

Медицинская

2 февраля 2022 г.
среда
№ 4 (8022)

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

В шаге от восстановления зрения

Имплантат позволит слепым вернуть возможность видеть мир



Проект ELVIS позволит «подключить» камеры к мозгу и передавать изображение в него напрямую, без помощи глаз. Эта технология перешла на последний этап доклинических испытаний – тестирование на обезьянах.

Над системой нейроимплантата совместно работают Фонд поддержки слепоглохих «Соединение», некоммерческая лаборатория «Сенсор-Тех» и вузы-участники программы Минобрнауки России «Приоритет 2030» – Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М.Сеченова и Московский институт электронной техники.

Ответственный момент операции

Первая операция по установке биоэлектронной структуры для зрительной коры состоялась в НИИ медицинской приматологии в Сочи. Для проведения испытаний в головной мозг шестилетнего самца павиана установили инновационную мультиэлектродную структуру. Операция прошла в штатном режиме, согласно специально разработанному протоколу. Нейроимплантат продемонстрировал свою высокую эффективность. Двухчасовую операцию проводил нейрохирург Артур Биктимиров, который занимается сложнейшими операциями на головном мозге уже более 16 лет. Была задействована

профессиональная команда медиков – нейрофизиолог, анестезиологи, ветеринарные врачи. После операции павиан чувствует себя хорошо и быстро восстанавливается.

В ближайшие несколько лет команда проекта проведёт серию испытаний и поведенческих экспериментов с использованием нейроимплантата на десятках обезьян. Он позволит «подключить» камеры к мозгу и передавать изображение в него напрямую, без помощи глаз.

Алексей ПИМШИН.

Фото предоставлено пресс-службой Сеченовского университета.

Александр ЛУКАШЁВ,
член-корреспондент РАН:

Вряд ли сейчас кто-то в научном мире пойдёт на опасные для человечества эксперименты с целью спрогнозировать вероятность появления ещё более патогенного варианта коронавируса.

Стр. 5



Андрей ФЁДОРОВ,
генеральный секретарь
Российского общества хирургов,
профессор:

Мы не против того, чтобы выявлять нарушения при оказании медицинской помощи, но против того, чтобы любой случай неблагоприятного исхода лечения заведомо именовался нарушением.

Стр. 7



Иван ЕГОРОВ,
председатель Общественного
совета при Министерстве
здравоохранения
Республики Саха (Якутия),
профессор:

Назрела острая необходимость провести комплекс мер, направленных на профилактику природно-очаговых заболеваний.

Стр. 12



Обсуждения

Исхода из реальной ситуации

Новый Порядок оказания онкологической помощи взрослому населению, утверждённый Минздравом России, вступил в силу 1 января 2022 г., но споры вокруг него не утихают. Документ исходно вызвал массу замечаний профессионального врачебного сообщества, а теперь и критики со стороны политиков. 28 января на «круглом столе», организованном Комитетом Госдумы по охране здоровья, весьма резко высказались в адрес нового Порядка депутаты-«тяжеловесы».

Вице-спикер Госдумы Ирина Яровая напомнила, что не во всех регионах есть онкологические центры и специалисты-онкологи должной квалификации. В этих условиях могут ли многопрофильные клиники работать с онкобольными?

– Я думаю, ответ на этот вопрос лежит в плоскости реального состояния медицины. Если мы будем иметь в каждом регионе онкологический центр высокой компетенции, тогда можно вести речь о перенаправлении потока онкопациентов только в эти учреждения, спора не будет. Но в ситуации, когда в стране нет нужного количества подготовленных онкологов, работающих в оснащённых онкологических учреждениях, нужно максимально задействовать потенциал взаимодействия с краевыми и областными многопрофильными больницами, – считает вице-спикер.

В свою очередь руководитель парламентской фракции «Справедливая Россия – За правду» Сергей Миронов назвал внедрение нового порядка организации онкопомощи «оптимизацией», а это слово с некоторых пор воспринимается применительно к отечественному здравоохранению с негативным подтекстом.

– Прежде всего, закрепление онкологического не только за регионом, но и за конкретным лечебным учреждением – это нарушение закона «Об основах охраны здоровья граждан РФ», – напомнил С.Миронов.

По словам политика, логика авторов нового порядка понятна: построенные за федеральные деньги в ряде субъектов РФ онкологические центры надо загружать работой. Но построить-то построили, а что с кадрами? Что с медтехникой и расходными материалами?

– Огромное количество проблем с получением онкологической помощи в регионах ещё не решено, и столкнутся с этими нерешёнными проблемами именно пациенты, – настаивает политик.

Парламентарий задал несколько весьма неудобных вопросов главному онкологу Минздрава и руководству ведомства. Он выразил надежду, что наладка системы организации онкопомощи будет продолжена с учётом замечаний, высказанных экспертами и пациентами.

Продолжение темы в одном из ближайших номеров «МГ».

Елена БУШ,
обозреватель «МГ».

Проекты

Выплата за верность региону

В Краснодарском крае начался приём документов от врачей на получение социальной выплаты по ипотеке. Новую меру поддержки врачей, педагогов и соцработников инициировал губернатор Вениамин Кондратьев. В правительстве региона подчёркивают, что это беспрецедентное решение: такой выплаты бюджетникам сейчас нет ни в одном субъекте РФ.

Постановлением губернатора предусмотрено, что 1 млн руб. на улучшение

жилищных условий может получить специалист, который в течение последних 10 лет постоянно проживал в Краснодарском крае, не обеспечен жильём либо площадью имеющегося в собственности жилья менее 10 м² на одного члена семьи. Предполагается, что в 2022 г. такую выплату получат по 300 врачей, педагогов и соцработников. Эти деньги можно использовать как для первоначального взноса по ипотеке, так и для покупки готового жилья за полную стоимость, потратить на постройку или реконструкцию

дома. Единственное обязательство, которое требуется от получателя «жилищного» миллиона – отработать 5 лет в бюджетных учреждениях региона по профессии.

Данная выплата – одна из мер, с помощью которых власти края хотели бы решить кадровую проблему в системе здравоохранения.

Елена ЮРИНА.

Краснодар.

Новости

Что мешает, то и поможет

Учёные Сибирского государственного медицинского университета (Томск) выявили белки, которые участвуют в агрессивном течении злокачественных опухолей толстого кишечника. Ими оказались галектины.

Результаты научного исследования, которое провели на кафедре патофизиологии СибГМУ, имеют важное клиническое значение: с их помощью можно будет с высокой степенью точности прогнозировать сценарий развития злокачественного процесса у конкретных пациентов, благо маркер теперь известен. А следующим шагом патофизиологи называют разработку схемы иммунотерапии рака толстой кишки с учётом открывшейся «правды» о роли галектинов в дисрегуляции адаптивного иммунитета.

Важность разработки схем иммунотерапии объясняется тем, что традиционная химиотерапия колоректального рака часто оказывается неэффективной из-за резистентности новообразования к проводимому лечению.

– Взаимодействие между клетками опухоли и элементами её микроокружения обеспечивается многими молекулами, в том числе галектинами – семейством галактозид-связывающих белков, обладающих широким спектром вне- и внутриклеточных функций. Мы предположили, что именно через галектины опухоль «влияет» на элементы своего микроокружения опухоли и на клетки иммунной системы, – поясняет профессор кафедры патофизиологии СибГМУ Юлия Колобовникова.

Изучив биоматериал большого числа больных колоректальным раком и сопоставив информацию, авторы исследования пришли к выводу, подтверждающему их гипотезу: у пациентов с метастатическим раком толстого кишечника и высокой степенью прорастания опухоли в соседние ткани злокачественные клетки действительно имеют в своей структуре много белков определённого типа – галектин-1 и галектин-3. Концентрация этих галектинов в крови повышена, а кроме того, очевидны нарушения в работе иммунной системы, сопряжённые как раз с наработкой опухолевых галектинов. Таким образом, томские патофизиологи доказали, что именно галектины являются маркерами неблагоприятного и агрессивного течения рака толстого кишечника.

Что касается попытки нормализовать иммунный ответ организма на опухоль, повлияв на «поведение» белков, с этой целью учёные смоделировали *in vitro* взаимодействие галектинов опухолевых клеток толстого кишечника с иммунными клетками больного. Эксперименты подтвердили, что галектины приводят к увеличению количества клеток с иммуносупрессорной функцией и, напротив, снижают популяцию клеток, которые обеспечивают эффективный противоопухолевый иммунный ответ. Таким образом, говорят авторы проекта, новое знание может стать основой для разработки способов иммунотерапии колоректального рака. Высока вероятность того, что, подавляя первый и третий галектины каким-либо ингибитором, удастся не допустить нарушений в работе противоопухолевого иммунитета.

Елена СИБИРЦЕВА.

Томск.

Диагностика станет точнее

Для центральной городской больницы Заринска поступление трёх единиц тяжёлой медицинской техники стало событием. Это многопрофильное лечебно-профилактическое учреждение оказывает круглосуточную медицинскую помощь населению города, а также 4 районов. В его составе 7 межрайонных отделений; три поликлиники: детская на 300 посещений в смену, взрослая на 650 посещений в смену и районная, которая обслуживает жителей района и северного микрорайона Заринска.

В прошлом году в рамках программы «Модернизация первичного звена здравоохранения Алтайского края» сюда уже поставили современные цифровые флюорограф, маммограф и томограф общей стоимостью более 67 млн руб. Сейчас завершается монтаж оборудования, готовятся к обучению специалисты. В ближайшее время помещения должны пройти радиационный контроль, после которого аппараты заработают.

И.о. главного врача ЦГБ Ирина Галадская не скрывает радости: томографа в Заринске не было никогда. Пациентов, которые нуждались в подобных исследованиях, направляли в Барнаул и в другие краевые учреждения.

С помощью новой техники врачи надеются быстрее выявлять онкопатологию и воспалительные процессы на ранних стадиях, эффективнее оказывать медицинскую помощь.

Кроме того, цифровые аппараты будут автоматически передавать информацию в общую краевую базу медицинских изображений, и врач сможет без запросов и архивов на своём компьютере оперативно ознакомиться с «досье» пациента за несколько лет.

Алёна ЖУКОВА.

Заринск.

И память не оскудеет...

В Омске состоялось торжественное открытие мемориальной доски известному офтальмологу заслуженному врачу РСФСР Виталию Выходцеву, имя которого носит областная клиническая офтальмологическая больница.

Увековечить таким способом память о легендарном враче поступило от самого коллектива больницы. Инициативу клиники поддержала общественная организация «Ветераны здравоохранения Омской области».

В.Выходцев внёс большой вклад в развитие офтальмологии и здравоохранения Прииртышья. Он успешно возглавлял «глазную» больницу с 1973 по 1998 г. По его инициативе и под его руководством были возведены корпуса стационара и поликлиники.

– Мы отдаём должное уникальному человеку, который успешно решал не только проблемы практического здравоохранения, но и являлся большим учёным. Им создано 28 научных работ, посвящённых методам изучения кровоснабжения глаза, разработаны уникальные методики спасения зрения, – отметил на церемонии открытия председатель Законодательного собрания области Владимир Варнавский.

Татьяна БЕРЕЗОВСКАЯ.

Омск.

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

Начало

Профсоюзный сертификат материальной помощи

В Курской областной организации Профсоюза работников здравоохранения РФ стартовала программа оказания материальной поддержки членам профсоюза, получившим травму на производстве при исполнении трудовых обязанностей. Положением предусмотрены выплаты работникам – держателям «профсоюзного сертификата», независимо от выплаты сумм, причитающихся работнику по другим видам выплат, производимых в порядке возмещения вреда. Сертификаты-гаранты получают все работники – члены областной организации профсоюза.



Во время вручения документа

Как сообщила «Медицинской газете» инициатор программы председатель областной организации Профсоюза работников здравоохранения РФ Светлана Охотникова, при разработке положения за основу взята действующая в профсоюзе с 2010 г. система расчёта выплат. Так, например, при травме на производстве, в том числе в результате действий третьих лиц, член профсоюза получит единовременную выплату до 25 тыс. руб. в зависимости от степени тяжести заболевания и длительности профсоюзного стажа.

Важно, что под действие программы профсоюзного страхования попадают не только медицинский, но и немедицинский пер-

сонал медицинских организаций, образовательных учреждений и организаций социального обеспечения. Это и уборщики служебных помещений, и водители автомобилей, и администраторы, и гардеробщицы, и рабочие по обслуживанию зданий, и другие работники отрасли с низкими должностными окладами.

Каждый случай травмирования работников подлежит обязательному расследованию работодателем, и данная программа не только повышает уровень социальной защиты работников, но и способствует повышению контроля за рассле-

дованием и учётом несчастных случаев в отрасли.

Первые сертификаты уже вручены сторонам социального партнёрства в лице руководителей медицинских организаций и председателей первичных профсоюзных организаций: Курской городской станции скорой медицинской помощи, Курской клинической психиатрической больницы им. святого великомученика и целителя Пантелеимона, Суджанского дома социального обслуживания.

Владимир КОРОЛЁВ,
соб. корр. «МГ».

Особый случай

Большие проблемы маленьких пациентов

Врачи краевой детской клинической больницы Ставрополя провели сложную операцию и спасли жизнь восьмимесячной девочки, проглотившей маникюрные кусачки для ногтей.

Когда пациентку доставили в больницу на «скорой» из другого района, с момента происшествия прошло уже примерно 5 часов. Выяснилось, что ребёнок проглотил металлический предмет, длина которого составляла 5 см, ширина 1 см. Врачам пришлось

приложить немало усилий, чтобы извлечь кусачки из желудка. Вот что сказал корреспонденту «МГ» заведующий эндоскопическим отделением краевой детской клинической больницы Роман Шолом, который оперировал ребёнка:

– Рентгенологическое обследование показало местонахождение инородного тела. В ходе операции мы столкнулись с трудностями, вызванными размерами предмета и пищевода ребёнка. Можно сказать – потребовался творческий подход. Положение осложнялось

тем, что кусачки имели две режущие кромки и слизистая оболочка всё время «норовила» попасть между этих режущих кромок, как бы, заполнить их. Операцию проводили видеогастроскопом, инструментом для захвата был выбран так называемый крысиный зуб. В ходе вмешательства удалось захватить этим «зубом» отверстие в кусачках для продевания шнура...

Рубен КАЗАРЯН,
соб. корр. «МГ».

Ставропольский край.

Инициатива

Три в одном – это и есть преодоление?

Правительство Иркутской области предлагает преодолеть ограниченную доступность определённых видов медицинской помощи жителям Ангарска путём простого математического сложения. Здесь рассматривается возможность объединения трёх лечебных учреждений – перинатального центра, городской больницы № 1 и больницы скорой медицинской помощи. Представители регионального Минздрава уже встретились с коллективом Ангарского перинатального центра и рассказали, чем вызвана необходимость слияния.

Так, по словам заместителя министра здравоохранения области Алексея Шелехова, есть проблемы со своевременным выявлением онкологических заболеваний, полноценным охватом диспансерным наблюдением жителей Ангарска, оказанием многопрофильной медицинской помощи беременным женщинам. «Решить эти задачи возможно только объединёнными усилиями трёх лечебных учреждений Ангарска», – подчеркнул А.Шелехов.

В свою очередь главный специалист министерства по акушерству-гинекологии и репродуктивному здоровью Наталья Протопопова высказала озабоченность высоким процентом преждевременных родов в городе.

– При этом женское население проходит только профосмотр, нет никакой диспансеризации, не выявляются патологии репродуктивной системы. Сегодня, когда есть возможность своевременно диагностировать и лечить многие такие патологии, в том числе, бесплодие, нужно её использовать, – аргументирует Н.Протопопова важность реструктуризации лечебной сети города. Именно объединение Ангарского перинатального центра с двумя городскими стационарами, по идее, позволит организовать консультативный приём и оказание таких узких специалистов, как терапевт, кардиолог, эндокринолог, офтальмолог, нефролог и др. Без таких специалистов в штате перинатальный центр не может вести женщин с «проблемными» беременностями.

Встречаясь с трудовыми коллективами трёх медицинских организаций, которым, возможно, вскоре предстоит стать единым коллективом, чиновники подчёркивают, что штат медработников не будет сокращён, никто из специалистов не останется без работы.

Окончательное решение о слиянии ангарских больниц правительство области примет после того, как сделает свои выводы и представит рекомендации группа экспертов из Национального института качества Росздравнадзора. Их пригласил сам губернатор Игорь Кобзев. Комиссия будет работать в Приангарье до конца января. За это время эксперты познакомятся с направлениями и показателями работы учреждений, которые предполагается объединить, проанализируют нынешнюю маршрутизацию пациентов, то, как она может измениться в случае реорганизации, и насколько заметно это повлияет на доступность и качество медицинской помощи.

Ирина БАЖЕНОВА.

Иркутск.

Официально

В рамках ускоренной регистрации

Минздрав России и Росздравнадзор вернулись к проработке механизма ускоренной регистрации отечественных медицинских изделий по национальным правилам. Ранее вопрос был снят с рассмотрения из-за планировавшегося перехода на регистрацию медизделий по правилам Евразийского экономического союза (ЕАЭС), однако дедлайн был отложен на год, до 1 января 2023 г. Параллельно идёт проработка инициативы об ускоренной регистрации медизделий, произведённых в странах ЕАЭС.

«В отношении ускоренного допуска на рынок медицинских изделий у нас есть отдельное поручение Президента РФ по этому вопросу. С учётом того, что переходный период на евразийское экономическое регулирование был продлён на один год, сегодня Росздравнадзор совместно с Ми-

нистерством здравоохранения возвращается к вопросу введения этих инициатив в национальное регулирование, потому что он был снят с повестки правительством в конце прошлого года. Поскольку ЕАЭС принято решение о продлении переходного периода, этот вопрос в национальном законодательстве будет урегулирован», – сказал заместитель руководителя Росздравнадзора Дмитрий Павлюков.

По его словам, отдельная работа по созданию механизмов ускоренного вывода отечественных медизделий прорабатывается по поручению вице-преьера Татьяны Голиковой в формате евразийского законодательства. Предполагается, что ускоренный доступ коснётся не только российских медизделий, но и всех произведённых в ЕАЭС.

В сентябре прошлого года федеральный Минздрав уже предлагал упростить регистрацию медизделий российского производства при условии включения их в перечень

высокотехнологичных производств Минпромторга России.

В марте 2021 г. Министерство здравоохранения РФ разработало новые поправки в постановление Правительства РФ №1416 от 27.12.2012, согласно которым предлагалось ввести одноэтапную процедуру регистрации медизделий отечественного производства при условии проведения технических испытаний и токсикологических исследований на базе подведомственного Росздравнадзору Всероссийского научно-исследовательского и испытательного института медицинской техники, а клинических – на базе сети НМИЦ, подведомственных Минздраву России.

Предполагалось, что благодаря нововведениям срок регистрации медицинских изделий сократится до 32–112 рабочих дней.

Игорь КОРАБЛЁВ.
МИА Сити!

Деньги

Учитывая территориальные особенности

Комиссия Госсовета по здравоохранению рассмотрит предложение Минздрава России изменить нормативы финансирования ОМС для медицинских организаций, расположенных в Дальневосточном федеральном округе. Инициатива касается городов с населением менее 10 тыс. человек. О недофинансировании таких клиник рассказал глава Республики Бурятия Алексей Цыденов.

