины Сибирского отделения РАН разработали трёхмерную клеточную модель рака молочной железы. Да не просто, а такую, который метастазирует и к тому же имеет лекарственную устойчивость. По замыслу авторов проекта, новая 3D-модель поможет в разработке препаратов для лечения поздних стадий злокачественных новообразований молочной железы.

Модель опухоли – против самой опухоли

Ежегодно рак молочной железы диагностируется у 50 тыс. россиянок, это самое частое онкозаболевание у женщин. В терапии применяется широкий спектр лекарств, тем не менее, смертность пациенток с запущенным РМЖ остаётся высокой. Поэтому необходимо разрабатывать новые, ещё более эффективные препараты.

В основу трёхмерной клеточной модели заложена клеточная линия аденокарциномы молочной железы, модифицированная дополнительным геном белка EGFR, который стимулирует деление опухолевых клеток. Предложенная сибирскими биологами система очень точно воспроизводит состояние и поведение опухоли на поздних стадиях, а потому может стать основой для тестирования новых лекарственных препаратов, в том числе избирательных к белку EGFR, для лечения даже запущенных форм заболевания.

Обычно на этапе доклиники новые противоопухолевые препараты тестируют на двумерных однослойных раковых культурах, однако в них невозможно воссоздать многие важные особенности опухоли: градиент питательных соединений и продуктов обмена

веществ, pH и кислорода, а также не учитываются взаимодействия опухолевых клеток с внеклеточным матриксом. Трёхмерные модели не имеют этих недостатков.

Разработанные нами 3D-сфероиды очень просты в изготовлении и не требуют больших материальных затрат, – поясняет руководитель проекта, научный сотрудник Института химической биологии и фундаментальной медицины Сибирского отделения РАН Анна Нуштаева.

Пожалуй, самое важно достоинство 3-D модели рака в том, что во время её конструирования и испытаний учёные обнаружили: опухолевые клетки в сфероиде синтезируют много Р-гликопротеина – белка множественной лекарственной устойчивости, который буквально «выбрасывает» противоопухолевый препарат из клетки, не давая ему работать. Таким образом, тестирование новых противоопухолевых препаратов позволит заранее прогнозировать эффективность тех или иных соединений в отношении лекарственно-резистентной опухоли.

Елена ОКТЯБРЬСКАЯ.

В онлайн-формате на цифровой платформе «Московская медицина» состоялся I съезд молодых учёных столичного здравоохранения. Он ставил перед собой цель сформировать сообщество исследователей, молодых специалистов, ординаторов и аспирантов, готовых заниматься развитием медицинской науки.

Съезд проходил под эгидой Департамента здравоохранения Москвы и НИИ организации здравоохранения и медицинского менеджмента департамента.

Специалисты и эксперты обсудили основную направленность научных изысканий в мировом здравоохранении, а также перспективу развития клинической медицины и потенциал медицинской науки московского здравоохранения.

Объединение – залог успеха!

«Мы надеемся заложить основы для сетевого сотрудничества между молодыми учёными, клиницистами и специалистами разных профессий, имеющих отношение к развитию здравоохранения и здоровью человека. Сегодняшнее мероприятие даёт старт работе этого сообщества», – сказала директор НИИ организации здравоохранения и медицинского менеджмента Елена Аксёнова, открывая пленарное заседание съезда.

«Столичное здравоохранение очень динамично развивается. В последние годы мы все являемся участниками этих изменений. Конечно, подобное развитие было бы невозможным без новых идей и активностей, которые появляются в столичном здравоохранении благодаря молодым кадрам», – говорит начальник организационно-аналитического управления департамента Андрей Григоров. Открывая съезд, он подчеркнул, что поддержке науки в Москве и России сейчас уделяется большое внимание; у молодых учёных есть все возможности реализовать свои идеи, продемонстрировать достижения.

«Объединение московских молодых врачей на уровне научных исследований придаст новый импульс и новый статус столичному здравоохранению», – считает председатель отделения медицинских наук РАН, научный руководитель ЦНИИ организации и информатизации здравоохранения Минздрава России, академик РАН Владимир Стародубов. Он отметил, что столица в медицинской науке сделала огромные шаги. На базе современных больниц, которые являются клинической базой вузов, стали образовываться научные центры, куда приходит всё больше молодых специалистов.

«Это не значит, что молодые учёные ранее не были охвачены научными исследованиями. Это значит, что сегодня происходит их включение в новое сообщество, которое будет работать на благо нашего здравоохранения», – добавил В. Стародубов.

Приоритеты науки в зеркале прессы

Е. Аксёнова озвучила перечень основных направлений развития медицинской науки в мире, подчеркнув, что это может стать ориентиром для молодых учёных, поможет определиться и понять, как их научные интересы вписываются в общие тренды.

«XXI век – век познания человека. Мы должны разобраться, какие изменения происходят в организме человека и как ими можно управлять», – сказала она. – Поэтому важнейшими темами являются исследования высшей нервной деятельности, иммунологического профиля, метаболи-

Ориентиры

Делайте модным то, чем вы занимаетесь!

Такой призыв прозвучал на I съезде молодых учёных столичного здравоохранения



Батл хирургов в ГКБ им. С.И. Спасокукоцкого (слева направо) – аспиранты кафедры урологии А. Алавердян и Ю. Ким, уролог А. Габдуллин и ординатор А. Мурадханов

ческих изменений, психического здоровья и др.

По-прежнему огромное внимание уделяется вопросам сердечно-сосудистых, онкологических заболеваний, педиатрии, травматологии и ортопедии, ревматологии, хирургии, регенеративной медицине и т.п.

В два последних года одной из глобальных тем, на которой сосредоточены интересы учёных всего мира, стала угроза инфекционных заболеваний, устойчивость систем здравоохранения и общественного здоровья к пандемиям, борьба с коронавирусом.

Приметой времени, по словам директора НИИОЗММ, является переход к персонализированной медицине, высокотехнологичному здравоохранению и технологиям здоровьесбережения, в том числе за счёт рационального применения лекарственных препаратов (прежде всего антибиотиков).

«Учитывая, что исследования организма человека и происходящих в нём процессов в мире проводятся примерно по 500 глобальным направлениям, то Москва на этом фоне выглядит достаточно неплохо», – говорит Е. Аксёнова. – Наши учёные охватывают из этих направлений около 120, то есть, практически пятую часть».

При этом более 100 публикаций столичных медиков входят в ТОП-500 наиболее цитируемых в мире, да и в целом цитируемость российских исследователей в области медицины и биологии в течение 5 последних лет постоянно увеличивается.

Как известно, базовое представление о месте страны в научном мире можно определить в том числе и по количеству публикаций, проиндексированных в международных базах данных.

Тематика материалов, согласно поисковой интернет-платформе, объединяющей реферативные базы данных публикаций в научных журналах, Web of Science, такова: исследования по клинической медицине лидируют (45,2%), несколько опережая статьи по фундаментальной меди-

цине (42%), а наукам о здоровье посвящено 12,8% сообщений.

Библиографическая и реферативная база данных Scopus свидетельствует, что по цитируемости научных статей на первом месте в целом публикации по медицине (73%), иммунологии и микробиологии (11,3%), фармакологии, токсикологии и фармацевтике (8,9%).

В Москве, как и во всей стране, преобладают издания по клинической медицине, общим вопросам медицины, затем идут издания по фармакологии, общей терапии, физиотерапии, психотерапии, народной медицине и токсикологии. Замыкающими рейтинг являются издания по организации здравоохранения, анатомии, физиологии, гигиене.