Выступая в Совете Федерации, А.Цыденов пояснил, что существующие нормативы финансирования, отражённые в программе госгарантий, не позволяют в малонаселённых пунктах обеспечить работу

медорганизации, в частности оплату труда специалистов, из-за чего региону приходится направлять на это собственные средства. По его мнению, выходом могло бы стать создание центров компетенций, но есть препятствие – расстояние между городами достигает 250–300 км.

Сейчас в Бурятии 90 дотируемых медицинских организаций. С учётом дефицита бюджета глава республики попросил сенаторов и присутствующих представителей Минздрава России посодействовать в решении проблемы, актуальной и для других субъектов Дальневосточного федерального округа. Несмотря на поручение Президента и работу Минздрава

России в этом направлении, сказал он, «работа не закончена».

Заместитель министра здравоохранения РФ Сергей Глаголев заверил, что вопрос будет рассмотрен на ближайшем заседании Госсовета по направлению «Здравоохранение». Кроме того, в министерстве считают важным увеличение в Дальневосточном федеральном округе финансирования модернизации первичного звена. В той же Бурятии на обновление материально-технической базы «первички» необходимо 14 млрд руб., тогда как по программе модернизации предусмотрено лишь 3,4 млрд.

Леонид ПОЛЯКОВ.
МИА Сити!

Решения

Добавлены позиции

Правительство расширило перечень имплантируемых медицинских изделий в рамках программы бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. Теперь в него входят 375 наименований. Распоряжение об этом подписал председатель Правительства РФ Михаил Мишустин.

В перечень добавлены три новые позиции. В их числе – биопротез сердечного аортального клапана/протез аорты из ксеноматериала. Он используется для оказания специализированной медицинской помощи пациентам с сердечно-сосудистыми заболеваниями, в частности с врождённым стенозом аортального клапана.

Также в обновлённом перечне – синтетический материал для эмболизации сосудов. Такое медицинское изделие используется при оказании высокотехнологичной помощи пациентам с доброкачественной гиперплазией предстательной железы и послеродовым кровотечением.

Решение повысит доступность дорогостоящих медицинских изделий для пациентов, которые нуждаются в особом лечении.

Андрей ДЫМОВ.

Пресс-конференции

Штамм может не выдержать собственных темпов

Заболелаемость, вызванная омикроном, может пойти на спад в конце января – начале февраля. Такое предположение высказал главный научный сотрудник Национального исследовательского центра эпидемиологии и микробиологии им. Н.Ф.Гамалеи Анатолий Альтштейн на пресс-конференции, приуроченной к году начала массовой вакцинации против COVID-19 в России.

Учёный отметил, что это особый штамм, который отличается высокой заразностью в силу того, что вирус размножается в верхних дыхательных путях, быстро передаётся, а заражающая доза при этом высокая. Вакцины против него действуют довольно слабо: защищают от тяжёлого течения

заболевания, смерти, но далеко не полностью предупреждают заражение. В то же время данный вирус отличается очень интересными свойствами: то огромное количество мутаций, которые в нём выявили, указывают на то, что, возможно, он генетически нестабилен, поэтому его заразность и патогенное действие могут довольно быстро меняться в сторону снижения.

Эти выводы А.Альтштейн подкрепил данными из Африки. Учёные видят довольно любопытный феномен: в большинстве государств этого континента, где «омикрон» возник и начал распространяться ещё в ноябре, пик был пройден перед Новым годом, после чего кривая заболеваемости пошла вниз. То же самое наблюдается в Великобритании – первой

из развитых стран, где началась эпидемия штамма омикрон, а также в США, Франции. «То есть можно сделать прогноз, что, скорее всего, к концу января – началу февраля заболеваемость в России тоже пойдёт вниз. Этот штамм не выдерживает такого огромного темпа заражений, который он взял. При заражении такого количества людей, по-видимому, возникает генетическая нестабильность, и его инфекционность снижается. Это нуждается в тщательном научном изучении, но создаётся впечатление, что вирус не предназначен для длительного размножения на высоком уровне», – заключил учёный.

Ректор Высшей школы организации и управления здравоохранением Гузель Улумбекова подтвердила эти выводы, сославшись

Назначения

На должность заместителя министра здравоохранения РФ назначен Андрей Плутницкий.

А.Плутницкий окончил Северо-Осетинскую медицинскую академию по специальности «лечебное дело», Российскую экономическую академию им. Г.В.Плеханова по специальности «финансы и кредит», Российский государственный социальный университет по специальности «юриспруденция», доктор медицинских наук.

Имеет опыт клинической работы, занимал ряд должностей в органах управления здравоохранением на

уровне муниципалитета и субъекта РФ, возглавлял территориальный орган Росздравнадзора по Москве и Московской области. С августа 2020 г. работал в должности директора Департамента проектной деятельности Минздрава России.

Исполняющим обязанности генерального директора Национального медицинского исследовательского центра «МНТК «Микрохирургия глаза им. С.В.Фёдорова» Минздрава России приказом министра здравоохранения РФ Михаила Мурашко назначен Олег Гриднев, ранее занимавший должность заместителя министра.

Статистика

Наглядно о доступности

Росстат представил данные выборочного наблюдения качества и доступности услуг в сфере здравоохранения за 2021 г. Выяснилось, что за этот период диспансеризацию прошли 30,6% опрошенных, что почти на 1% ниже, чем в 2020 г. (31,7%) и на 7% – чем в 2019-м (37,7%). За 2021 г. 62% респондентов обращались за медпомощью, из них 94% получили ее по месту жительства.

Участие в исследовании приняли граждане, проживающие в 48 241 домохозяйстве России, всего 112 963 человека старше 16 лет. Росстат не проводил опрос среди людей, проживающих в домах-интернатах, монастырях и долговременно находящихся в больницах. Сбор данных проходил методом личного опроса.

Согласно собранной информации, в государственные медорганизации в 2021 г. обращались 96,5% россиян, чаще всего (68,8%) они приходили в детские или взрослые поликлиники. В частные клиники за медпомощью обращались 3,3% опрошенных и 0,1% – к частнопрактикующим специалистам. Уточняется, что помощь по ОМС получили 94,3% россиян, а 4,7% оплачивали услуги по ДМС или из личных средств.

Чаще всего среди причин, по которым респонденты обращались в частные клиники, называли низкое качество медуслуг, которые предоставляются бесплатно (35,3%), длительность ожидания очереди в госучреждениях и/или неудобный график их работы (29,9%), отсутствие специалистов или оборудования в госклиниках (21,3%).

При этом 4% респондентов отметили, что при получении медпомощи в амбулаторных условиях платили за услуги «неофициально»: из этого числа 11,8% «иногда» доплачивали медперсоналу за лечение или обследование, 1,6% –

«довольно часто». Никаких доплат не производили 88,6% из всех опрошенных.

Росстат также узнал об удовлетворённости россиян работой поликлиники, к которой они прикреплены: более 40% опрошенных удовлетворены не в полной мере, полностью удовлетворены 39,2%, вообще недовольны работой поликлиники 10,2% респондентов. Чаще всего их не устраивала длительность ожидания в очередях (65,3%), работа врачей-специалистов (60,9%), отсутствие необходимого оборудования и/или препаратов (49,3%), работа участкового врача (31,3%) и условия для ожидания приёма врача (26,5%). Не посещают медицинское учреждение, к которому прикреплены, 9,7% респондентов.

Трудности с вызовом скорой помощи в 2021 г. испытали 3,8% опрошенных, из них 76,7% пожаловались на долгое ожидание бригады, 24,1% заявили об отсутствии свободной бригады, 16,5% сообщили, что им дали рекомендацию вместо приезда скорой и 10,3% не смогли связаться с диспетчером. Не испытывали трудности вместо приезда скорой и 10,3% не смогли связаться с диспетчером. Не испытывали трудности 24,1%, а вовсе не вызывали скорую помощь 72,1% участников исследования.

Интересно, что в январе 2020 г. Росстат также представил данные исследования «Выборочное наблюдение состояния здоровья населения». Тогда стало известно, что среди опрошенных, обращавшихся за помощью в 2020 г., недовольными работой государственных медучреждений оказались 24%, причём частными клиниками остались не удовлетворены только 8,1%. Чаще остальных своё недовольство высказывали респонденты из Севастополя (54,6%), Калининградской области (47,2%) и Камчатского края (39,4%).

Олег РОМАШОВ.
МИА Сити!

эпидемиологии Роспотребнадзора Александр Горелов.

Говорить о скором снижении заболеваемости «омикроном» посчитал преждевременным и председатель Комитета Государственной Думы РФ по охране здоровья Дмитрий Хубезов: «По сути дела, мы стоим только в начале пятой волны. Это, наверное, слишком оптимистичный прогноз, это будет не так, поэтому расслабляться здесь нельзя, ситуация очень серьёзная. Многие исследования проводились либо в ЮАР, где средний возраст населения ниже, либо в странах, где значителен процент вакцинированных. У нас немного другая ситуация. Поэтому порох нужно держать сухим и готовиться очень серьёзно».

Римма ШЕВЧЕНКО,
корр. «МГ».

Год науки и технологий, объявленный Президентом России Владимиром Путиным, стал мощным стимулом для развития медицины и здравоохранения страны. Существенные результаты достигнуты в области профилактики, диагностики и лечения новой коронавирусной инфекции, хотя до победы над ней ещё далеко. В лечебных учреждениях произошли и большие сдвиги в оснащении современным оборудованием, что позволило освоить технологии, которые более эффективны в сражении с болезнями.

В 2020 г. в клинике им. Г.Н.Сперанского выявили и диагностировали значительное количество детей с коронавирусом. В этом году сюда поступают дети с ОРВИ, гриппом, COVID-19. О развитии одной из крупнейших многопрофильных детских больниц не только России, но и Европы, носящей имя знаменитого медика, корреспондент «МГ» Галина ПАПЫРИНА беседовала с главным врачом больницы профессором Анатолием КОРСУНСКИМ.



В этих условиях особенно актуальными становятся современные методы визуализации, позволяющие быстро, неинвазивно, с высокой точностью оценить имеющуюся патологию полости рта и спланировать дальнейшее лечение.

Для достижения поставленной цели нами используется 3D-сканер с технологией сверхбыстрого оптического сканирования. Данный метод основан на способности исследуемого объекта отражать, рассеивать, поглощать и пропускать сквозь себя лучи света. К достоинствам метода можно

отметить, что наука стала основной для деятельности больницы и именно на основании последних научных разработок появились направления, о которых я сейчас говорю. Клиника исторически имеет огромный научный опыт, с 1946 г., когда сюда пришла кафедра педиатрии, возглавляемая академиком Г.Сперанским. Сегодня больница – это база 14 кафедр четырёх крупнейших медицинских вузов Москвы, трёх университетских

– Для начала сделаем небольшой экскурс в недавнюю историю. В декабре 2019 г. на базе нашей больницы открылся уникальный специализированный Центр неонатальной нефрологии и диализа (ЦННид), оказавшийся очень востребованным. Каждый год в Москве около 20 тыс. новорождённых поступают из родблока в отделение реанимации и интенсивной терапии. По статистике центра, более 200 из них – с врождённой почечной недостаточностью. И если заместительная почечная терапия доступна для взрослых, значит, нужно и можно помочь новорождённым детям.

В последние годы в России наблюдается стойкая тенденция к снижению младенческой смертности. Этому сегодня способствует и ЦННид. Благодаря налаженной системе маршрутизации и своевременному обращению врачей перинатальных центров, роддомов и детских больниц столицы за консультацией к специалистам ДГКБ № 9 удалось снизить число летальных исходов среди новорождённых с тяжёлым почечным поражением. Факторы, снижающие летальность: раннее обращение в ЦННид, в том числе наблюдение пациентов из группы риска (асфиксия, сепсис, шок) до возникновения потребности в диализе; своевременный старт диализа; участие в лечении специалистов центра; отсутствие транспортировки в критическом состоянии до начала заместительной почечной терапии. Нами используются самые современные методы помощи детям с острой почечной недостаточностью. Команда специалистов уже 15 лет занимается этой проблемой, разработала собственный метод заместительной терапии – перитонеальный диализ, на который оформили патент. Эта процедура подходит для новорождённых даже с экстремально низкой массой тела. Методика не предполагает использования сложного оборудования и безопаснее для ребёнка, чем классический гемодиализ.

Кроме того, в нашей клинике маленький пациент проходит весь цикл лечения: восстановление функции почек, если есть необходимость – перевод в педиатрические отделения на долечивание, и после выписки пациенты продолжают наблюдаться в центре. К нам они поступают из всех родильных домов столицы, а если ребёнок по каким-то причинам не транспортабелен, то наши специалисты приезжают в роддом, чтобы на месте выполнить диализ.

– И каков же итог?

– В 2021 г. в центре получили лечение 131 пациент, из которых у 77 была эффективно применена консервативная терапия. Заместительную почечную терапию получили 54 ребёнка. В 2021 г. мобильные бригады центра осуществили почти 400 консультаций.

Также по обращениям коллег мы оказываем телемедицинские консультации по всей России: Абакан, Брянск, Владикавказ, Калуга, Омск, Ставрополь, Сургут, Тамбов, Тула, Улан-Удэ, Челябинск, Ярославль – вот неполная география наших консультаций за первый год работы.

– Есть ли другие востребованные отделения в клинике? Ведь работа в столице служит хорошим стимулом для сотрудничества современному мировому уровню в охране здоровья детей.

– В больнице особое внимание уделяется развитию неонатальной хирургии. В хирургическом отделе-

Тенденции

Ориентир — на развитие

Детская больница № 9 им. Г.Н.Сперанского Департамента здравоохранения Москвы: равнение на столичные стандарты



нии для новорождённых и недоношенных детей оперируют пациентов с пороками развития: лёгких и органов средостения (аденомагроз лёгкого, диафрагмальная грыжа, секвестр лёгкого); желудочно-кишечного тракта (атрезия пищевода, двенадцатиперстной кишки, тонкой и толстой кишки, атрезия ануса); мочевого пузыря, мочевого пузыря, мегауретер, острая почечная недостаточность). В центре особого внимания – пороки развития передней брюшной стенки (гастрошизис, омфалоцеле). При выполнении оперативных вмешательств используются все современные методы: лапароскопические операции под контролем УЗИ, после полного обследования с методами лучевой диагностики – МРТ/КТ, рентгеноскопии с контрастированием, а также электрохирургическая аппаратура для диссекции и коагуляции тканей.

Для лечения и наблюдения новорождённых и недоношенных детей особое значение имеет маршрутизация. Поэтому операционная для новорождённых находится рядом с неонатальными отделениями, куда крошечные пациенты переводятся для дальнейшего лечения и восстановления. В I квартале 2019 г. рейтинг городских новинок в проекте «Активный гражданин» возглавила новость об открытии операционной для новорождённых в больнице им. Г.Н.Сперанского.

Работа неонатальных отделений строится на принципах охранительного режима и индивидуального ухода, направленных не только на лечение заболевания, но и на развитие ребёнка. Мамам и крошечным пациентам предоставляются самые комфортные условия в отдельных изолированных индивидуальных боксах со всеми удобствами.

– Какие ещё направления медицинской практики в девятой детской дают весомые результаты?

– Задача из задач – развитие челюстно-лицевой хирургии. Находясь на стыке многих дисциплин и являясь неотъемлемой частью детской хирургии, она активно развивается и решает важные

задачи реконструктивно-восстановительной медицины. В последнее десятилетие в детской челюстно-лицевой хирургии широко используются такие современные методы диагностики, как КТ, МРТ, ангиография, трёхмерное ультразвуковое исследование. Внедрение в медицину цифровых технологий является одним из приоритетов развития сферы здравоохранения во всём мире.

В современных условиях планирование челюстно-лицевых операций не обходится, а иногда и невозможно без компьютерного и стереолитографического биоинженерия. Лечение детей с расщелиной губы и нёба является сложным многоэтапным процессом, включающим работу междисциплинарной команды специалистов различного профиля. Ежегодно на базе клиники специализированную и высокотехнологичную медицинскую помощь получают до 20 новорождённых с этой проблемой и около 80 детей различных возрастов от месяца до 18 лет не только из Москвы и Московской области, но и других регионов страны по полису обязательного медицинского страхования.

Сегодня отделение челюстно-лицевой хирургии стало площадкой активного междисциплинарного взаимодействия клиницистов больницы и учёных-практиков Сеченовского университета. Основной концепцией в работе коллектива специалистов, связанных с челюстно-лицевой хирургией, является оказание специализированной помощи с момента выявления патологии челюстно-лицевой области при ультразвуковом исследовании в пренатальном периоде на 18-20-й неделе беременности. Это имеет значение не только для ранней коррекции этой врождённой патологии с первых дней жизни, но также позволяет обеспечить и сохранить грудное вскармливание для этих младенцев.

Работа с данной категорией пациентов имеет определённую сложность. Они связаны с затруднённым осмотром полости рта у новорождённого, беспокойным поведением, наличием сопутствующей соматической патологии, послеродовым стрессом у матери.

отнести определение различных характеристик объекта без непосредственного контакта с ним, что очень важно при работе с новорождёнными детьми. Можно исследовать как геометрические параметры объекта и расстояния до него, так и другие характеристики (рельеф поверхности, температура, плотность), получить фотографии объекта в высоком разрешении, выполнить видеосъёмку. Положительными характеристиками оптического сканирования является высокая скорость исследования, повторяемость, что важно у новорождённых детей.

Использование оптического сканирования у новорождённого с расщелиной губы и нёба позволило получить достоверную визуализацию зоны патологии, отказаться от снятия оттисков, изготовления гипсовых моделей, произвести компьютерные расчёты и спланировать этапы хирургического лечения. Метод прост в исполнении, неинвазивен, может использоваться у новорождённых, является перспективным диагностическим методом в планировании междисциплинарного подхода в лечении детей с расщелиной губы и нёба, начиная со дня рождения. В настоящее время работа по изучению сверхбыстрого оптического сканирования у новорождённых с патологией челюстно-лицевой области продолжается.

– Отсюда вытекает задача из задач – отработать перспективный диагностический метод...

– Да, в отделении оказывается медицинская помощь детям с заболеваниями челюстно-лицевой области, травмами и их последствиями: послеоперационными и посттравматическими дефектами, деформациями челюстно-лицевой области (в том числе рубцовыми деформациями мягких тканей); опухолеподобными образованиями слизистой оболочки полости рта, мягких тканей лица и шеи. Здесь же производится удаление родинок и бородавок аппаратами без последующего образования рубцов. Реконструктивная ринопластика у детей с расщелиной губы и нёба с проведением пластики кончика, крыльев и перегородки носа с 16 лет; при сочетанных травмах совместно с другими специалистами оказывается специализированная помощь пациентам с травмами лица различной этиологии и локализации: мягких тканей лица, полости рта и зубов, переломами костей лицевого скелета и их последствиями; воспалительными заболеваниями слюнных желёз, мягких тканей лица и челюстей. Проводятся операции по поводу врождённых аномалий развития слизистой рта, коротких уздечек языка, губ, операции по углублению преддверия рта (вестибулопластика перед ортодонтическим лечением) и другие операции в полости рта; удаление ретенционных и дистопированных зубов, кист челюстей и других образова-

клинических. Студенты, прошедшие обучение на нашей базе, работают во всех крупнейших больницах столицы и во многих ведущих клиниках страны. Наши клинические ординаторы сегодня возглавляют отделения во многих больницах не только Москвы и Подмосковья, но и в других субъектах РФ. Наши врачи в качестве добровольцев работают в стационарах, которые оказывают медпомощь больным с коронавирусом, и заслужили там высокую оценку руководителей.

Важно отметить, что несмотря на пандемию коронавирусной инфекции, при условии соблюдения всех действующих санитарных норм и требований больница принимает и оказывает медицинскую помощь всем нуждающимся в экстренной и плановой помощи хирургов всех филиалов. Пациенты, проживающие за пределами Москвы, могут безотлагательно получить этот вид помощи при поддержке программы «Москва – столица здоровья».

– Решением каких приоритетных проблем будет заниматься коллектив детской больницы в наступившем 2022 г.? Как я понимаю, в планах и дальше высоко держать планку качества работы столичной клиники. Что видится за горизонтом?

– В этом году мы делаем ставку на развитие технологии кратковременного пребывания. Это веяние времени, направление работы, активно поддерживаемое Департаментом здравоохранения Москвы. Сейчас будем развивать технологии по малоинвазивным методам лечения в детской хирургии, не требующие длительного пребывания в стационаре, что особенно важно в условиях меняющейся эпидемиологической обстановки. Далее планируем распространить их на другие виды помощи, в частности, в отделении катамнеза наблюдать, консультировать пациентов неонатальных отделений и после выписки.

– Анатолий Александрович, позвольте вас поздравить с 99-летием больницы, в следующем году вы будете отмечать вековой юбилей.

– Спасибо! Да, в 2023 г. многопрофильная детская больница № 9 им. Г.Н.Сперанского отпразднует 100-летие. К вековому юбилею готовимся уже сейчас: благодаря градостроительному проекту префектуры центрального административного округа территория больницы преобразилась: появились новые прогулочные зоны для родителей с маленькими пациентами, детские игровые комплексы с качелями, фитнес-зона для сотрудников больницы, удобная навигация. В конце прошлого года больницу посетил мэр Москвы Сергей Собянин и положительно оценил результаты нашей работы.

– Что ж, в добрый путь! Желаю вашему коллективу созидания, жить и работать так, чтобы не иссякал заряд добра и милосердия к детям.

– Александр Николаевич, изменение соотношения между количествами вновь выявляемых за сутки случаев заболевания COVID-19 и госпитализаций (первое заметно растёт, а второе снижается) истолковывается одними как признак истощения вируса SARS-CoV-2 и близкого завершения пандемии, а другими – как предвестник новой, ещё более суровой мутации. К какому мнению склоняетесь вы, зная закономерности вирусологических процессов вообще и особенности изменчивости данного вируса?

– В отношении вирусов некорректно использовать такие слова, как «предвестник», потому что их эволюция – процесс совершенно случайный, никаких закономерностей в нём нет. Предвестников появления новых вариантов коронавируса у нас точно не будет, как их не было перед появлением штаммов дельта и омикрон. Точно так же нет понятия «истощение потенциала» вируса: есть процесс нормального развития эпидемии с появлением коллективной иммунной прослойки и снижением уровня заболеваемости, но называть такое поведение вируса его истощением можно очень условно. Например, в случае с коронавирусом SARS-CoV-2 мы будем иметь не «истощение вирусных сил», а всего лишь, в лучшем случае, шаткое равновесие, потому что иммунитет к данному возбудителю достаточно быстро угасает. Та коллективная иммунная защита, которая была сформирована к настоящему времени к предыдущим штаммам и сейчас формируется к омикрону, будет сохраняться на высоком уровне всего несколько месяцев. Мы не можем загадывать, какой окажется эпидемиологическая ситуация даже осенью 2022 г., не говоря о более поздних сроках.

– Коллективный иммунитет угасает потому, что угасает индивидуальный у каждого человека? А какой именно – поствакцинальный или постинфекционный?

– Любой иммунитет – и после прививки, и после перенесённого заболевания. У разных людей это происходит с разной скоростью: у кого-то за три года, а у кого-то за три месяца. Возможно, у части людей он останется на всю жизнь, но у кого именно и сколько таких в популяции, оценить сейчас невозможно. В качестве усреднённого срока пока можно принять период сохранности индивидуального и, следовательно, коллективного иммунитета 6 месяцев – время, через которое возможно появление новых волн инфекции даже на фоне максимального показателя вакцинированности населения.

– Правильно ли я понимаю, что вы не делаете никаких однозначных заключений о роли «омикрона», при этом не столь оптимистичны, как сторонники гипотезы о том, что его появление – это начало конца пандемии?

– Скажу так: мы имеем право назвать это началом конца пандемии, потому что сама пандемия – понятие условное. Договоримся объявить конец пандемии – так и будет. Другое дело, ожидать, что коронавирус после этого исчезнет, было бы чересчур оптимистично.

Во-первых, омикрон-штамм показал: ящик Пандоры мутаций вируса может быть в несколько раз глубже, чем мы предполагали, потому что этот штамм получил почти в три раза больше мутаций, чем мы ожидали от коронавируса за этот срок, глядя на уже знакомый штамм дельта. Коль скоро такой необычный штамм смог возникнуть один раз, значит, подобное может повториться снова и снова, и мы не знаем, сколько всего может появиться в итоге

серологических вариантов вируса SARS-CoV-2.

У некоторых вирусов пространство для эволюции очень ограничено. Например, есть всего один серологический тип вируса кори, и ничего нового не появляется. А у других возбудителей может быть сто, двести, триста антигенных вариантов, их количество не лимитировано. К числу таких относится вирус гриппа: сосчи-

явления ещё более патогенного варианта коронавируса.

К тому же подобные эксперименты не гарантируют того, что человек в принципе способен придумать такие свойства вируса, которые тот может сам случайным образом получить в природе. А у вируса есть масса таких возможностей, и омикрон показал это. Мы даже не представляем весь диапазон изменчивости корона-

защищает от тяжёлого течения и смерти и препятствует распространению прошлых вариантов вируса. Но вакцинация практически не влияет на распространение штамма омикрон. Мы это чётко видим на примере стран, где привито почти всё взрослое население. Поэтому, если до сих пор мы рассматривали вакцинацию как способ защиты общества, то в случае с омикроном прививка

вероятностью предположить, кто не заболеет в тяжёлой форме, но не позволяет на 100% предсказать возможность кратковременной инфекции и бессимптомного носительства вируса, не позволяет прогнозировать вероятность заражения штаммами вируса с другими антигенными свойствами – такими, как омикрон. Антитела к коронавирусу хотя бы в минимальном титре можно найти у большинства переболевших, при этом мы видим, как эти уже единожды переболевшие или привитые сейчас болеют инфекцией, вызванной омикроном. Да, болеют легко и редко попадают в стационар, но тем не менее болеют.

Почему люди умирают от коронавируса? Мы более или менее понимаем патогенез тяжёлого заболевания, но не понимаем, чем определяется индивидуальный риск смерти, и как его можно предсказать до встречи с вирусом.

Следующее: эпидемиологические модели XX века, которыми мы пользуемся до сих пор, оказались совершенно неадекватны и малоинформативны. Они пришли к нам из физики элементарных частиц, где все частицы одинаковые. А люди все разные: у кого-то может быть в день ноль контактов, у кого-то сто, кто-то имеет иммунитет слабый, а кто-то может быть в сто раз более устойчив к данному вирусу. Нужно разрабатывать новые модели эпидемий.

Что касается ревакцинации, моя точка зрения такова: ревакцинация помогает значительно снизить риск заражения штаммом дельта и имеет неплохой эффект в отношении штамма омикрон. Шесть месяцев – это оптимальный период для ревакцинации или нет? Я не уверен, что стоит форсировать регулярную – через каждые полгода – повторную вакцинацию против коронавирусной инфекции, потому что мы пока не имеем данных. Тем более, что мы не представляем, какие штаммы будут циркулировать через 6 месяцев.

И вообще, пока у нас есть лишь отрывочные данные об эффективности четвёртой дозы вакцины. Вряд ли какое-то, даже очень большое количество доз вакцины может остановить распространение антигенно-отличающихся штаммов коронавируса, таких, как омикрон. Мы видим, что те, кто получил три дозы вакцины, уже достаточно неплохо защищены от гибели при заражении даже таким опасным штаммом, как дельта. Поэтому нужно более взвешенно подходить к определению периодичности последующих ревакцинаций.

Также я не вижу причин торопиться с массовой вакцинацией детей. Да, дети болеют, иногда тяжело, но в среднем намного реже, чем взрослые. Остановить циркуляцию вируса вакцины также пока не смогли. И если у взрослых при летальности порядка 2% мы могли спокойно относиться к небольшому риску побочных эффектов, то для детей я пока не вижу условий, чтобы решить уравнение «риск/польза» в поддержку массовой вакцинации. Да, вакцина против коронавируса спасла тысячи жизней, но это не повод уходить от принципов доказательной медицины при планировании дальнейшей стратегии.

Ещё вы спрашивали о возможности и целесообразности комбинирования препаратов, когда первая прививка делается одной вакциной, а ревакцинация – другой, созданной на иной платформе. В моём представлении и в представлении многих зарубежных учёных, любые комбинации вакцинных препаратов допустимы, это безопасно и даже эффективно. Хотя сегодня, к сожалению, множественные ревакцинации всё чаще делают ради международных сертификатов.

Беседу вела
Елена БУШ,
обозреватель «МГ».

Экспертный уровень

Омикрон. Кто он, откуда и зачем?

Роль нового штамма коронавируса неочевидна, прогнозы спекулятивны



Парадокс: чем сложнее ситуация с коронавирусной инфекцией и непонятнее поведение возбудителя, тем больше точек зрения, противоречащих друг другу, озвучивают многочисленные самопровозглашённые эксперты, среди которых в лучшем случае инфекционисты, в худшем – терапевты и урологи, в крайнем – политики. Хотя, как нам кажется, именно сейчас, когда происходит замещение уже привычного штамма дельта очередным вариантом коронавируса – омикроном, главное слово – за истинными экспертами, то есть специалистами в области вирусологии и иммунологии, ну и, конечно же, за эпидемиологами.

Есть несколько фундаментальных вопросов, без ответов на которые, как нам кажется, организаторам здравоохранения трудно принимать верные стратегические решения, а врачам на местах – тактические. Являясь профессиональным медицинским изданием, «Медицинская газета» обратилась за ответами к профессионалу – одному из ведущих специалистов в области эволюции вирусов член-корреспонденту РАН Александру ЛУКАШЁВУ.

тат количество его антигенных вариантов очень трудно.

Во-вторых, сегодня ещё продолжает циркулировать штамм дельта, и нет оснований надеяться на то, что инфекция, вызванная омикроном, даст переболевшему ею человечеству долговременную и мощную защиту от дельты. Обращаясь к тем экспертам, которые называют штамм омикрон «живой вакциной»: это плохая вакцина. Она, во-первых, вряд ли гарантирует защиту от заражения, например, штаммом дельта, даже в краткосрочной перспективе, до ближайшей осени. А во-вторых, от омикрона тоже умирают. Метафора про живую вакцину красивая, но неуместная.

Ну и, в-третьих, омикрон, вероятно, будет эффективнее реализовывать стратегию «ударил и убежал». Если вирус успевает размножиться и передаться следующему больному быстрее, чем иммунная система будет активирована даже у переболевших или привитых, то уровень коллективного иммунитета не будет иметь определяющего значения.

– Всемирная организация здравоохранения на днях тоже пессимистично высказалась в отношении сценария пандемии: предупредила о возможности появления ещё более высокопатогенного штамма коронавируса. Что это, по-вашему – обычная перестраховка, или у ВОЗ действительно есть сеть экспертных центров, где изучается изменчивость вируса и делаются прогнозы?

– Повторю то, что уже сказал: мне не известны способы сделать какие-то осмысленные прогнозы по изменчивости коронавируса. Единственный способ, как раз те самые опасные для человечества эксперименты, которые проводились в той самой уханьской вирусологической лаборатории: когда учёные пытаются придать какому-либо возбудителю новые свойства и посмотреть, что из этого выйдет. Но вряд ли сейчас кто-то в научном мире пойдёт на такие эксперименты с целью спрогнозировать вероятность по-

вируса, несмотря на наши знания и усилия.

– Одним словом, нет никаких оснований для выводов, что же такое штамм омикрон – очередная ступень эволюции коронавируса SARS-CoV-2 или его тупиковая ветвь, правильно?

– В целом да. Для клиницистов омикрон – это некоторая передышка: снижается количество госпитализаций пациентов с тяжёлыми формами болезни. Но для тех, кто занимается изучением эволюции вирусов, омикрон очень неприятное явление, мы не могли предвидеть ничего подобного. Вторую дельту мы предсказать могли, это было бы вполне ожидаемо, но омикрон...

Что дальше? Теоретически, скорее всего, появится следующий мягкий вариант, похожий на омикрон. Почему? Потому что вирус, который размножается в верхних дыхательных путях, имеет более подходящие характеристики для передачи от человека человеку, то есть он легче распространяется в популяции. Однако нет никакой гарантии, что он при этом должен полностью потерять способность вызывать пневмонию и летальный исход.

Мягкость штамма омикрон – тоже своего рода метафора, потому что это условная мягкость: для кого-то лёгкое течение инфекции, а для кого-то – реанимация и ИВЛ. Кто в какую группу попадёт, одному богу известно.

– К настоящему времени показатель коллективного иммунитета к коронавирусу в России между 60 и 70%. На этом фоне ежедневные сообщения об уменьшении количества госпитализаций и снижении летальности не приведут к отказу людей от вакцинации? Или нынешний уровень коллективного иммунитета оказался уже достаточен, чтобы перейти кризисную черту пандемии в нашей стране?

– Думаю, нам вообще предстоит в ближайшие несколько недель или месяцев пересмотреть подходы к вакцинации. Она однозначно

становится в большей степени вопросом персонального значения.

Далее, вакцинация населения – один из способов предотвратить перегрузку системы здравоохранения. Такой перегрузки мы при огромных цифрах заболеваемости омикроном пока не наблюдаем. То есть и этот аргумент в пользу форсированной поголовной вакцинации становится сомнительным.

Но! Сказанное мною не означает, что завтра кампанию по вакцинопрофилактике в стране можно сворачивать – ни в коем случае! Сегодня ситуация такова, а завтра она может измениться кардинально, поэтому организаторам здравоохранения очень непросто принимать любые решения. Упрекать их в этом нельзя. По ходу пандемии учёным приходится пересматривать свои взгляды, а чиновникам – вытекающие из знаний учёных организационные меры, это абсолютно нормально для любой эпидемической ситуации.

– В декабре на конференции в Санкт-Петербурге собралась элита российской вирусологии и иммунологии, и даже в этой небольшой компании не было единства мнений по ряду принципиально важных вопросов: следует ли так уж сильно сосредоточиваться на изучении иммунопатогенеза коронавирусной инфекции, искать биомаркеры предрасположенности и устойчивости к ней, имеет ли смысл изменить периодичность ревакцинации, возможно и целесообразно ли комбинирование вакцин? Дискуссия состоялась, но общее мнение так и не было высказано. Может быть, поделитесь своим?

– Прежде всего скажу, что в ситуации с коронавирусом SARS-CoV-2 мы, как никогда прежде, остро поняли, что не имеем полной ясности по большинству аспектов и этой, и других инфекций. В частности, не знаем, как вообще определять защиту от коронавируса – кто заболевает, а кто нет. Есть какие-то суррогатные маркеры, например, уровень антител. Однако этот показатель лишь даёт возможность с большой

Одним из ярких и значимых событий в отечественном здравоохранении в прошлом году стало открытие Института ядерной медицины в составе АО «Медицина» (клиника академика Ройтберга).

Благодаря этому масштабному проекту появилась возможность оказывать в комплексе все виды высокотехнологичной онкологической помощи, а также развивать новые направления. Несмотря на непростые времена, высокий уровень качества работы по-прежнему подтверждает и сама клиника.

Каков путь от идеи до результата, какие на нём встречаются трудности, и возможно ли сегодня думать о создании новых масштабных проектов? Об этом мы беседуем с президентом клиники АО «Медицина», заведующим кафедрой семейной медицины Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И.Пирогова, академиком РАН Григорием РОЙТБЕРГОМ.

– Январь — время осмысления итогов прошлого года. Знаю, что он был отмечен рядом важных событий. Хотелось бы, чтобы вы рассказали об этом подробнее.

– Вызовы, с которыми мы столкнулись в последнее время, были не совсем обычными. Вот уж действительно «эпоха перемен»... Тем не менее, 2021 г. был очень интересным, хотя и непростым. В любом случае это часть нашей жизни, ведь, как говорится, «времена не выбирают».

С одной стороны, ковид внёс большие изменения не только в здравоохранение и экономику страны, но и в отношения между людьми.

С другой, — появилось много новых возможностей. Поэтому можно сказать, что год получился.

– Пожалуй, одного только открытия Института ядерной медицины было бы достаточно, чтобы считать год удачным. Это совершенно потрясающее лечебное учреждение, даже внешне, где представлены лучшие технологии оказания онкологической помощи на самом современном оборудовании. Он впечатляет и неспециалистов!

– Иногда привыкаешь к ежедневным делам, которые кажутся рутинными, а потом через какое-то время понимаешь: в сумме получилось совсем немало! Да, открытие института — ёмкое событие. Мы ввели много новых методик, новых направлений деятельности. Теперь надо его отшлифовать, отработать, чтобы функционировал так, как задумано.

Но были и другие достижения. Выпустили две монографии, создали кафедру ядерной медицины в РНИМУ им. Н.И.Пирогова, наладили связи с Университетом Джона Хопкинса в США.

Клиника «Медицина» подтвердила и высокий уровень качества и безопасности услуг и повторно стала лидером здравоохранения РФ. По новой методике повысили и профессиональный уровень нескольких десятков врачей.

И каждая из составляющих — уже история...

Из первых уст

Эпоха перемен

И дел, и планов громадье



В.Матвиенко (в центре) и А.Воробьев знакомятся с работой Института ядерной медицины

– Все эти события совпали с вашим личным юбилеем, который, как мне думается, наверняка стал поводом для появления новых планов и идей. На что будет нацелена ваша энергия?

– Честно говоря, я никогда не планирую завершения каких-то важных проектов специально к юбилею. Стараемся, чтобы всё время происходило что-то новое. Но, естественно, такие даты подталкивают и к подведению определённых итогов, и к пониманию, как много ещё хотелось бы успеть.

Во время небольшого отпуска, который я взял после празднования, как раз пытался осмыслить: правильно ли я живу? Что ещё нужно сделать?

Но подобные «разборы полётов» я себе устраиваю не только в юбилеи. Иногда освобождаю несколько дней, лучше всего, если могу провести их «наедине с собою». Ни одна хорошая идея никогда не возникала на рабочем месте! Всегда — либо на лыжной трассе, либо во время встречи с друзьями или в кино. Мозг всё равно функционирует, но в этот момент он освобождается от суеты. Рабочий день заполнен массой неотложных дел. А когда есть время подумать, когда ты расслаиваешься, тогда что-то светлое и приходит.