Важным моментом медики считают тот факт, что пандемия коронавируса способствовала не только объединению врачей многих стран, но и помогла сделать научные исследования доступными. Сейчас можно (причём совершенно бесплатно) ознакомиться с открытыми базами результатов исследований, клинических данных (безусловно, деперсонализированных). При этом учёные всего мира создают единые базы данных, уникальные регистры, чтобы использовать их для дальнейшей работы и значительно сократить время новых разработок и открытий.

«Конечно, важно, чтобы наши молодые учёные своевременно получали свежие новости, которые существуют в научной среде, и могли определиться со своими будущими научными предпочтениями. Для этого мы сегодня пригласили участвовать в съезде не только московских ведущих научных сотрудников, но и специалистов из других стран, представителей самых крупных научных фондов и грантовых организаций. Потому что очень важно понять, как развивается наука не только в России, но и во всём мире», – заключила заместитель директора НИИ организации здравоохранения и медицинского менеджмента по научной работе Наталья Камынина.

Поле деятельности – огромное

Эксперты поделились с участниками съезда информацией о научных прорывах в биомедицине и об исследовательских фронтах в глобальной медицинской науке.

Их тематика обширна и охватывает не только вышедшие в последнее время на первый план проблемы инфекционных заболеваний, но и вопросы стремительного старения населения, сохранения психического здоровья и благополучия человека, а также влияющие на здоровье и качество жизни такие явления, как урбанизация, загрязнение воздуха и нехватка сырьевых ресурсов, роботизация, использование искусственного интеллекта, предложение альтернативных источников энергии и синтетических продуктов питания (и связанные с ними болезни, которые известны уже сегодня и наверняка дополнятся новыми завтра) и многое другое.

Однако заместитель директора по научной и инновационной работе института пульмонологии ФМБА России, заместитель председателя координационного совета, профессор РАН Кирилл Зыков призвал молодёжь самостоятельно выбирать ориентиры.

«Не гонитесь за тем, что модно сейчас! Делайте модным то, чем вы сами занимаетесь! Реализуйтесь там, где вы чувствуете свой потенциал, где видите максимальные возможности для достижения результата», – сказал он и подчеркнул: повторяя фразу «время инноваций в медицине» мы не всегда задумываемся над её смыслом. А инновация, по его словам, это не только опубликованная статья в журнале и даже не отлично сделанный проект. Термин подразумевает внедрение новшества в практику.

Продолжая мысль А. Григорова, эксперт отметил: «инновационный цикл в рамках пандемии сжался. Раньше использовалась линейная модель: зарождение идеи – проведение исследований – опытно-конструкторские работы, и потом, через определённые этапы доходило до производства и внедрения. Сейчас генерация инноваций идёт одновременно с разработкой и быстрым запуском в производство. Этот принципиально иной алгоритм накладывает большую ответственность в плане анализа получаемых данных, в связи с чем возрастает значение информационных технологий, новых подходов к оценке качества и безопасности медицинских решений».

Наверняка для многих молодых учёных, онлайн присутствовавших на съезде, открытием стала историческая аналогия, приведённая К. Зыковым, о том, что первой инновационной отечественной научной организацией была академия наук. В Уставе от 1836 г., в котором перечислялись основные обязанности Санкт-Петербургской академии наук, записано: «она старается расширять пределы всякого рода полезных человечеству знаний, совершенствовать и обогащать оные новыми знаниями», а также «приспособлять полезные теории и

следствия опытов и учёных наблюдений к практическому употреблению».

Будучи, как и Е. Аксёнова, одним из инициаторов создания объединения профессоров РАН, К. Зыков выразил надежду, что многие молодые учёные вольются в ряды этой организации, и рассказал о том, что профессора РАН, в частности, участвуют в формировании программы фундаментальных научных исследований и национальных проектов «Наука» и «Здравоохранение».

По его словам, молодые врачи уже сейчас могут присоединиться к разработке научно-образовательных проектов, заняв позицию популяризации науки. Такая задача, к сожалению, ещё далеко не всеми учёными воспринимается всерьёз, хотя в эту работу включаются всё больше ведущих специалистов РАН, которые участвуют в записи лекций для школьников, студентов, широких слоёв населения.

Это поможет, по меткому выражению спикера, повысить доверие к учёным и перейти от мнения, основанного на мнениях, к медицине, основанной на доказательствах. Что особенно важно сегодня, например, при обсуждении вопросов вакцинации против коронавируса (да и в целом – о необходимости прививок как таковых).

Одним из тех учёных, которые ведут активную работу по популяризации науки и привлечению в отрасль молодёжи, является заместитель директора по научной работе Института молекулярной биологии им. В.А. Энгельгардта РАН, руководитель лаборатории постгеномных исследований и Межинститутского центра коллективного пользования «Геном» Анна Кудрявцева. Её можно назвать примером того, как реализуют свои знания и энергию молодые специалисты. Анна – лауреат премии Президента Российской Федерации в области науки и инноваций для молодых учёных, член Общественных советов при Министерстве науки и высшего образования и при Министерстве просвещения, сопредседатель движения «Волонтеры-медики». Она руководит российскими и международными проектами, является автором более 100 статей в высокорейтинговых журналах, имеет 7 патентов РФ. Своё выступление на съезде она посвятила научным основам биомедицины, остановившись на принципах биоэтики и подчеркнув важность развития междисциплинарности в медицинской науке.

Съезд завершился секционными заседаниями, на которых были рассмотрены возможности повышения образовательного потенциала молодых учёных в организациях столичного здравоохранения, стажировок в лучших клиниках Москвы, развития цифровых сервисов и платформ, а также различные формы грантовой поддержки молодых учёных российскими и зарубежными фондами.

Алёна ЖУКОВА,
корр. «МГ».

Москва.

Взгляд

Губит не пиво

«Губит людей не пиво, губит людей вода», пелось в известной максиме, авторы которой вряд ли догадывались, насколько они правы, учитывая её древность. Некоторые исследователи полагают, что пивоварение началось 10 тыс. лет назад, а возможно и чуть раньше, когда строили каменные круги Гобекли и Карахан-тепе на юго-востоке Турции недалеко от границы с северной Сирией.

Много южнее в долине великой африканской реки, названной греками, вернее македонцами в честь своего бога воды NEI/ΛOC (сравни: Нептун, нимфа, нимфей) ячменный напиток стали варить с помощью дрожжей 5 тыс. лет назад. Это доказали ученые Дартмутского колледжа в Нью-Гемпшире, обнаружившие не только клетки (их хитиновые грибные оболочки, конечно же) дрожжей, но также микроскопические зёрна крахмала и фитолиты (от гр. ΦΥΤΟΝ – рост, растение). Они представляют собой минеральные «накопления»-аккреции, накапливающиеся в течение жизни в клетках растений и грибов. Несколько ранее сотрудники Еврейского университета в Иерусалиме с помощью выделенных ими древнейших дрожжей сварили и продегустировали пиво, которое, по их мнению, весьма напоминает нефилтрованный «плотный» порридж, чем-то похожий на тёмный портер, которым увлекались привратники у ворот-«портов» замка во время своих долгих дежурств (AO, mBio). Сама пивоварня была раскопана на одной из улиц Тель-Авива.