Например, в это воскресенье катался на лыжах. И именно там окончательно оформилась идея, что я хочу делать дальше.

– Поделитесь?

– Пока нет. Проектирование начинаем примерно в мае. Думаю, что за полтора года, может немного больше, у нас появится новый, интереснейший объект.

– Будем ждать! Представляю, сколько трудностей пришлось преодолеть в жизни, становлении клиники, при создании Института ядерной медицины. И всё же, что в последнем случае было самым сложным?

– Самым сложным по-прежнему является позиция государства. Мы можем подстроиться под любую. Но хочется какой-то определённости, каких-то правил игры. Понять, как будет развиваться отечественная медицина, какова стратегия и привязанная к реалиям нашей жизни тактика этого развития, и какая роль отводится в этих планах частной медицине.

Я мог бы вполне прожить без ОМС, но тогда некоторые юношеские планы придётся похоронить. Когда я познакомился со здравоохранением Швейцарии, впечатлился не только качеством медицинской помощи, но и тем её объёмом, который на себя взяло государство. И мы стали в 1993 г. первой частной клиникой, которая вступила в ОМС для того, чтобы охват пациентов стал максимальным.

Теперь ситуация сильно отличается от тех радужных представлений. Но утешает то, что у нас, тем не менее, есть возможность оказывать людям хорошую помощь. Ведь, как сказано в Писании, кто спасёт одну жизнь, тот спасёт мир. Только у профессии врача есть такая привилегия: спасать мир.

– Эти слова можно было бы сделать девизом и клиники, и Института ядерной медицины. Хотела спросить: чем отличается институт от других подобных учреждений?

– Первое, он практически замыкает в одном месте все виды высокоспециализированной помощи в области онкологии. Преемственность обеспечена полностью.

Второе: это будет не только место, где используются лучшие практики, но и где создаются новые направления. Планируем там производить целый блок препаратов, которые могут применяться в радионуклидной терапии.

И в целом намерены сочетать практическую и научно-исследовательскую работу.

– Где-то в мире есть подобные институты?

– Конечно. Меня несколько раз спрашивали: не хотите создать что-то инновационное, уникальное? Всегда отвечаю: давайте пока повторим то, что есть лучшего в мировой практике. Можно сказать, что мы в Институте ядерной медицины эту планку достигли. А теперь будем думать, как создавать что-то новое.

– Но у нас такой институт первый и единственный?

– Да, в стране первый. Но для людей это может и не звучать, как что-то знаковое, большое. Лечение онкологических заболеваний — сложная, кропотливая, не всегда, к сожалению, предсказуемая по результатам работа. Всем хочется, чтобы появилась супер-таблетка и рак прошёл; ещё одна — и исчез ковид. Но на деле только количество накоплений может постепенно переходить в качество.

Например, если проводить симуляцию или подготовку больного не на обычном КТ, а на ПЭТ, резко повышается точность облучения. Мы первыми в России это начали применять. А в знаменитой немецкой клинике Шарите к использованию такой методики планируют перейти только в следующем году. То есть, в каких-то вещах мы впереди других.

Но в целом, дай бог, идти с ведущими клиниками мира наравне.

– Насколько сложно было подготовить кадры для работы в новом институте и много ли затрачено времени?

– Это по-прежнему самый сложный вопрос и здесь, кстати, ковид внёс свою лепту. В том числе и в силу нехватки персонала, и переоценки его труда в «ковидных» госпиталях — как-то не умеем мы без перегибов...

Но самое главное: уровень подготовки в институтах абсолютно не соответствует необходимому. Я уже не говорю об уровне последилового образования. Врач после института учится мало, плохо, необязательно и бесконтрольно. Материал, из которого мы начинаем «лепить», мягко говоря, оставляет желать лучшего. Но приходится — «из того, что было».

Но такая проблема не только в медицине...

– Тем не менее, многие ваши специалисты считаются одними из лучших и достаточно хорошо известны в за рубежом.

– Думаю, тех, кого мы готовим, соответствуют. В доковидные времена, когда они выезжали в зарубежные клиники, многим предлагали там остаться. Я уверен: они бы сдали там экзамены, подтвердив диплом врача, и достойно работали.

– Какие требования вы предъявляете сотрудникам, на ос-

новании каких критериев осуществляете их отбор?

– Медицинская организация для меня — это оркестр, которым я пытаюсь дирижировать. И для того, чтобы мелодия получаласьстройной, люди должны хорошо знать своё дело и играть по заданной программе. Тем более, что практически у каждого есть объективные показатели работы. Мы размещаем эти результаты на сайте. Например, сколько было отторжений при имплантациях? У нас показатель приживаемости имплантов — 99,6%. Вот это — звёздная работа.

Или: какой процент дальнейшего несовпадения диагнозов (а он всегда будет) при рентгене? У нас — нижайший.

У какого числа людей возникает послеоперационная пневмония? Это бич современной реанимации, причём, во всём мире. У нас она минимальная, меньше, чем в Университете Джона Хопкинса.

Или: сколько осложнений при катетеризации подключичной артерии? Получая ответы на подобные вопросы, я вижу, кто реально хорош.

– Одним из важнейших аспектов оказания медицинской помощи, особенно высокотехнологичной, является её доступность. В какой степени лечение в Институте ядерной медицины обеспечивается с помощью ОМС?

– Пока этот вопрос решается с большими пробуксовками. По некоторым направлениям, например, по лучевой терапии, по ПЭТ-КТ квоты есть, хотя и в недостаточном количестве. По химиотерапии почти нет.

Сейчас вообще много пишут о том, что новый порядок оказания онкологической помощи может разрушить даже то хорошее, что было...

– Институт принял первых пациентов в мае прошлого года. Какое количество уже пролечилось? Вы предполагали подобную степень востребованности, или цифры изначально были другие?

– Через ПЭТ-КТ прошло 2800 пациентов; примерно 1200 — через отделение лучевой терапии; по радионуклидной только начали работать.

Отставание пока есть, но не очень большое. И к концу марта-апрелю выйдем на плановые цифры. Сейчас в основном небольшие технические проблемы, в остальном — всё нормально: медики работают, больные приходят.

– Как вы думаете, что ожидает нас в наступившем году?

– Сейчас все прогнозы, даже серьёзных экспертов, напоминают те, которые дают бабушки, гадающие на стеклянном шарике или кофейной гуще. У нас пока нет должного вирусологического опыта, который мы могли бы использовать на практике и в разговорах о будущем.

Что касается наших больных, то нет сомнений, что мы выполним плановые показатели и сотням людей окажем полноценную помощь. Не хуже, чем в Германии или США. Это для меня самое главное.

Беседу вела
Алёна ЖУКОВА,
корр. «МГ».

Москва.

Душевное дело

В начале января были подведены итоги работы Благотворительного фонда «Врачебное братство», и оказалось, что в отличие от предыдущих периодов, в 2021 г. основным направлением помощи медицинским работникам, находящимся в трудных жизненных ситуациях, стала оплата расходов на обследование, лечение и реабилитацию, покупку медицинского оборудования для домашнего использования (почти 2 млн руб.).

Миллионы на помощь медикам

Более 1,5 млн было направлено медикам с тяжелооболными детьми: фонд компенсировал им часть расходов на реабилитацию после полученных травм, помог оплатить специальные занятия и восстановительные курсы дельфино- и иппотерапии для детей с аутизмом и ДЦП.

«Особое внимание было уделено поддержке врачей-пенсионеров, —

говорит исполнительный директор фонда Елена Приходова. — В 2021 г. на эти цели был выделен почти миллион рублей. Благодаря чему 300 ветеранам медицинской службы, испытывающим недостаток внимания и общения в период пандемии, отправлены продукты и праздничные наборы. Для пенсионеров, переболевших

COVID-19, покупались лекарства и специальное медицинское оборудование, в том числе кислородное».

Е.Приходова отмечает также, что 800 тыс. руб. было переведено медицинским работникам, лишившимся жилья и имущества из-за пожаров, и 150 тыс. направлено врачу, пострадавшему от наво-

днения. Кроме того, полмиллиона рублей получили семьи погибших врачей; более 400 тыс. отправлено медикам, находящимся в других трудных ситуациях.

По словам исполнительного директора фонда, подобная программа поддержки реализуется с 2012 г. За это время удалось поддержать более 500 медиков, а сумма всей оказанной помощи составила почти 46,5 млн руб.

Елена ОСТАПОВА.

Уже в течение пяти лет «Медицинская газета» исследует тему правового обеспечения работы российского врача. Сама правовая система совершенствуется, но, увы, не в пользу врача, а в сторону ужесточения оценок его работы, увеличения размеров материальных выплат в пользу пациентов и сроков тюремного заключения для медиков. Выхода нет?

Выход есть, считает генеральный секретарь Российского общества хирургов, доктор медицинских наук, профессор Андрей ФЁДОРОВ, но он... с другой стороны.

– Андрей Владимирович, у меня впечатление, что кроме Российского общества хирургов и «Медицинской газеты» тема правовой защиты врача вообще никому не интересна, включая самих врачей. К огромному сожалению, я ни разу не слышала высказанного публично консолидированного мнения на эту тему ни Минздрава России, ни депутатов Госдумы, ни профсоюзов медработников, ни других врачебных объединений кроме РОХ и Национальной медицинской палаты.

– Не высказываются те, кто ни разу не пробовал и даже не пытается защищать врачей в следствии и на суде. Допускаю, что они искренне не осознают всей масштабности, сложности и опасности проблемы именно потому, что не вникают в юридические проблемы своих коллег и не пытаются им помогать в трудных ситуациях. А Национальная медицинская палата и РОХ в это погрузились, отступать уже нельзя. У нас каждую неделю в работе одновременно по 3-4 обращения от хирургов из разных уголков страны, против которых поданы заявления в Следственный комитет России (СКР) или иски в суд.

– Но ведь выстраивать тактику эффективной юридической защиты то же самое, что бороться с головами дракона, а его тело остаётся неуязвимым. Врач чувствует себя и главное – является незащищённым, он в любой момент по воле пациента, его родственников или журналистов может оказаться в положении обвиняемого и подсудимого.

– Государство дало отмашку «навести порядок» в медицине, и никто не собирает эту команду отменять. Думаю, нам не следует ожидать ослабления внимания со стороны следственных органов ни в ближайшей, ни в отдалённой перспективе. Задача теперь иная – научиться с этим жить и по максимуму стараться не попадать в поле зрения правоохранительной системы.

Если государство, общество и средства массовой информации не готовы прекратить агрессию в отношении медицинского сообщества, то нам остаётся одно – уметь за себя постоять. И как люди интеллигентные, мы будем делать это интеллигентно, без акций протеста, просто предъявляя следствию, суду и общественности неоспоримые доказательства своей невиновности. Чем больше убедительных побед у нас будет, тем меньше будет желания у стороны обвинения в принципе затевать тяжбу.

Мы достаточно много уже добились в плане личной защиты каждого, кто к нам обратился. Более того, наш опыт уже начали изучать представители Следственного комитета России. Там поддерживают, как мне кажется, нашу инициативу представлять мнения ведущих специалистов в качестве аргументов защиты врачей – наш ответ на некачественные экспертные заключения, которыми нередко руководствуются следственные органы и суды.

Почему-то сложилась такая практика, что в качестве экспертов СКР почти всегда привлекают специалистов, которые не занимаются именно тем разделом медицины, о котором идёт речь в данном расследовании. Наверное, найдёт в учебники по судебной медицине

история про эксперта, который не обнаружил на теле пациента признаков нейрохирургической операции, и на основании этого следствие могло сделать вывод о том, что врачи больного обманули. А на самом деле вмешательство было выполнено ультрасовременно – трансназально, эти методики уже стоят на потоке, просто эксперт не знал об их существовании.

Если вы думаете, что подобные случаи единичны, то спешу возразить: вовсе нет.

– Но, видимо, следственные органы заинтересованы именно в экспертах такого уровня. Вопрос, почему?

– Думаю, там просто не задумались ещё о качестве экспертизы, при том, что и сам порядок про-

И всё-таки, уверен, количество информации рано или поздно перейдёт в качество, то есть ко всем придёт понимание того, что мнению квалифицированного эксперта всегда лучше, чем некачественному.

– Судя по истории в Казани, пока переход не произошёл. Я имею в виду ситуацию, где рентгенолога, который проводил диагностику состояния лёгких, пытаются назначить виновным в смерти пациента от порока сердца, и заключение эксперта, назначенного следователем, подтверждает эту дикую версию. Я уже не говорю о том, что обвинить рентгенолога, который не является лечащим врачом, не принимает решения

предотвращать явные нарушения при оказании медицинской помощи, но против того, чтобы любой случай неблагоприятного исхода лечения заведомо именовался нарушением, а врач подвергался уголовному преследованию, причём, почти всегда – за развитие естественных осложнений заболевания, которых ещё никому в мире не удавалось избежать. И главное – разбирать такие клинические случаи, устанавливать факт нарушения или его отсутствия, определять степень вины врача может и должно только само профессиональное медицинское сообщество, а не следователь и не уголовный суд.

Пока нам не удастся убедить государство перейти к такой модели

чего-то, предусмотренного клиническими рекомендациями, заранее уведомляй об этом в письменном виде администрацию учреждения, обезопась себя.

– Призывы к достижению общественного согласия, звучавшие в прошлом составе Комитета по охране здоровья, вызвали недоумение. Согласие в обществе законами не насаждается, однако договориться тоже не удаётся. Выходит, про идею вернуть утраченный авторитет медицины и медработников в глазах социума надо забыть раз и навсегда?

– Почему-то сразу вспоминается фраза, произнесённая одним из персонажей «Двенадцати стульев» в момент торга: «Согласие есть

Авторитетное мнение

Надо научиться с этим жить

Количество судебных исков к врачам снижаться не будет



ведения СМЭ давно устарел, и принцип формирования реестра экспертов. Видимо, в СКР искренне полагают, что, если у человека, который назначен экспертом, есть диплом об окончании медицинского вуза, значит, он одинаково хорошо разбирается во всех аспектах медицинской помощи. Это главная ошибка современной судмедэкспертизы, выводами которой руководствуются и следствие, и суд. Кроме того, доставшийся нам в наследство устаревший экспертный подход крайне дорог для бюджета. По нашим расчётам, государство тратит на него 2 млрд руб. в год, а скорее всего, и того больше.

На самом деле развитие медицины по всем направлениям идёт так быстро, и субспециализация настолько выражена даже в тех областях, которые ещё вчера казались монолитными, что надо проводить в качестве экспертов по «медицинским делам» не просто специалистов, а ведущих специалистов, которые имеют самый большой опыт выполнения именно таких операций, именно таких диагностических исследований. Ведь, организуя спецподразделение по медицинским делам, СКР подразумевал вершить правосудие над истинно виновными, а не просто пересаживать всех врачей, которые под руку попадутся, разве нет? А коли так, то и подходы у правосудия к установлению истины должны быть праведные.

– Если я верно понимаю, у следственных органов свои реестры экспертов. Может ли Минздрав России вступить в диалог с СКР и предложить проанализировать эти списки.

– Теоретически может, и это оказало бы хорошую услугу и СКР, и врачебному сообществу. Но готово ли министерство этим заниматься?... Да и достучаться до главы СКР с таким предложением, наверное, будет непросто.

Пока мы об этом только говорим в своей профессиональной среде.

о госпитализации и о выписке, в гибели больного – это прецедент прецедентов.

– Нет-нет, этот вовсе не прецедент. Привлечь к уголовной ответственности за гибель пациента человека, который не является лечащим врачом, не оперировал, не выхаживал пациента. Подобные несуразности мы видим каждый день в разных регионах страны. К примеру, виновным в причинении вреда здоровью могут назвать ассистента, который просто «держал крючки» во время операции.

А вот если говорить об уровне судебно-медицинской экспертизы по делу казанского рентгенолога – это как раз тот самый случай, когда эксперт явно некачественный. Он даже не знаком с временными методическими рекомендациями Минздрава России по ведению пациентов с коронавирусной инфекцией.

– На уровне РОХ вопрос о формировании реестра экспертов, которые предоставляют свои заключения следователю и судье, насколько я знаю, уже решён. Каковы критерии отбора?

– В наш реестр вошли все члены правления РОХ, а это действительно настоящие эксперты каждый в своей области хирургии – профессора, академики, многие с мировыми именами.

Иногда нам не хватает эксперта из числа членов правления, тогда мы привлекаем специалиста со стороны, порой это даже не члены РОХ. Но кто именно может быть приглашён, решаем коллегиально, опираясь на уровень квалификации специалиста, его научный рейтинг. Мы выбираем экспертов, которые в медицинском и человеческом плане являются истинными авторитетами, заключение которых по данному делу будет максимально объективным и достоверным.

– Возвращаясь к истокам проблемы, когда СКР только инициировал создание спецподразделения по так называемым врачебным ошибкам, глава одного из крупнейших врачебных объединений страны встречался с главой СКР А.Бастрыкиным. Видимо, убедить главного следователя России в том, что они не там ищут настоящих преступников, не удалось. Может, уже тогда врачам надо было дружно и громко крикнуть, что они не согласны?

– Горлом такие вопросы решать нельзя. Нужно найти рациональный подход. Мы можем утверждать, что врачей в принципе нельзя судить? Не можем, потому что нам возразят: а других, значит, можно? То есть заведомо вывести одну профессиональную группу из общей массы граждан, равных перед законом, невозможно, и с этим не поспоришь.

Наши доводы таковы: мы не против того, чтобы выявлять и

медицинского правосудия. Хорошо, тогда мы предлагаем другую концепцию – нечто вроде медико-юридического консилиума. Данный алгоритм разбора «подсудных» врачебных дел уже применяется в РОХ. Мы проводим совместный разбор клинической ситуации специалистами-медиками и юристами. Рассматриваем сообща, что случилось, почему это случилось, было ли осложнение предотвратимым, были ли действия врача неверными, в каких условиях он работал в тот момент, всем ли был обеспечен и т.д. Такой подход сразу позволяет определиться с линией защиты врача.

– Это прекрасный подход, и тем не менее, это тоже – работа с последствиями. А где профилактика увеличения количества судебных исков и приговоров?

– Мы не можем повлиять на количество поданных исков, оно растёт и будет расти дальше, с этим следует считаться. Такое положение дел обусловлено психологическим напряжением в обществе и состоянием медицинской службы, нехваткой врачей, плохим сервисом, длительным ожиданием бесплатного приёма и диагностики на фоне развития платных услуг и т.д. Иногда конфликт разгорается вообще на ровном месте. К примеру, после проведённого серьёзного лечения в трудной клинической ситуации пациент остаётся жив-здоров, но считает, что пережил им физические и эмоциональные страдания кто-то должен ему компенсировать деньгами. И рождается иск с требованием возместить причинённый моральный или какой-нибудь ещё вред.

В то же время профилактика возможна. Общество хирургов пытается «нести культуру в массы»: на всех конференциях рассказываем не только о том, как правильно оперировать, но и как правильно заполнять истории болезни. Уже надоело об этом говорить, однако истории повторяются одна за другой. Адвокаты пациентов, а затем и следствие находят погрешности в заполнении медицинской документации, на основании чего возбуждается дело о некачественном оказании медицинской помощи.