Авторы открытия указывают на клинописные глиняные таблички Месопотамии-Междуречья, на которых рассказывается о нормах снабжения пивом работников, строивших дома и дамбы, а также копавших арыки для отведения воды на поля. На ранних табличках, где было ещё больше рисунков, чем абстрактных клинчев-сипеи, кувшин с пивом изображался в виде полуовального оттиска с округлым «доньшком». Подобно горизонтальным палочкам, изобра-

жающим и поныне у китайцев пальцы руки (– 1, = 2 и 3), «кувшины» использовались и в качестве числительных. Индийцы «поставили» палец вверх, в результате чего появилась цифра 1, а римляне много позже использовали «пальцы» для изображения I, II, III, IV (V – это вся пятерня, а X – две, недаром как буква она читается «хер/хир», т.е. рука, сравни: хирург, хиромантия, херувим). То, что жители Междуречья считали объёмами-кувшинами, не должно удивлять. Ведь на Ближнем Востоке зерно раньше измеряли «сиклями»-серпами (шекелями), потом же так стали называть и деньги... Так или иначе археологи обращают внимание на тот несомненный факт, что люди, издревле сталкивавшиеся с кишечными инфекциями разной биологической природы, вынуждены были варить пиво, чтобы избавиться от этой опасности. Кроме того, ячмень хранился в течение года, что позволяло поддерживать кишечную санитария и гигиену круглогодично.

Индия выше была упомянута не всуе (неспроста), поскольку некоторые античные авторы «производили» оттуда бога виноделия Диониса («бога из Нисы-NYCA»), другие же считали, что он родился у подножия горы Ниса. При этом не утверждалось, что виноградную лозу он принёс с Индостана, тем не менее никто не ставит под сомнение тот факт, что именно Дионис-Вахх-Бахус принесли людям виноградную лозу, изображение которой на тех же мозаиках стало символом как плодородия, так и богатого урожая (вспомните Рог изобилия, у римлян Cornucopia). «Жаловали»

лозу и грозди наряду с гранатами также первохристиане, о чём можно судить по ранним и даже византийским мозаикам. Вино, получаемое благодаря алкогольному брожению, защищало желудки и кишечник людей также в течение всего года даже в разведённом состоянии, что было – разведение – практически обязательным. «Распитие» неразведённого вина явно не оправдывалось, о чём можно судить по известной мозаике с изображением того же Диониса и его «подруги» Акме, имя которой означает пик-вершину, то есть допившейся до положения риз.

Распитие вина приводило к вспышкам необузданной агрессии, о чём гласит печальная история земледельца Икариоса (не путать с критским Икаром), которому Дионис подарил лозу. Человек на радостях угостил вином двух негодяев, которые побили его камнями. Знали эллины, что алкоголь пагубно действует и на женщин, поэтому всячески превозносили Ефросинью-«Благоразумную», отказавшуюся пить неразбавленный напиток, который предлагал ей Акратос, отвергавший использование кратера для разведения. Знаменита и история Бобо, которая была второстепенной богиней ранних орфиков, практиковавших таинства и мистические обряды, Орфей даже успешно спустился – намного раньше Христа – в подземное царство Ада-Аида-Гада, куда попала его прекрасная Эвридика-«Справедливая-Законопослушная». Именно Бобо предложила чашу с вином богине земли Деметре, дочь которой Персефону умыкнули в тот же Аид. Деметра-«Земля» отказалась, со-

славшись на свой траур, связанный с потерей дочери. Деметра была главной фигурой в ходе знаменитых Элефсинских мистерий, во время которых допускались не только возлияния, но и потаённые ритуалы. Во время них можно было использовать обшечную лексику, упоминая фаллос и женский ктеис, название которого восходит к греческому КТЕН – гребень, прорезь между его зубцами, ущелье. Бобо заставила Деметру улыбнуться, обнажив свой «срам», после чего богиня-мать всё же выпила предложенное ей вино.

В отличие от Деметры и Ефросиньи последствия общения с Дионисом для Акме могли быть такими же, как для его буйных подруг менад, терявших от вина свой ум-«мен» (сравни: ментальный). Поначалу они были весьма привлекательными-«эгле» (splendor), развлекавая себя и зрителей танцами под звуки небольшой арфы в руках Ионы, поэтому двух из них звали Кали – и Эстези-кора (от «хора – танец, сравни: Треспублика – муза танцев). Имя Евпетылы – «Прекрасных лепестков» – сочеталось с Ротатой-Розой, помогающей Еврето-«Расцветенная» и Селена-«Лунная, а также Ликаста со своими шипами и колючками. Танцы подгоняла Протоя-«Бегущая», впадшая в состояние своей подружки Мете-«Пьяной» (сравни: аметист, метил, которой подливала неразбавленного вина Акрета, имя которой напоминает таковое Акратоса. Последнюю из менад звали Арпа, или «Цвет вина». Можно напомнить, что в отличие от того же Зевса, которого изображали с жезлом-«громобоем», символом виночерпия был тирс,

или палка с соплодием хмеля наверху. Не следует забывать, что Дионис, увидев спящую Ариадну, отнял ее у Тезея, афинского героя, спасенного ею в лабиринте критского Кносса. Так что вино вином, а царевну с менадами бог не «смешивал».

В конце два слова о том, почему люди пьют – одни из желания получить удовольствие, другие чтобы подавить страх. Ощущение первого регулируется дофамином (производным аминокислоты тирозина), действующим на клетки прилегающего ядра (NA – N.Accumbens), лежащего в основании лобной доли с её префронтальной корой (PFC). Нейроны NA имеют обширные связи с корой и подкорковыми структурами, поэтому довольно сложно определить положение «центра удовольствия». К тому же на PFC действует и серотонин, синтезируемый их аминокислоты триптофана в переднем отделе ствола мозга. Сотрудники университетов Нагои и Токио серотонин также модулирует предвкушение удовольствия (SA). В университетах бельгийского Лувена, Киотском и Гарварде показали, что выключение связи между NA расположенных рядом с ним подкорковых структур «заставляет» макак прикладывать больше усилий – high-effort motivation поведение – для получения удовольствия.

Все знают, какие «муки» испытывают выпивающие в связи с похмельем и сопутствующим ему угрызениями совести. В Лаборатории в Колд Спринг Харборе выяснили, что пути наслаждения и последующих за ним душевного «наказания» одни и те же, по крайней мере в мозгу мыши. Авторы подчёркивали, что их разделение-объединение определяется генетически, указав конкретный ген с интересным названием Teashirt family. Указанием генов, лежащих в основе алкогольной зависимости, можно закончить рассказ о вине и пиве. Остаётся только ждать от нейробиологов раскрытия конкретных её механизмов, чтобы врачи научились лечить и спасать алкоголиков...

Жизнь как она есть

Кейт Хадсон, 42-летняя мать четверых детей, демонстрирующая откровенное женское бельё (undergarments) одной из компаний, предприняла акцию в связи с месячником привлечения внимания публики к проблеме рака молочной железы и призывом ко всем женщинам чаще консультироваться с маммологом.

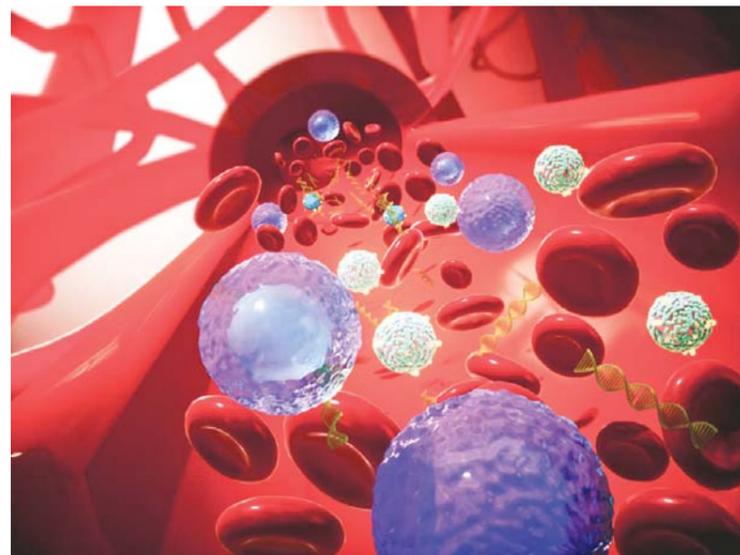
Следует признать, что это не всегда помогает, поскольку человеческий глаз даже опытного радиолога с многолетним стажем однозначно фиксирует проблему. Её решению посвятило свой обзор приложение Nature, авторы которого предлагают на помощь человеку-«читателю» маммо- и рентгенограмм системы машинного обучения (ИИ). В их работе была применена генеративная сеть GAN (Generative Adversarial Network), с помощью которой оценивалось влияние человеческого фактора экспертов. CAD, или диагностика опухолей молочной железы с помощью компьютера (его «помощи»-aid) показала наличие неправильных диагнозов маммологов в трети случаев (в одной из серий пять радиологов установили диагноз с разбросом 29-71%! Вывод сторонников «внедрения» ИИ в клиническую практику весьма однозначен. Такого же мнения придерживаются и в Мичиганском технологическом университете, где с помощью ИИ полученные изображения разделились на три группы: низкой, средней и высокой недостоверности-uncertainty (TMI). Мичиганцы считают, что только машинное обучение (ИИ) позволит