Правильное оформление медицинской документации – требование, установленное государством, и его надо уважать. Если мы не можем эту норму отменить или изменить, так давайте хорошо заполнять истории болезни, чего проще? Положено писать дневник наблюдения этого пациента, скажем, раз в шесть часов или даже раз в три часа, значит, садись и пиши. Это – вопрос безопасности и пациента, и твоей собственной.

То же самое относится к клиническим рекомендациям: делай всё так, как в них написано, и будешь защищён. Если в больнице нет

продукт при полном непротивлении сторон». Не могу утверждать, что в отношении примирения социума и медицины эта цель абсолютно недостижима, я не политолог и не социолог, строить подобные прогнозы – не моя специальность. И всё-таки мне кажется, что такой прогноз был бы пессимистичным.

Выскажу мысль, которую разделяют и другие аналитики: одобрение руководства страны тому, чтобы в системе СКР появилось спецподразделение по «врачебным ошибкам» – это переложение на медиков ответственности за недоработки самого государства в системе здравоохранения. Людям же нужно куда-то выпустить пар, так пусть они в сторону врачей его выпускают. Ни в одной стране, наверное, система здравоохранения не работает как часы, но чтобы в социуме поднялся такой уровень негатива в отношении врачей, которые в этой системе всего лишь наёмные работники, а не лица, принимающие решения и распределяющие деньги – это, пожалуй, только наше, отечественное «достижение».

Да, в странах Европы и США количество исков к врачам тоже огромное. Но там иски рассматриваются не в уголовном суде, пациенты не требуют посадить врача в тюрьму. Там всё крутится вокруг материальных выплат, поэтому каждый врач имеет страховку на такой случай, размер страховых взносов очень большой – 1-2 месячных зарплаты в год тратится на них. Зато если врача признали в чём-то виноватым, он не останется без штанов, страховая компания всё выплатит. Мы к этому тоже рано или поздно придём, как бы ни сопротивлялись.

– А что насчёт попытки установления жёстких правил для СМИ по разглашению информации о любых конфликтах между врачами и пациентами, а также о неблагоприятных исходах оказания медицинской помощи? До окончания проверок, следствия и вынесения судебных решений.

– Думаю, достаточно будет судебного прецедента. Парочка приговоров для СМИ с очень большими суммами компенсации морального вреда, причинённого ими медицинским организациям и конкретным медработникам, и журналисты начнут опасаться публиковать скандальные материалы с непроверенными и недостоверными фактами. Как бы грубо это ни звучало, врачам и медучреждениям пора показать зубы, хватит терпеть оскорбления и клевету. Все статьи для этого в Уголовном кодексе уже есть, ничего нового изобретать не нужно.

Подготовила
Елена БУШ,
обозреватель «МГ».

КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 4 (2316)

Отдельные нозологические формы

Брюшной тиф

Брюшной тиф (возбудитель – бактерия *Salmonella enterica* серотип typhi) – острое инфекционное заболевание, характеризующееся лихорадкой, интоксикацией, бактериемией, увеличением печени и селезёнки, поражением лимфатического аппарата кишечника (преимущественно тонкой кишки).

Опорные клинические признаки:

- постепенное начало заболевания (постепенно и неуклонно повышается температура тела и одновременно усиливается интоксикация);
- высокая (фебрильная) лихорадка к 5-7-му дню заболевания;
- головная боль в сочетании с бессонницей;
- вялость, заторможенность;
- при тяжёлой форме возможна оглушенность, спутанность сознания;
- относительная брадикардия;
- язык утолщён, кончик свободен от налёта;
- бледность кожи, скудная розеолезная сыпь (с 7-го дня болезни);
- увеличение печени и селезёнки (к 5-7-му дню болезни);
- укорочение перкуторного звука в правой подвздошной области (симптом Падальки);
- вздутие живота.

К наиболее опасным осложнениям относят кишечное кровотечение, перфорацию кишки, ИТШ, инфекционно-токсический миокардит.

Эпидемиологический анамнез: следует установить в течение 1-1,5 месяцев до начала заболевания возможный контакт с больными брюшным тифом или лихорадками, пребывание в регионе с высоким уровнем заболеваемости острыми кишечными инфекциями (низкий санитарно-гигиенический уровень, жаркий климат; дефекты водоснабжения, неисправности канализационной системы) и т.п. Источником инфекции является больной человек или бактерионоситель, пути передачи инфекции – водный, пищевой, контактно-бытовой.

На вызове: обязательная госпитализация в инфекционный стационар, транспортировку осуществляют на носилках.

При подозрении на кишечное кровотечение или перфорацию явзы кишки показана срочная госпитализация, бережная транспортировка, холод на живот (пузырь со льдом).

Геморрагическая лихорадка с почечным синдромом (ГЛПС)

Геморрагическая лихорадка с почечным синдромом (возбудители – арбовирусы, относящиеся к роду *Hantavirus*, чаще – вирусы *Hantaan*, *puumala*) – острая природно-очаговая инфекция, протекающая с интоксикационным и геморрагическим синдромами, поражением почек и других органов.

Опорные клинические признаки:

- острое начало;
- высокая (фебрильная) лихорадка с выраженной интоксикацией;
- боль в поясничной области, снижение диуреза;
- последовательное развитие олигоанурического и полиурического периодов заболевания;
- гиперемия лица, шеи, инъекция сосудов склер и конъюнктив;
- геморрагическая сыпь, кровоизлияния в склеры, кровотечения.

Осложнения: ИТШ, острая почечная недостаточность, отёк лёгких, разрыв почки, кровоизлияния в мозг, надпочечники, миокард и другие органы, кровотечения, вторичные пневмонии.

Эпидемиологический анамнез: пребывание в природных очагах ГЛПС за 1-7 недель до начала заболевания; источниками инфекции для человека служат животные (преимущественно грызуны); уточнить возможность контактного пути заражения – профессиональная деятельность больного, связанная с контактом с инфицированными объектами внешней среды (водой, почвой), реже – с больными животными; воздушно-пылевого пути – вдыхание пыли с выделениями грызунов; алиментарного – употребление в пищу продуктов и воды, которые могут быть загрязнены выделениями грызунов.

На вызове: больные ГЛПС подлежат госпитализации в инфекционный стационар, при невозможности в случаях, осложнённых ОПН – в любой стационар, где есть условия для проведения гемодиализа. Транспортировка пациентов должна быть осторожной,

на носилках с матрацем (предупреждение усиления болевого синдрома, нарушения гемодинамики, развития спонтанных субкапсульных разрывов коркового вещества почки и кровоизлияния в околопочечную клетчатку).

Грипп

Грипп (возбудители – вирусы рода *Influenzavirus*, серотипы А, В, С) – острая инфекция, характеризующаяся лихорадкой, выраженными симптомами интоксикации и воспалением слизистой оболочки верхних дыхательных путей с преобладанием трахеита.

Оказание скорой медицинской помощи при лихорадках инфекционного генеза

Клинические рекомендации (протокол)

Опорные клинические признаки:

- острое начало заболевания;
- высокая лихорадка, повышение температуры тела в первые часы/сутки заболевания;
- выраженная интоксикация (сильная головная боль, боль в глазных яблоках, боли в мышцах);
- першение в горле, саднение за грудиной, сухой болезненный кашель (трахеит).

При тяжёлой форме:

- менингеальные симптомы (менингизм),
- геморрагический синдром (петехиальная сыпь на коже, слизистых оболочках, носовые кровотечения, возможно кровохарканье).

Осложнения: острая дыхательная недостаточность, острая сердечно-сосудистая недостаточность с развитием отёка лёгких, ИТШ, отёк-набухание головного мозга; часто вторичные инфекции – пневмонии, синуситы, отит. Грипп может вызвать обострение имеющихся у больного хронических заболеваний.

Эпидемиологический анамнез: контакт с больным гриппом или с внезапно заболевшим лихорадочным больным в течение предполагаемого инкубационного периода (1-3 дня); пребывание в регионе с высокой заболеваемостью гриппом в пределах инкубационного периода заболевания; учитывается осенне-зимний сезон подъёма заболеваемости.

На вызове: обязательная госпитализация беременных, лиц пожилого и старческого возраста, больных с тяжёлой сопутствующей патологией. При транспортировке следить за проходимость дыхательных путей, проводить аспирацию слизи и мокроты.

При оказании помощи больному гриппом персоналу рекомендуется пользоваться средствами индивидуальной профилактики (маски).

Дифтерия

Дифтерия (возбудитель – бактерия *Corynebacterium diphtheriae*) – острое инфекционное заболевание, характеризующееся фибринозным воспалением преимущественно слизистых оболочек с образованием плёнчатого налёта, явлениями интоксикации, поражением сердечно-сосудистой, нервной систем, почек.

Опорные клинические признаки дифтерии ротоглотки:

- фебрильная лихорадка, при токсической форме – высокая;
- умеренная боль в горле при глотании;
- гнусавый голос;
- умеренная с цианотичным оттенком гиперемия слизистой оболочки ротоглотки;
- отёчность миндалин и окружающих тканей;
- плёнчатый фибринозный налёт – плотный грязно-серый с чётко очерченными краями, выступает над поверхностью миндалин, с трудом снимается с кровотоочивостью подлежащей слизистой оболочки;
- локализованная форма – налёт на миндалинах (плёнчатая – миндалины полностью покрыты налётом; островчатая – налёты в виде плотных островков белого или серо-

вато-белого цвета);

– распространённая и токсическая формы – налёт распространён за пределы нёбных миндалин на нёбные дужки, мягкое и твёрдое небо, стенки глотки;

– отёк шейной клетчатки (безболезненный, тестовой консистенции) – признак токсической формы дифтерии (I, II, III степени):

- I степени – отёк до середины шеи,
- II степени – до ключиц,
- III степени – распространяется ниже ключиц;

– кровоизлияния в кожу, слизистые оболочки – при геморрагической форме.

Опорные клинические признаки дифтерии гортани (дифтерийного крупа):

- хриплый, сильный или беззвучный голос;
- «лающий» или беззвучный кашель;
- одышка, сопровождающаяся чувством нехватки воздуха, шумное дыхание, участие вспомогательной мускулатуры в дыхании, втяжение податливых частей грудной клетки;
- цианоз;
- асфиксия – может наступить мгновенно;

При манифестном течении различают лихорадочную, менингеальную, энцефалитическую, менингоэнцефалитическую, полирадикулоневритическую формы болезни.

Опорные клинические признаки:

- лихорадка (фебрильная): острое быстрое повышение температуры тела до 39 – 41°C;
- общая слабость, недомогание, сильная головная боль;
- миалгии;
- гиперемия и одутловатость лица, шеи и верхней части груди;
- инъекция сосудов конъюнктивы;
- ✓ лихорадочная форма:
- лихорадка 2-5 (6) дней;
- интоксикация;
- ✓ менингеальная форма – серозный менингит и интоксикация:
- рвота; светобоязнь и гиперестезия, упорная головная боль;
- ригидность мышц затылка, симптомы Кернига, Брудзинского и др.;
- ✓ энцефалитическая форма (очаговое или

диффузное поражение головного мозга):

- признаки пареза черепных нервов (лицевого, глазодвигательного, языкоглоточного, диафрагмального и других черепных нервов);
- нарушение сознания (вплоть до комы),
- двигательное возбуждение, судороги;
- гемипарезы, гемиплегии;
- нарушения дыхания, гемодинамики;
- менингеальный синдром (менингоэнцефалитическая форма);
- ✓ полиомиелитическая форма (менингоэнцефалополиомиелитическая):
- слабость, онемение в конечностях;
- вялые параличи мышц, плечевого пояса, верхних конечностей, межрёберных мышц, диафрагмы;
- атрофия мышц;
- ✓ полирадикулоневритическая форма:
- парестезии, невралгии и парезы различных групп скелетных мышц и диафрагмы;
- корешковые симптомы, болезненность мышц и нервов;
- нарушение функции тазовых органов.

Эпидемиологический анамнез: указание на нападение иксодовых клещей (присасывание, раздавливание, удаление) при посещении лесов, лесопарков, преимущественно в весенне-летний период в пределах инкубационного периода от 3 до 21 дня (в среднем 10-14 дней). Употребление в пищу сырого козьего (реже – коровьего) молока.

Осложнения: отёк мозга, острая дыхательная недостаточность.

На вызове: больные клещевым энцефалитом подлежат обязательной госпитализации в инфекционный стационар или стационар с наличием отделения интенсивной терапии. При транспортировке больных тяжёлыми формами необходимо предупреждение аспирации рвотных масс, воды; поддержка дыхания.

Лептоспироз

Лептоспироз (возбудители – лептоспиры рода *Leptospira*) – острая зоонозная инфекция, характеризующаяся интоксикацией, высокой лихорадкой, поражением почек, печени, нервной и сосудистой систем, мышц, развитием геморрагического синдрома и нередко желтухи. Выделяют желтушные и безжелтушные формы.

Опорные клинические признаки:

- внезапное повышение температуры тела; фебрильная лихорадка;
- возможна двухволновая лихорадка (рецидив);
- гиперемия конъюнктив, инъекция сосудов склер;
- боли в икроножных мышцах, болезненность при пальпации мышц;
- боли в поясничной области;
- снижение диуреза (олигурия, анурия);
- желтуха;
- увеличение печени и селезёнки;
- менингит;
- геморрагический синдром (геморрагическая сыпь на коже, кровоизлияния в склеры, желудочно-кишечные, носовые кровотечения).

Очень не хочется использовать затасканные речевые шаблоны, но в данном случае удержаться от этого невозможно: не «ковидом» единым жива медицинская наука. Безусловно, пандемия коронавирусной инфекции существенно поспособствовала «интеллектуальному взрыву» в российской научной среде, результатом чего стали вакцины, диагностикумы и лекарства, которыми уже широко пользуются и отечественная, и зарубежная медицина (подробно об этом рассказано в статье «Наука как фактор независимости» в «МГ» № 1 от 12.01.2022).

В то же время не все топовые научные работы отечественных учёных, выполненные в 2021 г., прямо связаны с преодолением пандемии COVID-19: какие-то из них ассоциированы с этой инфекцией опосредованно, а какие-то и вовсе нацелены на решение иных медицинских проблем. Перечисление всех достижений российской науки за минувший год заняло бы очень много места. О нескольких из очень большого количества ярких проектов читателей «МГ» рассказал заместитель академика-секретаря Отделения медицинских наук РАН академик Валерий БЕРЕГОВЫХ.

Хирургия насторожилась

Целый ряд исследований, проведённых в Российском научном центре хирургии им. Б.В.Петровского, вызывает особый интерес.

Учёные центра обратили внимание на то, что коронавирусная инфекция создала серьёзные угрозы, связанные с оказанием хирургической помощи. В частности, перенесённый COVID-19 влечёт нарушение оксигенирующей функции лёгких на фоне развивающегося лёгочного фиброза, миокардит и сердечную недостаточность, почечную недостаточность, псевдомембранный колит и самое тревожное – повышает риски тромбоэмболических осложнений и тромботической микроангиопатии. Все эти опасности необходимо теперь иметь в виду анестезиологам и хирургам при выполнении как экстренных, так и плановых операций.

Специалисты РНЦХ разработали особый алгоритм предоперационного обследования пациентов хирургического профиля, которые до этого переболели COVID-19 или больны в настоящее время и нуждаются в неотложной операции. Выявление рисков, которые имеются у пациента, даёт возможность предотвратить или минимизировать неблагоприятные события во время и после оперативного вмешательства. Как это сделать? Учёные центра им. Б.В.Петровского задумались над оптимальной стратегией интраоперационной протекции и предотвращения периоперационных осложнений на фоне или после COVID-19, в частности, у кардиохирургических больных. Результаты клинических исследований доказали, что при выполнении малоинвазивных кардиохирургических операций тем пациентам, у кого в организме имеется «ковидный след», необходима высококачественная вентиляция лёгких. Данный подход уже запатентован, то есть предложение российских авторов признано изобретением.

В настоящее время анестезиологи РНЦХ занимаются разработкой автоматизированных систем управления, способных подбирать оптимальные параметры ИВЛ, а также интерактивно их корректировать. Решение данной задачи также продиктовано необходимостью проявлять повышенное внимание при периоперационном ведении пациентов, перенёвших COVID-19.

Итоги и прогнозы

Идеи, от которых захватывает дух

Некоторые результаты Года науки в России

Облучение: личная доза

В Национальном медицинском исследовательском центре эндокринологии Минздрава России завершается работа по созданию метода холтер-дозиметрии при проведении радионуклидной терапии тиреотоксикоза. Суть и оригинальность подхода заключается в том, что мониторинг концентрации радиоизотопа в организме проводится с помощью индивидуального медицинского дозиметра.

Как пояснили авторы идеи, в течение 2015-2021 гг. количество центров ядерной медицины Европейского союза, в которых применяют методы дозиметрического планирования радионуклидной терапии тиреотоксикоза, выросло с 37 до 64%. При этом верификация доставленной поглощённой дозы как была практически недоступна для врачей и пациентов, так и осталась: такими технологиями владеют лишь 5,8% от всех центров. Между тем, спланировать индивидуальную дозу облучения вовсе не означает гарантированно получить желаемый лечебный эффект, поскольку необходимо учитывать особенности фармакокинетики каждого человеческого организма.

Именно определение доставленной поглощённой дозы при проведении радионуклидной терапии позволяет достичь максимального терапевтического эффекта при одновременном снижении вреда от воздействия радиофармпрепарата на здоровые ткани организма. Руководствуясь этой идеей, учёные НМИЦ эндокринологии поставили задачу создать портативный вариант холтер-дозиметрии, максимально удобный для пациента: компактный мини-лабораторный аппарат, который всегда с тобой. Индивидуальный медицинский

дозиметр постоянно находится на теле человека и непрерывно регистрирует амбиентный эквивалент мощности той дозы радиоактивного фармпрепарата, которая была введена пациенту. Показания с прибора автоматически передаются врачу-радиологу для дистанционного мониторинга состояния пациента.

Разработчики считают, что обобщённый анализ результатов такого мониторинга у большого числа пациентов с тиреотоксикозом позволит, во-первых, сделать фундаментальное научное описание фармакокинетики радиофармпрепаратов. Во-вторых, так же фундаментально

постоянно быть в тонусе, а науку – регулярно «освежать» противогриппозные вакцины с учётом прогноза о предстоящей вспышке инфекции, вызванной конкретным штаммом.

В Институте экспериментальной медицины Минобрнауки России нашли радикальное решение данной задачи – разработали рекомбинантную живую гриппозную интраназальную вакцину с широким спектром защиты от гомологичных и гетерологичных вирусов гриппа. Одним словом, предпринята смелая попытка создать универсальное профилактическое средство от любых вариантов

создана именно в нашей стране в 1987 г., американцы предложили свой аналог лишь спустя 16 лет. И вот теперь российская наука – если с испытаниями и регистрацией препарата всё пройдёт успешно и быстро – имеет шанс вновь обойти весьма достойного соперника. Здесь важно также отметить, что в появлении такого профилактического средства заинтересованы как население, так и система здравоохранения страны, и вот почему: подобного рода вакцина, по идее, должна будет стимулировать образование одновременно гуморальных антител и клеточных факторов защиты, причём, надолго и к любым дрейфовым вариантам сезонных вирусов гриппа, а также вновь возникающим пандемическим вариантам. Это избавит медицину от необходимости проводить ежегодные кампании по вакцинации. С волнением ждём завершения работы над проектом.