Внять призыву Хадсон

резко уменьшить неопределённость при постановке диагноза.

Но вполне возможно, что эти споры со временем отойдут в прошлое, когда такой же повседневной станет и жидкостная биопсия (ЖБ – Liquid Biopsy), о перспективах которой написал в декабре Nature, сославшись на опыт клиники Майо в городе Рочестер, штат Миннесота. Сегодня с помощью ЖБ ставятся диагнозы после определения антигенов простаты и карциномэмбрионального. Но приход секвенирования ДНК следующего поколения позволяет расширить спектр применения ЖБ и углубить подход. ДНК с её геномикой, а также другие «омы» – мультиомика – транскриптом и метаболом, протеом и характер метилирования, определение фрагментов ДНК и вариативности числа копий делает ЖБ намного предпочтительней ныне применяемых биопсий органов и тканей.

Откуда в крови и лимфе появляются фрагменты ДНК? Известно, что клетки опухоли постоянно отмирают, в результате чего происходит фрагментация генного вещества (cfDNA – Cell-free DNA). Одна из первых статей специалистов клиники Майо на эту тему появилась ещё в 2017 г. (CD), но с той поры резко повысилась чувствительность метода, достигающая менее 10 частей анализируемого материала на миллион, что по понятным причинам стало привлекать внимание всё большего числа



Жидкостная биопсия крови с циркулирующими в ней ДНК, РНК и биомаркерами

клиник. Естественно возникает вопрос – «откуда дровишки»? Ответ «вестимо» из накопленных за последние десятилетия огромных баз секвенирования немого числа генов и их онковариантов, которые анализируются и сопоставляются уже далеко не суперкомпьютерами. В последние годы, пишут авторы обзора, всё шире используется и ЖБ мочи, особенно при подочерении на развитие опухолей мочевого пузыря. Немаловажно и то, что пришло осознание бо-

лее сложной биологии опухолей, стандартная биопсия которых даёт картину лишь какого-то одного из фрагментов.

Опять же развитие метиломики, то есть определения характера метилирования с присоединением метильных групп –СНз к ДНК показало, что трансформация может определяться не только мутациями в потенциальных онкогенах. Сей факт даже получил довольно парадоксальное название не генного наследования, поскольку метили-

рование не меняет характер гентекста. О глубине подхода говорит и то, что уже создан Геномный атлас циркулирующих внеклеточных фрагментов (Circulating Cell-free Genome Atlas). Со «ссылкой» на него были проанализированы в ЖБ геномы 46 пациенток с опухолями молочной железы и 30 лёгких, а в качестве контроля 89 здоровых. Биопсии крови показали наличие у пациентов 20 транскриптов (информационных РНК, представляющих собой «рабочие» копии генов), которые «напрочь» отсутствуют у контролей. Были выявлены также и другие биомаркёры не только опухолей, но и их микроокружения (TME – Tumor MicroEnvironment), свидетельствующие о наличии патологического процесса.

Дальнейшее развитие ЖБ видится в создании мультимодальных платформ и интеграции различных видов информации. Естественно предъявляются требования к повышению разрешающей способности применяемых методов определения свободных внеклеточных ДНК и РНК, а также экзосом, или внеклеточных пузырьков-везикул. Последние постоянно «слущиваются» с поверхности и нормальных клеток, но в гораздо меньших количествах. И «груз» в везикулах также разный...

Игорь ЛАЛАЯНЦ,
кандидат биологических наук.
По материалам Ancient Origins, Cell, J Anthropological Archaeology, mBio, Neuron, Science Advances, Cancer Discovery, Nature Communications, Transactions of Medical Imaging.

Ну и ну!

Можно ли избежать сонного паралича

Просыпаясь посреди ночи, иногда краем глаза видишь, как приближается какая-то фигура. Человека охватывает паника, хочется схватить, но ни рукой, ни ногой пошевелить нет возможности. Так выглядит сонный паралич или сонный ступор – крайне неприятное состояние.

Не просто не может двигаться и разговаривать, но и не исключены галлюцинации, ощущение удушья и сдавливания груди. «Это может быть настолько пугающе, что станет страшно засыпать», – говорит сомнолог Кристиан Бенедикт.

Пару сотен лет назад всё точно свалили бы на ночного духа – сверхъестественное существо, являющееся к спящему человеку. А сегодня у этого пугающего явления есть более научное объяснение. Это сонный паралич, сбивающее с толку состояние на границе между сном и явью.

«Мозг – это вам не выключатель, его нельзя просто зажать или погасить. Ему нужно время на адаптацию. Разные участки мозга просыпаются с разной скоростью», – объясняет К.Бенедикт.

Сонный паралич возникает при засыпании или, гораздо чаще, при пробуждении. Вам кажется, что вы проснулись, но тело всё ещё спит.

Дело в том, что у нашего тела есть предохранительный механизм. Когда мозг вступает в стадию быстрого сна, многие мышцы, обычно управляемые усилием воли, отключаются, чтобы человек не реагировал на происходящее во сне и не нанёс себе травму.

«Во время паралича не работает ни один мускул, за исключением двух – диафрагмы, отвечающей за дыхание, и глазных мышц. А когда человек пробуждается от сна, паралич может продлиться ещё некоторое время», – говорит Бенедикт.

Короче говоря, моторика или слишком рано отключается, или слишком поздно включается, в результате чего и возникает временный паралич тела. «Он может длиться от пары секунд до нескольких минут».

Во время сонного паралича могут возникать галлюцинации устрашающего характера, как будто невозможности пошевелиться нам мало. Вы слышите голоса или видите, как по комнате передвигаются фигуры. Галлюцинации бывают гипнагогические (при засыпании) или гипнапомпические (при пробуждении).

«Вам что-то снится, потом вы просыпаетесь и не можете пошевелиться. Просто кошмар. А если вы ещё и видите в комнате какие-то фигуры, становится ещё хуже». В этом случае мозг также нахо-



К.Брюллов. Сон молодой девушки перед рассветом

дится в промежуточном состоянии между сном и бодрствованием. Сюжет сна, который видим, будто переходит в реальность.

«Если во сне за вами кто-то гнался, вам не обязательно привидится именно это существо. Но может возникнуть своего рода эффект перемещения, чувство страха сохранится и после пробуждения. Ужас от невозможности двигаться тоже подстёгивает фантазию», – говорит Бенедикт.

История предлагает множество примеров сверхъестественных существ, которые можно связать с состоянием сонного паралича. Многие, как считалось, сидят у человека на груди – поэтому так трудно сделать вдох. Это как раз один из симптомов сонного паралича.

В скандинавской мифологии есть ночная мара (nattmara). От неё произошло слово «кошмар» (mardr m).

В христианской традиции к спящим являются демонические существа суккуб и инкуб.

В Западной Индии верят в кому – злой дух мёртвого ребёнка. А в Китае и Японии аналогичные существа называются гуй и кана-сибари.

Современные паранормальные явления, такие как рассказы о похищениях людей пришельцами из космоса, тоже можно объяснить сонным параличом.

Обычно сонный паралич крайне неприятен, охват беспомощности и паники от невозможности пошевелиться. А при галлюцинациях человек может испытать самый настоящий ужас.

42-летняя Беатрис Парк большую часть жизни страдает от постоянных эпизодов сонного паралича с галлюцинациями. «Это могут

быть как знакомые люди, так и угольно-чёрные тени – или просто незнакомцы, которых видишь очень отчётливо, но не знаешь, почему они выглядят именно так. Чаще всего это чёрные фигуры, стоящие рядом с кроватью или в дверном проёме», – говорит она.

В первый раз сонный паралич, особенно с галлюцинациями, – это страшно. Как уже объяснял Людгер Гротте, преподаватель и главный врач сомнологического отделения Сальгренской больницы в Гётеборге, при сонном параличе человек может решить, что у него инсульт, или ему может показаться, что он сходит с ума.

У сонного паралича огромное количество возможных причин. Как и другие нарушения сна, он часто возникает при сбое режима сна и недосыпании.

«Пересмотрите своё время сна и следите за тем, чтобы успевать успокоиться, прежде чем заснёте. Аккуратнее с алкоголем и кофеином», – предостерегает сомнолог К.Бенедикт.

Сонный паралич – распространённое явление. По разным оценкам, хотя бы раз в жизни он бывает у людей от 8 до 50%, однако точных данных нет. Но всего несколько процентов испытывают сонный паралич снова и снова. Само по себе это состояние совершенно не опасно, хотя и очень неприятно. Тем не менее у него могут быть последствия.

Сонный паралич особенно часто возникает у пациентов с неврологическим расстройством нарколепсия. По данным шведского Управления социальной защиты населения, среди них это явление наблюдается у каждого четвёртого.

Так, Чен Ху из Чунцинской больницы традиционной китайской медицины и его коллеги провели систематический обзор рандомизированных контролируемых исследований, изучающих влияние витамина D на пациентов с мигренью. В этот обзор были включены данные шести рандомизированных контролируемых испытаний с участием 301 пациента.

Исследователи обнаружили, что добавка витамина D может уменьшить количество приступов головной боли в месяц, количество дней с головной болью в месяц и количество баллов по опроснику оценки нарушений жизнедеятельности при мигрени по сравнению с контрольной группой. Но приём витамина D никак не влияет на продолжительность приступа или тяжесть головной боли.

«Наш анализ основан только на шести рандомизированных контролируемых испытаниях, и все они имеют относительно небольшие выборки пациентов. Нам нужно больше рандомизированных контролируемых испытаний с большими выборками пациентов, чтобы изучить этот вопрос», – уточняют авторы исследования.

Перспективы

В Хельсинкском университете разработали назальный спрей, который защищает от коронавирусной инфекции в ситуации с высоким риском заражения. Это средство сравнивают с «биологической маской».

«Биологическая маска» от коронавируса

Разработанная исследователями университета молекула подавляет функции спайкового белка коронавируса и обеспечивает эффективную защиту от коронавирусной инфекции на короткое время.

В пресс-релизе университета сообщается, что новая молекула TriSb92 защищает в ситуации с высоким риском заражения на восемь часов: таковы результаты экспериментов на клеточных культурах и животных. Спрей на основе новой молекулы называют «биологической маской». В отличие от защиты, создаваемой вакцинами, TriSb92 начинает действовать сразу.

«При проведении экспериментов на животных TriSb92 эффективно защищала от инфекции в таких ситуациях, когда заражались все незащищённые мыши», – сообщает исследователь Анна Мякеля.

Молекула TriSb92 была создана по новым финским технологиям для разработки биологических лекарств. В исследовании университета эти технологии использовали для подавления функций спайкового белка коронавируса.

«Молекула TriSb92 инактивирует спайковый белок коронавируса, общий для всех его штаммов. Так что она может защитить человека от всех вариантов коронавируса, в том числе и от омикрона», – говорит Мякеля.

В ходе исследований TriSb92 смог предотвратить даже распространение вируса атипичной пневмонии, который представлял

большую опасность для человечества в начале 2000-х годов.

«Так что мы можем предположить, что будущие мутации SARS-CoV-2 и, возможно, новые вирусы, которые могут провоцировать пандемии, будут восприимчивы к молекуле», – говорит Мякеля.

Назальный спрей в будущем может стать своеобразной биологической защитой слизистых оболочек от заражения коронавирусом.

Мякеля работает в лаборатории профессора Университета Хельсинки Калле Саксела (Kalle Saksela). Саксела, в свою очередь, занимается разработкой финской назальной вакцины против коронавируса. Ожидается, что испытания этой вакцины на людях начнутся весной.

Спреи не будут заменять собой вакцины, а будут дополнять их, говорят учёные. Наблюдается большая потребность в новых способах усиления эффективности вакцины.

«В первую очередь речь идёт о людях, иммунная система которых недостаточно реагирует на вакцины. Также мы знаем, что новые варианты вируса, особенно омикрон, могут не вызвать эффективного ответа вакцины. Молекула TriSb92 может быть полезной для невакцинированных людей при социальном взаимодействии. От молекулы может быть много пользы и для полностью вакцинированных людей в ситуациях с высоким риском заражения», – считает Калле Саксела.

Исследования

Благодарить воздух, которым дышим?

Как считают исследователи, коронавирус теряет 90% своей способности заражать человека за 20 минут нахождения в воздухе. При этом основные изменения происходят в первые пять минут. Именно такие данные получили учёные, создав первую в мире модель того, как вирус ведёт себя в выдыхаемом воздухе.

Эти данные подчёркивают, насколько успешно COVID-19 передаётся на коротких расстояниях. А значит, физическое дистанцирование и ношение масок – это, вероятно, самые эффективные способы профилактики.

«Люди сосредоточились на плохо проветриваемых помещениях и передаче воздушно-капельным путём на расстояние в несколько метров и даже на другую сторону комнаты. Я не утверждаю, что такого не происходит, но считаю, что риск заболеть повышается,

когда вы находитесь рядом с кем-то», – говорит профессор Джонатан Рид, ведущий автор исследования и сотрудник Бристольского университета.

Учёные установили, что частицы вируса, покидая относительно влажные и богатые углекислым газом условия лёгких, быстро высыхают и оказываются в среде с более высоким уровнем кислотности. Это подрывает способность вируса заражать клетки человека.

Скорость этого процесса зависит от условий среды. Если влажность ниже 50% (такие условия в большинстве офисов), то вирус теряет половину своего потенциала заражать в течение пяти секунд. Если влажность составляет 90% (примерно как в ванной комнате), то процесс идёт медленнее, но через 20 минут потенциал вируса составляет всего 10%. При этом температура никакого влияния не оказывает.

Гипотезы

Мигрень пропала с витамином

Витамин D может уменьшить приступы мигрени, утверждают китайские учёные. Витаминные добавки могут влиять на количество приступов головной боли и количество дней с головной болью в месяц.

Мигрень (или гемикрания) – это неврологическое заболевание, и часто возникает у 1 из 5 женщин и 1 из 15 мужчин. Предположений много о возникновении мигрени, но точные причины науке пока неизвестны. Исследователи борются за качество жизни пациентов и постоянно ищут новые способы лечения этого заболевания.