Прогноз по капле крови

И снова о рисках, связанных с повышенным тромбообразованием. Не только во время пандемии, но и задолго до неё тромбозы и тромбоэмболии стали настоящей угрозой номер один. Внимание учёных к этой проблеме приковано давно, и вот, наконец, намечился реальный прорыв.

В Национальном медицинском исследовательском центре кардиологии Минздрава России разработано устройство, которое отслеживает формирование тромбов в режиме реального времени. Прибор, задуманный российскими кардиологами, поистине уникальный: он позволяет исследовать активность взаимодействия тромбоцитов с поверхностными белками (фибриноген, коллагены, тромбоспондин), которые моделируют повреждение стенки сосуда. Для анализа берётся цельная кровь пациента, и уже через 15 минут ответ готов: есть риск тромбоза или нет.

Где и когда может быть восстановлено такое исследование? Оценка активности пристеночного тромбообразования важна у пациентов с ишемической болезнью сердца, инфарктом миокарда, системным воспалительным ответом при инфекционных заболеваниях, а также для оценки риска периоперационных кровотечений. Нужно ли говорить, какое число жизней может быть сохранено при своевременном выявлении аномального поведения тромбоцитов?

Повторим: это – лишь небольшая часть научных проектов, которые выполнялись российскими учёными-медиками в 2021 г. и уже близки к завершению. В процессе исследований и доработки ещё несколько сотен блестящих научных задумок, отвечающих насущным потребностям практической медицины. Формально Год науки в России завершён, но по факту процесс интеллектуального труда набрал такую скорость, что дух захватывает от предвкушения результатов.

Подготовила Елена БУШ, обозреватель «МГ».



Хирурги и анестезиологи должны учитывать «ковидный след»

объяснить радиобиологические особенности различных форм тиреотоксикоза. Кроме того, такой способ контроля эффективности радиофармтерапии и накопления столь небезобидного препарата в разных органах и тканях можно будет применять при раке щитовидной железы, предстательной железы и нейроэндокринных опухолях.

Одним словом, обобщив полученные результаты, учёные НМИЦ эндокринологии планируют создать универсальную методику определения эффективной дозы облучения на тело при проведении радионуклидной терапии при разных заболеваниях и различными медицинскими изотопами. Это – перспектива. В данный же момент полным ходом идёт подготовка к испытаниям нового прибора на практике.

Универсальная защита

Способность вируса гриппа к мутированию и появлению новых штаммов заставляет медицину

этого возбудителя. Возможно ли такое в принципе?

Авторы проекта указывают на то, что кросс-протективные свойства рекомбинантной вакцины обеспечиваются за счёт индукции антител к консервативному вирусному антигену – эктодомену M2-белка. Препарат сконструирован таким образом, что при попадании в клетки-мишени вызывает образование локальных В-клеток памяти, расположенных в медиастинальных лимфоузлах. Эти клетки иммунной памяти в свою очередь усиленно секретируют M2e-специфические антитела непосредственно в очаге инфекции уже в кратчайшие сроки после заражения человека. Вакцина, которую закапывают в нос, обеспечивает стимуляцию локального иммунитета в верхних дыхательных путях, что препятствует дальнейшему размножению вируса в организме и его распространению в окружающую среду.

Необходимо добавить, что первая в мире живая гриппозная интраназальная вакцина была

Акценты

В нынешнем году в Свердловской области будет продолжена реализация нового проекта по подготовке волонтеров-медиков в рамках нацпроекта «Демография» и муниципальной программы «Укрепление общественного здоровья на 2020-2024 гг.».

Он разработан в конце 2021 г. Центром общественного здоровья и медицинской профилактики на основании опыта работы в условиях пандемии новой коронавирусной инфекции, когда добровольцами стали первыми помощниками медиков – и в оказании помощи

Медики обучают помощников

больным COVID-19, и в организации профилактической работы и вакцинопрофилактики.

«На территории области действуют различные волонтерские организации. Они ухаживают за пожилыми людьми, занимаются доставкой продуктов и медикаментов тем, кто находится на изоляции и болеет COVID-19, участвуют в организации профилактических акций. Только в 2021 г. в проведении мероприятий помощниками центра стали более

тысячи человек. И мы благодарны всем волонтерским организациям, с которыми сотрудничаем! А новые формы работы, такие как этот проект, помогают вывести волонтерскую деятельность тех, кто не имеет медицинского образования, на качественный новый уровень», – отметила главный врач Центра общественного здоровья и медицинской профилактики Лилия Семёнова.

Однако иногда добровольным помощникам не хватает знаний и

опыта. Такие пробелы, которые могут вызвать затруднения во время работы в пункте вакцинации или при оказании первой помощи в экстренной ситуации и в других случаях, и призван исправить обучающий проект. В его рамках в режиме онлайн проводятся занятия медики, психологи, социальные педагоги.

Первые занятия состоялись в Центре общественного здоровья и медицинской профилактики.

С участниками работали терапевты, стоматолог, психолог, диетолог. Всего обучение в режиме онлайн прошли более 650 человек.

На сегодня участие в проекте уже подтвердили более 60 территорий области. По словам организаторов, присоединиться к обучению может любой желающий, обратившись в Центр общественного здоровья и медицинской профилактики.

Елена ОСТАПОВА.

МИА Сити!

Екатеринбург.

Одним из тяжелейших и потенциально опасных для жизни состояний считается синдром короткой кишки и кишечной недостаточности (СКК-КН). Он возникает из-за отсутствия части кишечника, в результате чего нарушается способность к перевариванию еды, уменьшается всасывание белков, жиров, углеводов, витаминов, минералов и воды из пищи.

Медико-социальная значимость синдрома короткой кишки заключается в том, что заболевание может иметь тяжёлые клинические последствия, проявляющиеся в быстро нарастающей трофологической недостаточности. Это требует обязательного назначения длительной поддерживающей, а иногда и пожизненной, нутритивно-метаболической терапии.

При СКК-КН отмечается ранняя инвалидизация больных, частые повторные госпитализации вследствие отсутствия должной организации домашнего клинического питания, длительная реабилитация пациентов.

Многие годы медики искали способы помочь пациентам с этим заболеванием: подбирали оптимальные методы диагностики, создавали варианты эффективного лечения. Поэтому сейчас крайне важно использовать все возможности для того, чтобы люди с СКК могли жить долгой и полноценной жизнью.

Исдержки статистики

Специалисты отмечают: причины СКК-КН могут быть разными, но чаще всего данный синдром развивается из-за болезни, потребовавшей удаления большей части кишечника.

Подобные операции проводятся по поводу болезни Крона, ишемии кишечника, лучевого энтерита, заворота тонкой кишки, десмоидных опухолей, травм и др.

Исключение тонкой кишки из процессов переваривания и всасывания происходит также при образовании межкишечных свищей или при наложении анастомоза между высокими отделами тонкой кишки и толстым кишечником.

Реже часть тонкой кишки отсутствует при рождении или настолько сильно повреждена, что требуется незамедлительное хирургическое лечение.

«Из-за фактического отсутствия системы учёта пациентов с СКК-КН оценка распространённости данного недуга представляется на данный момент весьма сложной задачей. Не все случаи регистрируются, а проявления заболевания существенно различаются по тяжести», – говорит руководитель лаборатории клинического питания Санкт-Петербургского НИИ скорой помощи им. И.И.Джанелидзе, президент Северо-Западной ассоциации парентерального и энтерального питания Валерий Луфт. – В нашей профессиональной деятельности мы стараемся опираться на данные европейских стран, где количество больных с СКК-КН, которая требует внутривенной поддержки, составляет от 2 до 4 человек на 1 млн населения. При этом заболевание диагностируют и у детей, и у взрослых».

В нашей стране, по словам эксперта, подобный прототип системы учёта существует только в одном месте – на базе лаборатории клинического питания Санкт-Петербургского НИИ скорой помощи им. И.И.Джанелидзе, однако это не даёт полной картины по заболеваемости во всей стране.

В то же время, в регистр, который ведёт Ассоциация детских хирургов России, включено более 300 детей с СКК.

При этом, как отмечает исполнительный директор автономной некоммерческой организации «Ветер надежд» Мария Балашова, самый юный пациент не достиг ещё и года, а самому взрослому –

уже за 60. По её словам, системное медицинское наблюдение за такими пациентами в стране начало складываться после 2011 г., после принятия Федерального закона № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Согласно последним данным, выживаемость детей в РФ составляет более 85%. Основной

смертностью и длительностью пребывания пациентов в стационаре и палате интенсивной терапии.

«Для того, чтобы получить парентеральное и (или) энтеральное питание, – говорит М.Балашова, – врачи должны определить, нуждается ли пациент с СКК в подобном назначении. Этот вопрос решается коллегиально на врачебной комиссии. Такой вариант назначения

«Уже давно пора возобновить работу по 543-му приказу Минздравсоцразвития России от 2012 г., которое формально закрепляет стационарозамещающую технологию для пациентов, которым требуется пожизненная внутривенная поддержка. В рамках этого же обсуждения можно затронуть тему специализированных центров по домашнему

слизистой оболочки, стимулируя восстановление и нормальный рост кишечника путём увеличения размера кишечных ворсинок и глубины крипт.

Тедуглутид позволяет снизить объём и частоту введения парентерального питания у большинства пациентов. По данным реальной медицинской практики, до 69% детей и до 61% взрослых пациен-

Слово о болезни

Спасательный круг

Синдром короткой кишки становится обратимым



Обсуждение вариантов лечения с гастроэнтерологом

причиной смертности является сепсис, вызываемый, в частности, постоянными внутривенными вмешательствами.

От диагностики к лечению на дому

Поскольку чаще всего с подозрением на СКК-КН обращаются родители малышей, в диагностике специалисты в первую очередь ориентируются на жалобы и характерные признаки заболевания, такие как боли в животе, диарея, «жирный» стул, вздутие живота, слабость или сонливость, снижение веса ребёнка. Затем комплексная оценка функции кишечника проводится с помощью лабораторных и инструментальных методов исследования. Их объём и частота периодического контроля определяются для каждого пациента в зависимости от проявлений заболевания.

Подобную диагностику в основном проводят в федеральных медицинских организациях, поэтому, по мнению медиков, необходимо sobлюсти преемственность лечения пациентов. Важно, чтобы после выписки из стационара они могли по месту жительства встать на диспансерное наблюдение и получать в дальнейшем необходимую медицинскую помощь, лекарства; иметь возможности реабилитации и т.д.

Так, после удаления желудка или кишечника пациенту не положено мясо. А белки ему необходимы: за один грамм недополученного белка организм расплачивается 4 г мышечной массы. Потери белка у тяжелобольных могут достигать 120–150 г в сутки. Значит, за сутки может теряться более 500 г мышечной массы.

В комплекс необходимых организму питательных веществ входят не только белки, но и углеводы, жиры, витамины. Существуют апробированные методы введения специально разработанных питательных смесей через зонд или через вену.

Адекватное парентеральное питание при СКК позволяет снизить

питательной поддержки вызван тем, что пока не приняты клинические рекомендации по лечению данной патологии. СКК – редкое заболевание, поэтому мало врачей имеют опыт выхаживания таких пациентов».

По её словам, после подобного назначения пациент мог бы покинуть стационар, ведь получать необходимую питательную поддержку можно и на дому. Однако на данный момент такой вариант законодательно не предусмотрен. Сейчас приходится добиваться бесплатного ПП и жизненно необходимых лекарств только через суд. Поэтому пациенты могут получать такое питание только в стационаре.

В отсутствие федеральной программы помощи пациентам с СКК разработан ряд региональных программ, но их буквально единицы.

Бюджетное обеспечение пациентов с СКК необходимыми средствами для домашнего парентерального питания в последние несколько лет стало осуществляться в Москве и Санкт-Петербурге. Однако чаще всего питание на дому обеспечиваются в первую очередь дети. Взрослые пациенты вне стационаров лечатся самостоятельно, покупая подобное питание за свой счёт.

Такие «правила игры» приводят к тому, что пациенты вынуждены то по несколько недель лежать в больнице, где они получают парентеральное питание, то проходить реабилитацию на дому. Подобный вариант медицинского обслуживания этих больных обходится в 1,7–2 раза дороже домашнего парентерального питания и чреват значительно более частыми инфекционными осложнениями, особенно сейчас в период пандемии COVID-19.

Поэтому специалисты предлагают рассматривать клиническое питание стабильных больных в домашних условиях как замещающую стационар технологию, позволяющую более эффективно использовать имеющийся бюджет здравоохранения.

клиническому питанию (ДКП). Мы, конечно, ещё пока далеки от европейской практики, но некоторые подвижки уже есть: например, в Санкт-Петербурге созданы четыре таких центра: два энтерального питания и два парентерального питания (один для детей с СКК и один для взрослых с СКК), которые располагаются на базе стационаров», – говорит В.Луфт.

Эксперт подчеркнул важность соблюдения прав пациентов относительно доступности инновационной терапии и специализированной медицинской помощи, в том числе и по федеральным квотам вне зависимости от региона проживания больного.

Новые возможности – сегодня и завтра

Не приуменьшая значимость парентерального и энтерального питания, врачи, тем не менее, отмечают, что оно решает задачу в краткосрочной перспективе, а в долгосрочной может даже привести к разным осложнениям, например, септическим.

В среднем пациент с СКК и кишечной недостаточностью (КН) должен получать парентеральное питание в течение 5 дней в неделю по 10–18 часов в сутки. Качество жизни у таких людей мало отличается от пациентов, находящихся на диализе, химиотерапии или перенёвших трансплантацию печени. Привязанность к парентеральному питанию невероятно ограничивает жизнь пациентов и, как уже было сказано выше, часто приводит к жизнеугрожающим осложнениям.

В последние годы получены результаты клинических исследований эффективности и безопасности новых методов терапии СКК-КН, в частности, с помощью лекарственных препаратов. В нашей стране в июне 2021 г. зарегистрирован единственный в мире препарат «Гэттестив» (тедуглутид) для пациентов с тяжелейшей патологией, дающий шанс на облегчение бремени болезни и выздоровление.

«Являясь синтетическим аналогом естественного глюкагоноподобного пептида-2 (ГПП-2), он влияет на процессы роста и функции клеток в желудке и кишечнике, повышая возможность структурно-функциональной адаптации оставшейся части тонкой кишки и способствует улучшению всасывания питательных веществ, что позволяет уменьшить или полностью исключить зависимость пациентов от парентерального питания», – говорит В.Луфт.

Он объясняет: природный ГПП-2 человека, секретлируемый L-клетками кишечника, усиливает кишечный и портальный кровоток, подавляет секрецию соляной кислоты в желудке и снижает перистальтику кишечника. В клинических исследованиях показано, что тедуглутид сохраняет целостность

от зависимости. Таким образом, в ряде случаев препарат позволяет не просто остановить развитие заболевания, но и обратить его вспять, добившись практически полной реабилитации пациента.

По мнению специалистов, повышение доступности подобной терапии способно стать спасательным кругом для их пациентов.

«На сегодняшний день есть ряд проблем, связанных с лекарственным обеспечением пациентов с СКК-КН. В первую очередь это касается тех больных, кто получает лекарства, необходимое питание и медицинские изделия на дому: как таковая система не выстроена и в результате всё держится только на волонтерских началах», – прокомментировала М.Балашова.

В частности, автономная некоммерческая организация по оказанию помощи больным с СКК и метаболическими нарушениями «Ветер надежд» оказывает поддержку родителям детей и взрослым пациентам с СКК-КН: распространяет информацию о заболевании, осуществляет юридические консультации, координирует взаимодействие больных и медицинского сообщества, ведёт диалоги с властью для решения правовых вопросов.

Весомый вклад в помощь пациентам из всех регионов России оказывает межрегиональная общественная организация поддержки пациентов с воспалительными заболеваниями кишечника (ВЗК) и СКК «Доверие». Основными направлениями её деятельности являются социальная и психологическая поддержка людей с этими заболеваниями, помощь в трудовой адаптации, обеспечение доступа к врачам узких специальностей, решение вопросов, связанных с обеспечением лекарственных препаратами, просветительская работа.

Поскольку СКК в 2017 г. включён в перечень редких заболеваний, он также попадает в «зону заботы» Общероссийской общественной организации «Всероссийское общество редких (орфанных) заболеваний» (ВООЗ), помогающей пациентам с редкими заболеваниями в осуществлении их законного права на лечение, современную диагностику, реабилитацию и социальную поддержку.

Хочется надеяться, что с их помощью проблема СКК выйдет на государственный уровень; решится не только вопрос с обеспечением препаратами и парентеральным питанием, но и с созданием федерального центра, где такими пациентами занималась бы междисциплинарная команда врачей, а также возрождением «хорошо забытого старого» – санаторного этапа пострезекционной реабилитации.

Алёна ЖУКОВА,
корр. «МГ».

Москва.

Башкирский государственный медицинский университет. Январь 2022 г. в БГМУ отмечен торжественным открытием Института цифровой медицины, который специализируется на разработке и реализации отраслевых IT-проектов.

Выступая на церемонии открытия, глава Башкортостана Радий Хабиров заявил:

– Уверен, Институт цифровой медицины станет важным звеном будущего развития вуза и модернизации всей системы здравоохранения республики. Кроме того, на базе университета формируется большой офтальмологический кластер, – отметил он. – Достижения университета нас очень радуют. В прошлом году он в числе ведущих вузов страны получил гранты по программе стратегического академического лидерства «Приоритет – 2030». Врачи и студенты БГМУ оказывают огромную поддержку системе здравоохранения в борьбе с коронавирусной инфекцией.

Корпус института, площадью около 3 тыс. м², состоит из 3 этажей: это учебные аудитории, лекционные залы, компьютерные аудитории. Научно-образовательный процесс сочетает инженерное и медицинское направления.

В учебном корпусе института размещена и кафедра биологии. Цель такой интеграции – в объединении интеллектуальных и технологических ресурсов вуза.

Благодаря расширению инфраструктурной базы БГМУ государственные ведомства и крупные коммерческие компании смогут также принимать активное участие в разработке и внедрении инновационных цифровых продуктов в медицину.

Ректор университета профессор Валентин Павлов сообщил:

– Мы начинаем погружать студентов в цифровую среду уже с первого курса, чтобы соотнести их навыки с потребностями науки. Новый институт станет центром компетенций, который позволит объединить наработки наших учёных и экспертов международного уровня. Это ускорит внедрение передовых технологий и повысит качество оказания медицинской помощи жителям республики.

Ректор БГМУ представил главе Башкортостана концепцию развития университетского кампуса в рамках создания Евразийского научно-образовательного центра мирового уровня и показал новый

В медицинских вузах страны

Фундамент цифровизации

строющийся корпус Института фундаментальной медицины с научными лабораториями, который планируется к сдаче уже в этом году.

Волгоградский государственный медицинский университет. С 2022 г. ВолГМУ начинает подготовку по новой программе ординатуры «Ревматология». Соответствующие изменения внесены в лицензию вуза приказом Рособнадзора.

Новая образовательная программа ординатуры направлена на подготовку квалифицированного врача-специалиста, обладающего системой теоретических знаний, общепрофессиональных и специальных профессиональных компетенций, способного и готового для самостоятельной работы в должности врача, занимающегося лечением заболеваний суставов и суставной ткани. На сегодняшний день этим недугом страдает 25% населения земного шара.

Обучаться в ординатуре по направлению «Ревматология» смогут выпускники лечебного и педиатрического факультетов на очной основе в течение 2 лет.

Помимо основных дисциплин по ревматологии, ординаторы будут изучать смежные дисциплины – терапию, гастроэнтерологию, функциональную диагностику. В практических занятиях будут отработаны навыки по терапии, педагогике, клинической фармакологии, организации здравоохранения, медицины чрезвычайных ситуаций, а также фундаментальные дисциплины, такие как патологическая анатомия и патологическая физиология.

Практический курс – работа ординаторов в отделении под руководством опытных наставников – будет проходить в областном региональном ревматологическом центре на базе городской клинической больницы скорой медицинской помощи № 25, а также в обучающем симуляционном центре ВолГМУ. Там ординаторы



Новый корпус Института цифровой медицины в Уфе

будут отрабатывать проведение практических навыков по ведению больных и оказанию неотложной медицинской помощи.

Обучаться в ординатуре по направлению «Ревматология» смогут как российские, так и иностранные студенты.

Подчеркнём, что кроме ревматологии ВолГМУ с этого года начинает подготовку врачей ещё по трём новым направлениям ординатуры: «Стоматология общая», «Управление и экономика фармации», «Скорая медицинская помощь».

А тем кто хочет по окончании программы бакалавриата «Биология» продолжить образование, теперь возможно обучение в магистратуре. Магистерская программа «Медико-биологические науки» даёт возможность профессионально обучиться организации и выполнению клинических лабораторных исследований и аспектам проведения работ по исследованиям лекарственных средств, открывая путь к работе в области здравоохранения в сфере разработки и контроля биобезопасности новых лекарственных средств, биомедицинских исследований с использованием живых организмов

и биологических систем различных уровней организации.

ВолГМУ прошёл лицензирование по программам специалитета ещё и на подготовку ветеринарных врачей.

Рязанский государственный медицинский университет им. И.П.Павлова. РязГМУ и Рязанское областное отделение общественной организации «Всероссийского общества изобретателей и рационализаторов» заключили соглашение о взаимодействии.

Подписи под документом поставили ректор РязГМУ профессор Роман Калинин и председатель Рязанского отделения ВОИР профессор Игорь Мурог.

Партнёрское взаимодействие сторон будет направлено на развитие интеллектуального потенциала, взаимовыгодного и эффективного сотрудничества по изобретательской, патентно-лицензионной и инновационной деятельности. Подписанное соглашение предусматривает помощь учёным университета в коммерциализации их разработок и внедрении инновационных решений в практическое применение.

Приволжский исследовательский медицинский университет

(Нижний Новгород). Председатель городской Думы Нижнего Новгорода Олег Лавричев вручил ректору университета Николаю Карякину памятный знак «800 лет городу Нижнему Новгороду», которым награждаются граждане, внёсшие значительный вклад в социально-экономическое развитие столицы Поволжья.

– Считаю, что этот знак – награда всему коллективу нашего университета за вклад в развитие здравоохранения и в том числе за участие в борьбе с коронавирусной инфекцией. Наши волонтеры, не жалея себя, оказывают всевозможную помощь в медицинских организациях, а врачи не опускают руки даже в самых сложных ситуациях! Вот – настоящие герои юбилейного для нашего славного города года (и не только), – сказал профессор.

Смоленский государственный медицинский университет. На первом заседании совета обучающихся при Министерстве науки и высшего образования РФ, которое прошло в формате открытого диалога с главой ведомства Валерием Фальковым в помещении ресурсного центра «Мосволонтер», СГМУ представлял студент 5-го курса студент Максим Силкин.

В мае минувшего года Минобрнауки России поддержало инициативу студентов о создании при ведомстве органа для прямого диалога со студенческой молодежью, который представлял бы их интересы. Со всей страны было подано более полутора тысяч анкет от обучающихся вузов разной ведомственной принадлежности.

Максим успешно прошёл конкурсный отбор на платформе АНО «Россия – страна возможностей» и стал единственным представителем вузов Смоленской области.

На встрече приняли участие более 80 студентов, представляющих вузы субъектов федерации.

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

Опыт

В последнее время всё чаще и чаще стала приходить информация о фактах нападения бродячих собак на людей в разных регионах РФ, а большей частью на детей. И самое страшное – с летальными исходами.

Так общественная палата Республики Саха (Якутия) не осталась в стороне и провела «круглый стол» с участием депутатов Государственного Собрания республики (Ил Тумэн), членов правительства республики, руководителей Якутской городской думы, администрации Якутска, ветеринарной службы, представителей общественных и научных организаций города, республики по вопросу, связанному с трагической кончиной жительницы Якутска от укусов бродячих собак.

Это не единственный случай, на днях, получив серьёзные травмы от нападавших бродячих собак, скончалась ещё одна жительница города, несмотря на все усилия врачей. По данным Минздрава республики, отмечается резкое увеличение травм, полученных от укусов бродячих собак.

В прошлом году за медицинской помощью в регионе обратилось больше 1,5 тыс. человек, в том числе 728 детей, пострадавших от укусов бродячих собак. А в Якутске в течение 11 месяцев прошлого года обратились в медицинские учреждения 903 жителя, в том числе дети до 17 лет – 412, а в Ленском

Стаи на улицах

Как решить проблему бродячих собак и распространения бешенства

районе в 2021 г. – 55, из них 22 ребёнка, в Мегино-Кангаласском – 10, в Таттинском – 15. Эти цифры говорят о том, что создалась неблагоприятная ситуация, угрожающая здоровью и жизни жителей.

Вспоминается 1974 г., когда я работал главным государственным санитарным врачом Якутской АССР. В те годы строительство Южно-Якутского территориально-производственного комплекса (города Нерюнгри) вызвало миграцию диких животных в Алданский район, где в апреле 1974 г., впервые в Якутии, в Алдане была зарегистрирована крупная вспышка бешенства. От укусов «мигрантов» пострадали сотни жителей района, а четверых спасти так и не удалось. Для локализации и ликвидации очага особо опасной инфекции была срочно создана правительственная комиссия. На помощь к нам прибыли специалисты Иркутского и Омского научно-исследовательских институтов.

В Якутск срочно прилетели начальник Главного санитарно-эпидемиологического управления Министерства здравоохранения РСФСР Н.Титков и один из крупнейших рабиологов мира профессор М.Селимов.

Спустя некоторое время вспышка бешенства в этом районе была ликвидирована путём отстрела бродячих собак, тем не менее работа по предупреждению распространения бешенства в республике продолжалась.

Особенно кропотливой она оказалась в Якутске. Борьба с бродячими собаками носила в городе весьма хаотичный характер. Между тем эта проблема была столь серьёзна, что по настоянию заместителя председателя Совета министров Якутской АССР М.Габышева вопрос был внесён в повестку совещания областного комитета КПСС, которым руководил первый секретарь Г.Чиряев.

Выступление с докладом об обстановке борьбы с бродячими собаками стало для меня первым серьёзным испытанием. Тогда участие в обсуждении актуальной темы приняли: первый заместитель председателя Совета министров ЯАССР С.Платонов, заместитель председателя М.Габышев, первый секретарь Якутского городского комитета КПСС Н.Соломов, председатель исполкома городского совета И.Толмачев. Обсуждалось, как не допустить в Якутске распространения бешенства, какие меры необходимо предпринять. Среди присутствующих возник спор по поводу количества уничтоженных в Якутске бродячих собак, цифры вызвали сомнения. И Г.Чиряев предложил в достоверности озвученной информации всем участникам убедиться лично. Для этого выехать на городскую свалку, где уничтожают трупы собак. Причём в стихийной экскурсии туда секретарь обкома партии участвовал сам. Там и обна-

ружили некоторую недостоверность приведённых данных, после чего Г.Чиряев на следующий день назначил бюро обкома партии. На его заседании было принято решение об ужесточении Советом министров Якутской АССР мер по предупреждению распространения бешенства в республике. А И.Толмачев был объявлен строгий выговор.

Затем вопрос о неотложных мерах борьбы с бешенством в республике рассматривался и на заседании президиума Совета министров Якутской АССР под руководством председателя И.Петрова, была заслушана информация главного санитарного врача региона И.Егорова и принято соответствующее постановление Совета министров Якутской АССР. Эта работа продолжалась и в последующие годы. В результате, многие вопросы, связанные с возбудителем бешенства, с эпидемиологическими, климато-географическими особенностями медленно, но верно решались.

Думаю, в связи с создавшейся ситуацией, назрела острая необходимость провести весь комплекс мер, направленных на профилактику особо опасных, природно-очаговых заболеваний в регионе.

Иван ЕГОРОВ,
председатель Общественного совета при Министерстве здравоохранения Республики Саха (Якутия),
доктор медицинских наук,
профессор.

Ракурс

Как известно, одна из форм полового размножения организмов, при которой яйцеклетка развивается во взрослую особь без оплодотворения, называется партеногенез.

В природе существует несколько видов растений, насекомых и даже животных, которые появляются на свет именно таким образом. Но человек – высшее, разумное существо, не может быть воспроизведён без участия мужских половых клеток, если не считать древние легенды. Греки были не столь категоричны, допуская и девственное-партено/парфеногетическое получение потомков, ярким примером которого стало рождение богини мудрости Афины непосредственно из головы её отца Зевса-«Дня» (сравни: Диоскуры – сыновья Зевса Кастор и Поллукс, «проклюнувшиеся» из яиц, отложенных спартанской царицей Ледой после «посещения» её громовержцем в ипостаси Лебедя). В честь столь необычного события афиняне возвели на «верхнем городе» Акрополе своей защитнице храм Парфенон. Много позже биологи бесполой образ размножения в честь неё называют партеногенез, который «процветает» вплоть до ящериц, являющихся представителями рептилий. До определённой степени сходное размножение есть и у бактерий с их единственной молекулой ДНК в форме круга. В последний год XIX века американец Лоуб сумел вызвать партеногенез искусственно, а в 1910 г. француз Батильон «подстегнул» девственное развитие яйцеклетки путём нанесения ей ничтожно малой травмы с помощью укола тонкой стеклянной иглой. Главным успехом было получение в штате Мэриленд партеногенетической индюшки, прожившей полгода и отложившей партеногенетические яйца, которые не проклюнулись.

Партеногенез отличается от клонирования, которое возможно из сохраняющих и во взрослом состоянии стволые признаки соматических, то есть неполовых клеток. Сегодня клонирование

органоидов из стимулированной к развитию взрослой «соматики» широко применяется в лабораториях с целью изучения молекулярных основ развития органов и тканей, а также решения других задач. Но учёных не оставляла мечта и о партеногенезе, который у тех же кишечных палочек *E. coli* подталкивается геном F (Fertility), передаваемым по цитоплазматическому мостику в клетку, без него не способную к размножению.

Поверхность яйцеклетки усеяна белковыми рецепторами связывания спермия, который после этого путём эндоцитоза попадает в цитоплазму, после чего начинается цепь до конца неясных ещё событий. Весьма упрощённо можно сказать, что в яйцеклетке присутствует всегда только женская половая хромосома X, в то время как спермий может принести либо X, либо мужскую Y. Чисто статистически в результате полового процесса число мальчиков должно было быть равным количеству девочек, но, как установили в Чикагском университете, соотношение полов при рождении под действием токсинов извне может варьировать. В норме однако оно чуть больше вследствие того, что мальчики чуть больше гибнут из-за патологий, связанных с X-хромосомой (примерами чего являются гемофилия, врождённый иммунодефицит, дальтонизм).

Привнесение Y в результате оплодотворения приводит к началу целого каскада молекулярных событий, следствием чего становится возможное развитие эмбриона. Можно напомнить также, что в 2020 г. французке и американке присудили Нобелевскую премию за разработанный



ими за несколько лет до этого метод ген-редактирования. Сегодня редактируют не только ДНК, но и РНК, о чём свидетельствует успех купирования у мышей модели синдрома Ретта, похожего на аутизм, о чём сообщалось в мае 2021 г. За год до того в Орегонском университете здоровья и науки «исправили» неврологический синдром, связанный с X-хромосомой, развивающийся у детей к 18 месяцам. Статья в журнале называлась «In vivo репарация неврологического расстройства с помощью РНК-редактирования».

Звёзды, в том числе и редактирования, сошлись в 2018 г., когда широкий резонанс вызвала статья в приложении журнала Cell, в которой специалисты пекинского Института зоологии рассказали о получении би-материнских и би-отцовского потомства у мышей с помощью молекулярного «запечатления»-imprinting (CSC).

Через два года после этого учёные университетов Тель-Авива и Гарварда рассказали о том, что РНК-редактирование в иммунных клетках матери позволило «исправить» мышиную модель заболеваний (в частности аутизма и шизофрении), связанных с нарушениями развития мозга.

В начале декабря 2021 г. тот же журнал представил работу лондонского института Ф.Крика (сооткрывателя двойной спирали), сотрудники которого с помощью ген-редактирования (ДНК) получили здоровых мышат при «слиянии» двух групп материнских клеток, а также мышат «отцовских». Тем самым действительно было получено партеногенетическое потомство млекопитающих того же пола, что, по выражению Science, «сулит» идеальный фермерский мир! Известно, что каждый фермер мечтает о рождении у его коров только телок, а у овец – агнцев женского пола

(об этом мечтал и Аристотель, советовавший, чтобы овцы во время покрытия их баранами стояли головой на север). Каракуль – «Черное озеро» – потому и производится в таких количествах, что потомкам Авеля приходится таким образом «избавляться от ягнят мужского пола. Мышата, полученные только из материнских клеток с помощью «воздействия» TOP (топоизомеразы) на ген, кодирующий важный фермент клеточного деления, были здоровы в течение нескольких поколений и даже давали собственное потомство.

Совсем иная картина с мышатами из мужских, вернее отцовских клеток, которые жили не более двух суток. Успех молекулярных и просто биологов налицо, но сами авторы весьма сдержанны в оценке своего экспериментального достижения. Они полагают, что получение «однополых» животных вполне достижимо в лаборатории, однако трудно развивать «в поле» для получения все дорожающего продовольствия на фоне всеобщего неприятия ГМО. Максимум, на что они надеются – это получение 80% самок в потомстве разных пород скота, потому что и самцы ведь нужны для воспроизводства. Тем не менее и «неудача» с мужским потомством показывает необходимость исследования других областей Y-хромосомы (помимо SRY – Sex-Region Y, определяющего развитие потомства мужского пола). В конце можно упомянуть и статью, представленную в BMC университетом Хайфы, где редактированием преинформационной РНК в мозгу крыс удалось купировать изменения, связанные со стрессами, развивающимися на протяжении поколений под действием среды.

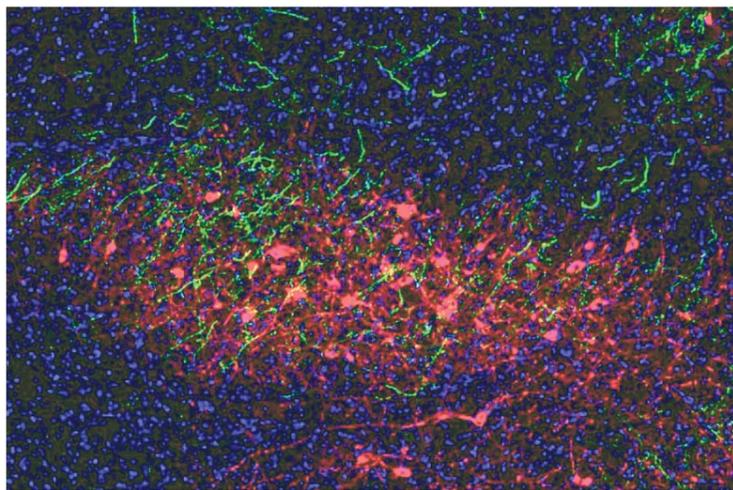
В клиниках и лабораториях

Знающие римское право понимают выражение *Qui bono*, то есть кому это выгодно, хотя это довольно узкопрофессиональное толкование мотива. В одном из словарей *motif* представляет собой рекуррентный тематический элемент, используемый в интеллектуальном или физическом развитии, например, той же «подвижке» тела и его рук и ног. Примерно тоже говорится и о мотивации, порождаемой неким возбуждением или приманкой, влечением или идеей.

«Центр удовольствий», испытываемых человеком от еды и алкоголя, секса и воздействующих на психику субстанций, восприятия музыки и искусства сосредоточен в прилегающем ядре (NA – Nucleus Accumbens) представляет собой небольшую группу нейронов, лежащую под задним отделом лобной доли с её предлобной, или префронтальной корой (PFC), отвечающей за вынесение и осуществление принятых решений. Активность и жизнеспособность нервных клеток NA подпитываются дофамином (производным аминокислоты тирозина). Он синтезируется нейронами весьма удалённых от лобной доли Красного ядра и Чёрной субстанции, находящихся чуть впереди от ствола мозга (в ножках мозга, представляющих собой мощные пучки волокон, идущих от мотонейронов коры).

В середине сентября 2020 г. сотрудники Лаборатории в Колд Спринг Харборе выявили группу нейронов, помогающих мышам

Что нами движет?



Кластеры-грозди красных и зелёных нейронов, активность которых определяет поведение мышей

избегать негативного опыта. Путь, или совокупность нервных отростков-аксонов пролегает в дорзальном стриатуме, то есть верхне-спинной части полосатого тела, «управляющего» движениями и поведением в целом. В сотрудничестве со Стэнфордом они выделили ген, назвав его T-shirt (буквально «тенниска», футболка), который отвечает за синтез белка с цинковым пальцем. Последний представляет собой аминокислотную петлю, в основании которой находится стабилизирующий её

цинк. С помощью таких петель-пальцев протеины регулируют генную активность, включая тот или иной ген. В Стэнфорде, как известно, К. Дейсерот создал оптогенетику, позволяющую активировать избранные нейроны и проследить их связи. Полтора года назад нью-йоркцы с её помощью выяснили, что как награда, так и наказание «пользуются» одним и тем же путём (прямо как в романе «Преступление и наказание» – там ведь тоже были кошелек с серебром и Сибирь).

пищи и получения «сытого» удовольствия, стремление к которому сопряжено с опасностью.

Для выяснения связи *neeed-NTS* нейробиологи лаборатории получили культуру индуцированных нейронов переднего-анterior отдела островка-Insula, «задвинутого» вглубь полушария разросшейся височной доли. А в них был определён ген ещё одного цинкового пальца (*Fezf – Front encerephalon zf*, участвует в развитии переднего мозга), включение которого в клетках NTS приводит к генерированию мотивации MV – Motivational Vigor (сравни: *vita – жизнь*, жизненная сила). Её присутствие определяют то ощущение счастья, которое присутствует у молодых и юных. В Калифорнийском университете Сан-Франциско считают, что оно защищает мозг от депрессии и болезни Альцгеймера в пожилом возрасте. Свой вывод они сделали при статистическом анализе почти 15 тыс. людей в возрасте 20-89 лет, состояние которых оценивали по Depression Scale. В качестве контроля были обследованы 6122 здоровых человека пожилого возраста. Свои результаты и выводы калифорнийцы опубликовали в JAD. Вполне возможно, что «мотивационные» работы помогли выявить новые клеточные и молекулярные мишени для «управления» поведением людей и их лечения.