Так, Чен Ху из Чунцинской больницы традиционной китайской медицины и его коллеги провели систематический обзор рандомизированных контролируемых исследований, изучающих влияние витамина D на пациентов с мигренью. В этот обзор были включены данные шести рандомизированных контролируемых испытаний с участием 301 пациента.

Исследователи обнаружили, что добавка витамина D может уменьшить количество приступов головной боли в месяц, количество дней с головной болью в месяц и количество баллов по опроснику

Инга КАТАРИНА.

По материалам The Guardian, Tekniikan Maailma, Expressen.

Завершаем разговор, начатый в «МГ» № 40 от 13.10.2021 и № 43 от 03.11.2021, об истории ухода за больными и ранеными в нашей стране. Создание общин сестёр милосердия явилось развитием традиции, которая исстари существовала в России (служительницы детских приютов, сиделки, сердобольные вдовы) и теперь приняла упорядоченные формы. Пользуясь всецелой поддержкой общества и государства, общины выполняли важные социальные функции, приходя на помощь в призрении сирот и престарелых, а также оказывая качественную и доступную по тем временам медицинскую помощь неимущим и нуждающимся слоям населения.

Новые веяния

В эпоху Великих реформ в России начали меняться взгляды на роль женщины в обществе и ценностные установки самих женщин. В общинах сестёр милосердия складывались свои традиции, например, представление о форме: длинное хлопчатобумажное платье с белыми манжетами, белый головной убор, прикрывающий грудь, с вырезом для лица. Это прообраз профессиональной одежды современной медицинской сестры. Внешним знаком отличия сестёр милосердия служили вышитые красные кресты на передниках и белая повязка с таким же крестом. Красный крест на белом фоне – эмблема Женевской конвенции и Международного комитета Красного Креста, принятая и Российским обществом Красного Креста (РОКК). При общинах, входивших в состав РОКК, работали аптеки, хирургические и терапевтические клиники, амбулатории, приём в которых вели лучшие врачи города.

Ведомственная принадлежность во многом определяла организацию, финансовое обеспечение, характер и объём медицинской деятельности общин. Порядок и уклад жизни сотрудников регламентировался уставами.

Историки Андрей Постернак и Елена Козловцева описывают несколько типов сестёр милосердия в зависимости от мотивации. Основная группа руководствовалась мотивом развлечения или «смены обстановки». Сёстрами второго типа руководил материальный расчёт: они стремились заработать себе на пропитание. Иногда такой настрой менялся в сторону альтруизма под влиянием впечатлений, полученных в ходе, например, горячих сражений. Сёстры милосердия третьего типа вступали в общины из-за тяжёлой «внутренней травмы» (потери близкого человека и т.д.). Для них служение было своеобразным способом справиться с личными тягостными переживаниями. И, наконец, четвёртая группа – сестры-альтруисты, «сделавшие сознательный выбор, готовые положить свою душу и жизнь на служение страждущему человечеству».

Многочисленные войны (особенно Первая мировая) стали сугубым испытанием для России. Белые косынки сестёр милосердия и фельдшерки в госпиталях стали привычными не только в тылу, но и в отрядах, работающих в прифронтовой полосе и на передовой.

Так, осенью 1914 г. в Большом Царскосельском дворце был открыт крупный госпиталь им. Императрицы Александры Фёдоровны. Государыня вместе с дочерьми Ольгой и Татьяной прошли курс обучения хирургической сестры милосердия, получили установленные дипломы и постоянно работали в палатах. Помогали им в госпитале и младшие дочери царя. Императрица писала о своей работе в лазарете: «Слава Богу за то, что мы, по крайней мере, имеем возможность принести некоторое облегчение страждущим и можем им дать чувство домашнего уюта в одиночестве. Так хочется согреть и поддержать этих храбрецов и заменить им близких, не имеющих возможности находиться около них!»

Профессионализм и милосердие

В обширной историко-медицинской литературе и архивных источниках содержится немало сведений о сотрудничестве общин сестёр милосердия с выдающимися докторами эпохи – Фёдором Гаазом, Николаем Пироговым, Сергеем Боткиным, Николаем Склифосовским, Константином Снегирёвым, Алексеем Остроумовым, Григорием Россоломо, Фёдором Рейном и многими другими.

Возьмём, к примеру, деятельность заведующего кафедрой оперативной хирургии и топогра-

фических лазаретов Благовещенска и Хабаровска. За самоотверженность и профессионализм доктора удостоили ордена Святой Анны 2-й степени и правом ношения знака Красного Креста.

В 1901-1903 гг., будучи приват-доцентом Московского университета, он продолжал работать в Иверской общине. А в 1907 г. И.Алексинский был избран заведующим кафедрой хирургической патологии с десмургией на базе больницы Иверской общины, где одновременно стал главным врачом и возглавил хирургическую клинику. Там же он занимался профессиональной подготовкой

изучены, и массовый характер заболевания давал повод считать её инфекционной болезнью. Медики сталкивались с трудно объяснимой клинической картиной пациентов. Анализируя течение и исход болезни, они понимали, что прежде всего нужно улучшить рацион питания. Больным требуются свежие овощи и фрукты (особенно цитрусовые), свежие соки различных трав, корней и плодов.

Характерную картину того времени описывает публицист-этнограф Александр Пругавин. В крупном селе только лишь зарегистрировано было более 300 больных цингой. Сёстры милосердия сма-

звали им дёсны борной кислотой, танином, глицерином или ляписом, что несколько облегчало страдания. Однако лекарств не хватало. В дальнейшем использовался и передовой опыт русско-японской войны. Противочинготные средствами тогда считались редис с луком, чесноком и томатами, заправленными уксусом и перцем.

Итак, в сложившихся неблагоприятных обстоятельствах, вызванных голодом, деятельностью общин сестёр милосердия была незаменимой. Людям требовалась не только лечебная, но также санитарно-просветительская и психологическая помощь, которую оказывали врачевно-продовольственные отряды в разных регионах России.

По наблюдениям сестры милосердия Соколовой, из 9 посёлённых в колонии двое не имели симптомов проказы, хотя жили вместе с прокажёнными. Поэтому было принято решение более тщательно обследовать всех больных. Если у них находили осложнения, например, после цинги и сифилиса, то старались лечить эти заболевания (в частности устраивали бани и ванны).

Представления сестёр милосердия о проказе соответствовали уровню научных знаний того времени. А меры по организации и работе лепрозория отвечали поставленным задачам. Сёстры милосердия облегчали физические страдания пациентов, помогали в быту, как могли утешали при депрессии и психологическом истощении.

После освящения Иркутского лепрозория император Николай II послал руководительнице Александровской общины княгине Наталье Шаховской телеграмму: «От всей души разделяю вашу радость по поводу устройства колонии для прокажённых. Вполне убежден, что руководимые вами сёстры милосердия уходом за этими несчастными облегчат в высокой степени их тяжёлую долю».

Работа лепрозория требовала максимальной отдачи сил. Последняя сестра милосердия Анна Гладушкина уехала из Вилюйска через 5 лет, в 1897 г. Два года она оставалась в колонии одна: обмывала и перевязывала раны, стирала и зашивала одежду и настойчиво ходатайствовала перед начальством о нуждах больных.

Таким образом, несомненной заслугой общин сестёр милосердия явилась их добросовестная и самоотверженная работа в экстремальных условиях борьбы с эпидемиями и опасными инфекционными заболеваниями. Сотрудники отрядов занимались выявлением больных, при необходимости их изоляцией, дезинфекцией помещений и предметов обихода, организовывали карантин и т.д. В отличие от повседневных обязанностей в городских учреждениях общин, такие командировки были сопряжены с серьёзной опасностью для здоровья и жизни, требовали огромного напряжения сил и обычно сопровождались эмоциональным подъёмом.

Константин ЗОРИН,
доцент кафедры ЮНЕСКО
«Здоровый образ жизни – залог успешного развития»
МГМСУ им. А.И.Евдокимова,
кандидат медицинских наук.

Былое

Белые голубки

Лечебная, педагогическая и научная работа общин сестёр милосердия

фической анатомии Медицинского факультета Императорского Московского университета профессора Петра Дьяконова. Персонал хирургической клиники Иверской общины, открывшейся в 1896 г., состоял из видных преподавателей этой кафедры. В хирургическую клинику поступали пациенты с различными диагнозами, в хроническом и остром состоянии. Производились сложные для того времени операции. Например, в 1900 г. было сделано 165 операций, в том числе: 14 грыжесечений, 3 иссечения зоба, 8 аппендэктомий, 3 гастростомии, 3 удаления яичников, эхинококкотомия, иссечение слепой и восходящей ободочной кишки, удаление желчного пузыря, пилоропластика. П.Дьяконов систематически занимался пропагандой новых операционных методов, разрабатывал вопросы, связанные с асептикой, пластической хирургией, онкологией, желчекаменной болезнью, обезболиванием, послеоперационной реабилитацией. Для повышения квалификации и стажировки к нему приезжали земские врачи Московской губернии.

Иверская клиника являлась также базой для научной работы хирургической школы профессора П.Дьяконова и для профессиональной подготовки сестёр милосердия. Под его руководством сотрудницы общины обучали своевременно и качественно выполнять профилактические и лечебно-диагностические процедуры по назначению врача, ассистировать на операциях в амбулаторных и стационарных условиях.

Соратник П.Дьяконова – Иван Алексинский – тоже видный русский хирург, профессор двух крупнейших медицинских факультетов дореволюционной России: Императорского Московского университета и московских Высших женских курсов. По окончании университета в 1894 г. И.Алексинский трудился в должности сверхштатного ординатора на кафедре факультетской хирургии с клиникой, которой руководил профессор Александр Бобров. Одновременно работал консультантом больницы Иверской общины, а в 1896 г. – в собственной хирургической клинике Иверской общины под руководством профессора П.Дьяконова.

В 1897 г. с группой врачей общины И.Алексинского командировали хирургом военного лазарета на театр греко-турецкой войны, за что впоследствии он был награждён орденом Святой Анны 3-й степени. В 1900 г. РОКК командировал И.Алексинского на Дальний Восток, где около года он работал хирургом и старшим врачом санитарного отряда Иверской общины в во-



Царственные сёстры милосердия Дома Романовых

сестёр милосердия и проводил свои научные исследования.

Голод и цинга

Чрезвычайные ситуации, в которых требовалась помощь общин, возникали не только во время вооружённых конфликтов. В конце XIX – начале XX века многие хлеботорные губернии России периодически страдали от засухи, а значит, неурожаев, голода и его неизбежных спутников – цинги и масштабных эпидемий тифа. Например, в 1898 г. количество больных цингой лишь в Самарской, Казанской и Симбирской губерниях доходило до 100 тыс. человек.

Помогая земскому медицинскому персоналу, общины направляли в пострадавшие районы специальные отряды. Они организовывали хлебопекарни и бесплатные столовые, открывали небольшие временные стационарные пункты («больнички») и оказывали медицинскую помощь населению амбулаторно. Значительная часть работы ложилась именно на сестёр милосердия. Они обучали уходу за больными на дому, вели подробную отчётность по расходованию продуктов, составляли списки лиц, нуждающихся в помощи, и контролировали деятельность столовых.

К 1911 г. Красный Крест выработал типовой штат своих врачевно-санитарных отрядов, что учитывалось при командировании членов общин в пострадавшие регионы: врач, фельдшер или санитар, 4 сестры милосердия. В случае необходимости отряд дополнительно усиливали сёстрами милосердия (до 8 человек) и студентами-медиками.

Это сейчас хорошо известно, что цинга возникает из-за острого недостатка аскорбиновой кислоты (витамина С). А тогда, в конце XIX – начале XX века, этиология и патогенез цинги были недостаточно

Злая и прилипчивая проказа

Деятельность общин оказалась важной и продуктивной также в условиях неблагоприятной эпидемиологической обстановки, которая периодически возникала в губерниях и областях. Особо надо отметить работу в Вилюйской колонии прокажённых, находившейся в Якутии.

Впервые больничные юрты для лечения проказы появились в Якутии в 1817 г. в местности Быталах Среднеколымского улуса. Наличие больных проказой в Вилюйском округе отмечал врач А.Уклонский ещё в 1827 г. В 1860 г. в Вилюйском округе построили специальную лечебницу из двух юрт на 40 мест, но из-за трудностей финансирования её закрыли в 1863 г. В 1877 г. на выселке прокажённых вблизи Вилюйска вновь открыли лечебницу, однако в 1880 г. она также закрылась в связи с нехваткой средств на содержание.

В 1892 г. английская сестра милосердия Кейт Марсден приехала в Якутскую область для ознакомления с положением прокажённых. Вернувшись, она сообщила об ужасающем положении этих людей, практически лишенных ухода и помощи. Под влиянием этих рассказов укрепило общественное мнение о необходимости и возможности помощи страждущим.

Многие сёстры московской общины «Утоли моя печали» решили поехать в город Вилюйск. Средства для поездки (5000 руб.) пожертвовал цесаревич Николай Романов, и 5 мая 1892 г. отряд из 5 сестёр милосердия выехал из Москвы в Иркутский край для организации колонии прокажённых. Двух сестёр Иркутский генерал-губернатор А.Горемыкин оставил в отделении

Ироничной строкой

Тонкий намёк



Под дребезжащие звуки явно солидно постаревшего дверного звонка в прихожую вошёл тоже не первой молодости мужчина, начавший не столько сидеть, сколько лысеть.

Оказавшись уже в гостиной, он привычно деловито произнёс:

– Врача вызывали?

Лежащий на диване мужчина также полусреднего возраста, зашевелился и промычал:

– Проходите, доктор, вот он я.

– И что с вами? – сразу «взял быка за рога» медицинский специалист.

– А что со мной? – почти удивился этому вопросу хозяин жилища.

– Заболел, наверное, вот что.

– И что же вас беспокоит? – начал уточнять хозяин.

– Да вот... смотрите... – откидывая одеяло и обнажая живот, сообщил обитатель дивана.

Специалист принялся задумчиво мять живот, постукивать и даже пощипывать его, интересуясь:

– Так больно? А так?..

– Не-а... – произнёс обладатель живота.

– Ну, а так? – задумчиво уточнил специалист.

– Не-а... – повторил хозяин.

– А хотя бы здесь ... здесь что-нибудь болит? – поинтересовался, не отрывая свои пальцы от чужого пупка, доктор.

– Не-а... – не менее задумчиво произнес кандидат в пациенты.

Удивлённо посмотрев на больного, доктор вытащил почему-то из-за пазухи фонендоскоп и, приложив его к грудной клетке пациента, принялся внимательно вслушиваться: – А кор..., то есть сердце болит?

– Не-а... – снова принялся отнекиваться хозяин дивана.

– А может быть, под лопатку стреляет?

– Не-а... – повторил обитатель дивана.

Врач вытащил из кармана мини-тонометр и начал измерять давление, вопрошая:

– А голова... Ну, а голова?..

– Что голова? – явно что-то недопонял хозяин этой важной части организма. – Чья?

– Ваша... ваша не кружится? – поинтересовался медицинский консультант.

– Не-а... вроде, пока лежит на своём месте.

– Это где же? – несколько удивившись, уточнил доктор.

– Так ведь на шее, – также удивившись подобной анатомической безграмотности медицинского специалиста, разъярил хозяин дивана и квартиры.

А врач меж тем принялся осматривать ноги больного, крутить их, сжимать и даже зачем-то поглаживать, интересуясь:

– Болят? Или крутят?

– Не-а... – привычно сообщил тот.

Затем врач, поднимая и опуская нижние конечности, продолжил вопрошать:

– И так не болят?

Пациент привычно сообщил:

– Не-а...

– Тогда повернитесь ко мне спиной, – предложил кандидату в пациенты специалист и начал выслушивать, а затем постукивать

и ощупывать упитанную спину её хозяина.

Тот тут же принялся издавать странные звуки.

– Больно? – заинтересованно спросил врач.

– Не-а... – начал хихикать хозяин спины и дивана. – Щекотно.

– Ну, это... это не опасно... – растерянно выдал из себя специалист: – А кашля нет?

– Не-а... – привычно сообщил «пациент».

– И насморка? – стал ещё более растерянно выяснять доктор.

– Не-а... – продолжил отнекиваться его клиент.

– И в голове не шумит? – уже удивленно спросил специалист.

– Не-а... – опять стал отнекиваться хозяин головы.

– И она не болит?

– Не-а... С чего ей болеть-то, она же – кость!

– Тогда я пойду, – сообщил консультант.

– А лекарства? – приподнявшись со своего дивана, поинтересовался объект обследования.

– А лекарства вам не помогут, – попытался было успокоить его врач по вызову.

– Как?! – испуганно вскочил с дивана «клиент» консультанта. – Как это?! Почему?!

– Не помогут и всё! Вы же здоровый человек!

Пациент, возмущённо засопев, повысил голос:

– Это что же?! Это вы, видать, считаете, что я притворяюсь, да?! Так сказать, прихляюсь?!

– Ничего я не считаю! Я же не математик! И даже не бухгалтер или там счетовод какой-нибудь! – почти не прощаясь, рванул к входной (и выходной) двери консультант...

– Вот! – донеслось вслед ему через полуоткрытую дверь. – Ничего он не считает! Потому как считать-то нечего! Ишь, как тонко-то намекнул! А почему это я должен платить за нашу якобы бесплатную медицину?! Тем более, таким вот рвачам, а не врачам! Таким вот неучам! Это надо же, у человека душа болит, раскалывается прямо, из-за всего лишь одной чекушки... без закуса, а он, а он болезнь распознать не в состоянии! Во, спицилист, блин!

Евгений ТАРАСОВ, врач высшей категории.

Афоризмы

Виктор КОНЯХИН

- ✓ Распорядок дня: семейный завтрак, служебный обед, тайная вечеря...
- ✓ Ты только зевнул, а твоя лень уже на диване валяется.
- ✓ Вакцинируйся от жизни и живи спокойно.
- ✓ Малыш требовал конфет, распустив слюни.
- ✓ В шесть утра приоткрытый правый глаз начал подозрительно рассматривать окружающую обстановку... Потом дал команду всему организму...
- ✓ По жалобе печени – желудок начал внутреннее расследование своего содержания.
- ✓ В казино любая жизнь – зеро.
- ✓ Объявление на литературной бирже: «Для написания романа о свободе человечества, требуются «литературные рабы».
- ✓ Голоса из пекла демонизируют землю.
- ✓ Театр питается отходами драматургии, предварительно пережёванными режиссёрами.
- ✓ Врачи умирают лишь потому, что их специальности требуются и на том свете.
- ✓ Будущее уже было. Потому не терпит лживых прогнозов.
- ✓ У беспорядков свои порядки, поэтому они не терпят человеческих беспорядков.
- ✓ Запас честности сам не возобновляется. Для этого имеются специальные закрытые учреждения.
- ✓ Новые идеи не ложатся на старую философию.
- ✓ Пожарник любил без пламени, без жара души... Поэтому получил отставку.
- ✓ Наркоз: «Я отвечаю только за то, что было при мне»!
- ✓ Ему приснилось будущее. Ужаснулся от будущих налогов. Всю оставшуюся жизнь посвятил торжожению прогресса.
- ✓ Знать правду – недостаточно иметь образование.
- ✓ Если вы разругаетесь с «вольными каменщиками», на вашу голову будут падать все кирпичи мироздания.
- ✓ Из анкеты: жив, здоров... Жду следующую перепись населения.
- ✓ Совершенное попадание мысли в пустую голову.

СКАНВОРД										СКАНВОРД																															
Отверженный человек	Латиноамериканец	Норвик	Химик	Эверолimus	Земноводное	Бисмарк	Тропикамид	Португалец	Море-плаватель	Женева, дворец	Неб. клавишин	Древний гудок	Грушевидная фигура	Слух	Аквариумная рыба	Реж. инструмент	Гемци-табин	Горький порошок	Слушаюсь! (воин.)	"Будден-броки", перс.	Рос. артисты цирка	Живет рядом	Эссен, Дортмунд	"Исудзу", модель	Туес	Кабул	Гараж, поезд	Доля Урана	Немного	Темное отражение	Древний город, М. Азия	Короткая дистанция	"Белое солнце пуст.", перс.	Фейхоа	Варенье	Половик	Дерево сем. бобовых	"Граф ... Россини	Столик у кабардинцев	Однако	Защищает порт
Серая крыса	Латиноамериканец	Норвик	Химик	Эверолimus	Земноводное	Бисмарк	Тропикамид	Португалец	Море-плаватель	Женева, дворец	Неб. клавишин	Древний гудок	Грушевидная фигура	Слух	Аквариумная рыба	Реж. инструмент	Гемци-табин	Горький порошок	Слушаюсь! (воин.)	"Будден-броки", перс.	Рос. артисты цирка	Живет рядом	Эссен, Дортмунд	"Исудзу", модель	Туес	Кабул	Гараж, поезд	Доля Урана	Немного	Темное отражение	Древний город, М. Азия	Короткая дистанция	"Белое солнце пуст.", перс.	Фейхоа	Варенье	Половик	Дерево сем. бобовых	"Граф ... Россини	Столик у кабардинцев	Однако	Защищает порт
Автомобиль	Спутник Юпитера	Франц. физик	Платок (устар.)	"Юнона" и ...	Флокс, сорт	А Ж Р Е К О	Б И Л О Д З Ъ	С К Р Е П А	И И О Р Р	О Б Л А К А	Е С Р Р	М А Ш	Л Я М К А	Н К С Т О Л Е Т Н И К	И В А Н О В О	А Р С	И И А М И Р П А Р И	Я Я А М А	О Т А Г А	А В А	В О Б Л А	О К О Л О	А К У Л А	А У Р О К	Н О Н Е Т	П А С	Н О	А Г А	В А	С Е А	Н С	<p>Ответы на сканворд, опубликованный в № 1 от 12.01.2022.</p>									
Автомобиль	Спутник Юпитера	Франц. физик	Платок (устар.)	"Юнона" и ...	Флокс, сорт	А Ж Р Е К О	Б И Л О Д З Ъ	С К Р Е П А	И И О Р Р	О Б Л А К А	Е С Р Р	М А Ш	Л Я М К А	Н К С Т О Л Е Т Н И К	И В А Н О В О	А Р С	И И А М И Р П А Р И	Я Я А М А	О Т А Г А	А В А	В О Б Л А	О К О Л О	А К У Л А	А У Р О К	Н О Н Е Т	П А С	Н О	А Г А	В А	С Е А	Н С										