Игорь ЛАЛЯНИЦ,
кандидат биологических наук.

По материалам BMC Genomics, Cell Reports, Cell Stem Cell, Guardian, Nature Communications, PLOS, Science, Cell, J of Alzheimer Disease.

Перспективы

Запрыгнуть в поезд на ходу

Вернёмся ли мы к прежней жизни?!

Руководитель отдела вирусологии берлинской университетской клиники Charité Кристиан Дростен считает, что в течение 2022 г. COVID-19 войдёт в Германию в эндемическую фазу и можно будет объявить о завершении пандемии. По его словам, «довольно большая часть этого пути уже пройдена благодаря вакцинации» и теперь страна должна завершить этот путь.

К. Дростен отметил, что популяционный иммунитет против коронавируса у взрослых развивается в «правильном направлении». «Население формирует иммунитет и сохраняет его», – подчеркнул он.

Вирусолог сравнил высококонтагиозный вариант «омикрон», отличающийся более мягким течением заболевания, с «поездом, в который на ходу запрыгивают люди». По его словам, не существует альтернативы тому, что рано или поздно все будут заражены коронавирусом SARS-CoV-2. Однако важно, чтобы как можно больше людей прошли вакцинацию. Дростен отметил, что для Германии, отличающейся большей долей пожилых людей, вакцинация является единственно правильным путём. Естественная иммунизация могла бы привести к слишком большому количеству смертельных исходов.



Дростен также возлагает большие надежды на возможную «живую вакцину». Она может быть сделана в виде спрея, с помощью которого «аттенуированные (искусственно ослабленные) вирусы или их модернизированный вариант» будут впрыскиваться в нос и способствовать выработке иммунитета на слизистой оболочке. «Это было бы гораздо лучшим способом защиты от заражения, следующей весной», – считает учёный.

По мнению Дростена, Германия уже в 2022 г. сможет вернуться к жизни, которая была до пандемии.

Однако следующей зимой учёный ожидает новый резкий рост заболеваемости. «Вероятно, нам снова придётся носить маски в помещениях, потому что иммунитет вновь немного снизится, и уязвимые слои населения надо будет опять защищать», – отметил он.

При этом учёный отметил, что человечество получило и «некоторые преимущества». Вирус продвинул медицину, объяснил он. «Технология мРНК – это огромный прорыв, в том числе и для борьбы с раком, и для других инфекционных заболеваний», – заявил Дростен.

Открытия, находки

Когда родители детей-диабетиков могут расслабиться

Приложение, превращающее обычную инсулиновую помпу в искусственную поджелудочную железу

Технология мониторинга уровня инсулина у детей от одного до семи лет, разработанная учёными в Кембридже, оказалась эффективнее существующих механизмов. Приложение не только в реальном времени отслеживает уровень инсулина у ребёнка-диабетика, но и со временем учится его предсказывать.

Технология SamAPS FX разработана профессором Романом Говоркой в Институте Уэллкома (входит в состав Кембриджского университета). Разработчики считают, что она изменит жизнь родителей с маленькими детьми с сахарным диабетом 1-го типа.

Диабет у маленького ребёнка – это сложный случай, потому что уровень инсулина в крови детей быстро меняется, а сами они по-разному реагируют на уколы и сигналы датчиков.

Чаще всего ребёнку в организм вшивают специальный сенсор, глюкометр, иногда соединённый с инсулиновой помпой. За уровнем гормона приходится следить по датчику.

Такой же глюкометр с помпой, но присоединённый к приложению SamAPS FX, полностью автоматизирован. Он отслеживает уровень инсулина и активирует помпу в случае, если показатели гормона падают слишком низко. Однако помимо этого алгоритм подстраивается под каждого конкретного ребёнка и со временем начинает предсказывать скачки и падения инсулина в течение дня.

Кроме того, алгоритм регулирует количество выпускаемого в организм инсулина, что позволяет разработчикам называть его полноценной «искусственной поджелудочной железой».

Таким образом, родители ребёнка-диабетика с SamAPS FX не нужно, например, бояться ночных приступов гипогликемии. Алгоритм заметит падение уровня инсулина или подъём сахара, включит помпу и отрегулирует количество подаваемого гормона.

Эффективность алгоритма доказана испытанием, в котором приняли участие 74 ребёнка с диабетом 1-го типа в возрасте от года до 7 лет. В течение 16 недель они пользовались этим прибором,

и оказалось, что при автоматическом регулировании в среднем на протяжении 72% суток уровень инсулина у каждого из детей оставался в норме.

«Прибор позволил улучшить ряд показателей, в том числе количество приступов гипергликемии и средний уровень сахара в крови детей, при этом не увеличив риск гипогликемии», – говорит одна из авторов исследования доктор Джулия Уэр. – Родители говорят, что искусственная железа изменила их жизнь, потому что они наконец-то смогли перестать волноваться об уровне сахара в крови своих детей, особенно по ночам».

Сэм Райт, мама шестилетней Софии, страдающей диабетом 1-го типа, говорит, что раньше ей приходилось заводить по ночам будильник, чтобы вовремя проверить уровень сахара у дочери.

«Такое чувство, что впервые с момента постановки ей диагноза я могу расслабиться», – подчёркивает она. – Глядя на Софию, теперь не скажешь, что она чем-то отличается от одноклассников».

Гипотезы

Врождённое свойство

Как известно, COVID-19 могут быть инфицированы не только люди, но и животные, в том числе свиньи. Однако последние не болеют в прямом смысле этого слова – они заражаются вирусом, а симптомов у них нет. Учёные объяснили, почему так происходит.

Чтобы выяснить это, исследователи ввели образцы вируса в клеточные культуры, полученные из респираторного эпителия, кото-

рым высланы дыхательные пути, как людей, так и свиней. В ответ на заражение SARS-CoV-2 клетки свиней просто умирали. И это ока-

залось положительным исходом.

Такая контролируемая гибель клеток называется апоптозом. Он в данном случае не позволяет инфицированным клеткам распространять инфекцию на другие клетки.

Учёные предположили, что такое поведение организма свиней, вероятно, является чем-то присущим иммунной системе этих животных, чем-то врождённым, а не приобретённым.

Бывает и такое

Американские хирурги осуществили первую в мире экспериментальную операцию, в ходе которой пациенту было пересажено генетически модифицированное сердце свиньи. Врачи говорят, что это единственный шанс Дэвида Беннета на выживание – без пересадки его ждала бы неминуемая смерть.

Человек с сердцем свиньи

Операция продолжалась семь часов.

«Для меня выбор был между смертью и этой пересадкой», – сказал 57-летний Беннет накануне операции. – Я понимаю, что дальнейшая моя судьба совершенно неизвестна, но для меня это последний шанс».

Специалисты из медицинского центра Университета Мэриленда получили от властей специальное разрешение на операцию, объяснив, что без неё пациент умрёт. Увенчается ли пересадка успехом, до сих пор окончательно не ясно.

Врачи сочли невозможным пересадку Дэвиду Беннету человеческого сердца – обычно, такое решение принимается когда пациент находится в тяжёлом состоянии.

Для хирургов операция стала результатом многолетних исследований. Они надеются, что их успех поможет спасению жизни множества людей по всему миру. В своём заявлении Университет Мэриленда цитирует хирурга Бартли Гриффита, по словам которого операция призвана «приблизить разрешение кризиса с нехваткой донорских органов».

По данным сайта OrganDonor.gov, только в США пересадки донорских органов ждут около 100 тыс. человек, и 17 пациентов в день умирают из-за их нехватки.

Учёные уже давно обсуждают возможность трансплантации органов животных людям, то есть ксено-трансплантацию. В кардиохирургии уже повсеместно используется

пересадка человеку некоторых частей свиного сердца, в частности, сердечных клапанов.

В октябре 2021 г. хирурги в Нью-Йорке сообщили, что провели успешную пересадку человеку свиной почки: на тот момент это была наиболее сложная операция такого рода в истории. Однако у пациента, которому пересадили её, наступила смерть головного мозга, и надежд на его выздоровление не было.

Вместе с тем, Беннет надеется, что теперь он сможет продолжить обычную жизнь. До операции он в течение 6 недель был прикован к больничной койке из-за смертельного сердечного заболевания. Его выживание обеспечивалось только благодаря медицинской аппаратуре. «Очень хочу встать с койки, когда приду в себя», – сказал он.

Как будут развиваться события после операции, пока не известно. Агентство Франс пресс передаёт, что животное, сердце которого использовали при трансплантации, было генетически модифицировано: учёным пришлось избавиться от гена, который мог бы вызвать отторжение пересаженного органа.

Как говорит Гриффит, сейчас врачи «действуют со всей осторожностью» и внимательно следят за состоянием пациента.

Как сказал сын Беннета, сейчас их семья «погружена в неизвестность». «Он понимает, насколько велико значение того, что было сделано, осознает, какое это большое достижение», – отметил он.

Ну и ну!

Предпочла заражение вакцинации

В Чехии скончалась 57-летняя вокалистка фолк-группы Asonape Гана Горка, которая заразилась коронавирусом специально, чтобы после болезни получить возможность посещать общественные заведения.

Певица писала в соцсетях, что поправляется после положительного теста на коронавирус, но умерла через два дня после этой записи.

Сын певицы Ян Рек рассказал, что Горка специально заразилась коронавирусом, когда инфекция была обнаружена у него и его отца. Рек и его отец полностью вакцинированы, но всё равно подхватили вирус в конце декабря. Вместо того чтобы изолироваться, Горка оставалась с ними рядом. При этом певица прививку не делала.

«Она должна была изолироваться на неделю после нашего положительного диагноза, но она от нас не отходила», – сказал Рек.

Поправившись, певица планировала получить «ковид»-пропуск, необходимый в Чехии для входа в некоторые заведения, в том числе в кинотеатры, бары и кафе. «Теперь можно будет пойти в театр, сауну и на концерт», – писала она.

Утром в воскресенье, в день своей смерти, певица сказала близким, что чувствует себя лучше и оделась для прогулки. Но внезапно у неё заболела спина, и она прилегла в спальне. «Через десять минут всё было кончено. Она задохнулась», – рассказывает сын.

Гана Горка была вокалисткой фолк-группы Asonape и как говорит сын, группа его матери была легендарной среди любителей кантри и фолк-музыки, одной из старейших в Чехии. Она хотела заразиться вирусом, чтобы после выздоровления её перемещение ничто не ограничивало, сказал сын.

Ян Рек подчёркивает, что хотя его мать и не была вакцинирована, она не придерживалась никаких конспирологических теорий о возникновении вируса или о вакцинах. «Она просто предпочитала заражение вакцинации. Ни о каких микроципах или чем-то подобном она не говорила», – говорит он.

Пытаться убедить её сделать прививку было бесполезно, поскольку на подобные разговоры она реагировала очень эмоционально, добавил Ян Рек. Он надеется, что её история убедит больше людей сделать прививки. «Если перед глазами есть примеры из реальной жизни, это убедительнее, чем графики и цифры. Цифрам трудно сочувствовать», – говорит он.

Число новых случаев коронавируса в Чехии в январе достигло нового пика. Тогда правительство ввело новые меры для борьбы с распространением заболевания, в том числе обязательное тестирование. При этом период изоляции для бессимптомных больных был сокращён с 14 до 5 дней. Около 63% взрослого населения Чехии полностью привито – при том, что средняя доля вакцинированных людей в странах ЕС – 69%.

Инга КАТАРИНА.

По материалам Deutsche Welle, Ferra, Associated Press, BBC.

Конкурсы

Во время международного научно-практического форума «Российская неделя здравоохранения» состоялось необычное мероприятие – торжественная церемония награждения победителей конкурсов «Литературные чтения врачей», «Медицина в объективе» и «Врачи поют».

Конкурсы, организованные по инициативе Департамента здравоохранения Москвы, проводятся в рамках московского фестиваля «Формула жизни». Их целью является раскрытие и поддержка творческого потенциала медицинских работников организаций столичного здравоохранения города, а также учащих медицинских образовательных учреждений.

Церемонию открыла заместитель руководителя Департамента здравоохранения столицы Елена Ефремова, отметившая, что даже в непростой период пандемии, когда медики были оторваны от родных и близких, полностью посвятив себя сохранению и спасению пациентов, они находили возможность продолжать заниматься творчеством.

Оператором конкурсов является Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента (НИИОЗММ) департамента.

«Самые творческие московские врачи прислали свои работы, позволившие взглянуть на профессию и людей, её выбравших, с неожиданной ракурсов. Мы увидели, как они любят свою работу, ценят коллег, помнят о своих корнях и умеют радоваться простым моментам в жизни, а главное – видеть прекрасное во всём, – говорит директор НИИОЗММ Елена Аксенова. – Не случайно есть выражение: искусство врачевания. Медицина невозможна без творчества, и профессионального, и художественного. Поэтому очень важно, что мы смогли создать инфраструктуру, помогающую раскрывать таланты».

По её словам, такие конкурсы проводятся в третий раз, и пользуются невероятной популярностью, что подтверждается цифрами: если в 2019 г. было примерно 30 заявок, то в нынешнем году – более 300.

Что интересно: в работе жюри может принять участие любой представитель врачебного со-

Медицина слагается из науки и искусства



общества. На сайте НИИОЗММ размещаются представленные на конкурс проекты, и все желающие специалисты столичного здравоохранения открыто голосуют за понравившееся произведение. Победители определяются по количеству набранных баллов.

Надо сказать, у общественного жюри уже есть свои фаворит. В третий раз в конкурсе «Врачи поют» лучшим из лучших называют главного специалиста по спортивной медицине Департамента здравоохранения Москвы, первого заместителя директора Московского научно-практического центра медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины Зураба Орджоникидзе. Дважды он становился лауреатом, а нынче получил приз зрительских симпатий, поскольку положение о конкурсе не даёт возможности присваивать звание лауреата много лет подряд.

На вопрос ведущего, чем для него является творчество, Зураб Гивиевич искренне ответил: «Для

меня это – жизнь», а нам рассказал, что у них вся семья творческая и медицинская: прекрасно играет на фортепьяно и поёт его супруга Ирина, гинеколог-эндокринолог (с ней они вместе победили на первом подобном конкурсе, в 2019-м), оба сына, тоже врачи, окончили музыкальную школу.

Всего же награды получили более 30 сотрудников региональных и федеральных медицинских организаций Москвы, а также других городов России. Зал тепло приветствовал лауреатов. В фотоконкурсе ими стали: невролог, заведующая отделением Московского научно-практического центра медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины Людмила Петрова; сотрудник Станции скорой и неотложной медицинской помощи им. А.С.Пучкова (подстанция № 6) Ольга Корнакова; анестезиолог-реаниматолог городской клинической больницы № 15 им. О.М.Филатова Дмитрий Иванов, заведующий отделением

рентгенологических и радиоизотопных методов исследования городской клинической больницы им. А.К.Ерамишанцева Дмитрий Буренчев.

В литературном конкурсе также победили представители московского здравоохранения: научный сотрудник отдела микрохирургии уха Научно-исследовательского клинического института оториноларингологии им. Л.И.Свержевского Екатерина Гарова; заведующая инфекционным отделением, инфекционист Инфекционной клинической больницы № 1 Галина Гусева и коллектив госпиталя для ветеранов войн № 2. Они исполнили произведения известных авторов.

А за собственные поэтические произведения отмечены специалист по связям с общественностью Инфекционной клинической больницы № 2 Ксения Лободина, педиатр Станции скорой и неотложной медицинской помощи им. А.С.Пучкова Алексей Гаврилин и психолог психиатрической клинической больницы № 13 Татьяна Ломова.

Среди авторов прозаических произведений определился только один победитель – медицинский статистик городской клинической больницы им. В.В.Вересаева Ольга Онищенко.

В номинации «Лучшая авторская песня» первое место заняла доцент кафедры акушерства и гинекологии Дагестанского государственного медицинского университета, заведующая гинекологическим отделением Республиканского центра охраны здоровья семьи и репродукции Сулейманова Наида.

Желающих участвовать в номинации «Лучшая кавер-версия» было большое количество, выбор оказался непростым. Победителем стала анестезиолог-реаниматолог 2-го отделения

реанимации и интенсивной терапии для новорождённых и недоношенных детей перинатального центра городской клинической больницы им. С.С.Юдина Департамента здравоохранения Москвы Юлия Титяпкина. Звания «Лучший клип» удостоена работа администратора городской клинической больницы № 220 департамента Артёма Марико.

«Призом зрительских симпатий», помимо З.Орджоникидзе, отмечены акушер-гинеколог родильного дома городской клинической больницы им. С.И.Спасокукоцкого Анна Свищунова и хирург городской клинической больницы № 17 Айк Минасян. Приятным сюрпризом для одного из конкурсантов стал специальный приз от проекта «Секреты голоса»: психиатру Научно-практического центра психического здоровья детей и подростков им. Г.Е.Сухаревой Олегу Лебедеву предоставили возможность записать песню на студии Игоря Матвиенко. В церемонии награждения приняли участие представители медицинского сообщества, организаторы здравоохранения, известные врачи.

«Даже если кто-то не стал лауреатом, он вложил в проект всю душу, – подчёркивает Е.Аксёнова. – Энергетика от любого произведения исходит колоссальная. Например, когда смотришь только одну фотографию, кажется, что она – самая лучшая. Смотришь следующую – такие же ощущения. Поэтому трудно отдать предпочтение кому-то из участников. Я искренне горжусь каждым из них».

Алёна ЖУКОВА,
корр. «МГ».

Москва.

Фото автора.

Живая история

Чуть больше 670 лет назад итальянский писатель и поэт Джованни Боккаччо (1313–1375) закончил работу над циклом новелл «Декамерон», молодые герои которого сбежали из заражённой чумой Флоренции и за городом рассказывают друг другу увлекательные истории (новеллы). Боккаччо трудился над рукописью предположительно с 1348 по 1351 г.

Создавая биографию писателя, А.Тихонов характеризует его тяжёлое самочувствие в 1372 г.: «Боккаччо был уже стариком, в своей жизни ему пришлось много ездить, вынести много лишений, неприятностей, забот и трудов и в то же время сделать большой глоток из чаши наслаждений, а в последние годы он постоянно страдал от тучности». Сам Боккаччо в письме к Магинардо Кавальканти сообщает о болезненном состоянии своего организма: «Больше всего страдал я постоянным жжением в теле и сухой чесоткой в такой сильной степени, что день и ночь царапал ногтями засохшую сыпь и коросты. Кроме того, мучили меня завалы, боль в почках, вздутие

«Сокрытое от нас предстало зримо»

селезёнки, воспаление мочевого пузыря, удушливый кашель, хрипота, тупая головная боль и другие болезни. Если бы перечислить все мои болезни, то ты сказал бы, что все органы моего тела расстроились и все соки испортились». Страдающего Боккаччо не радуют даже любимые книги и научные изыскания, которыми он занимается. Писатель всё чаще думает о приближающейся смерти.

Боккаччо не доверял врачам. В «Декамероне» он создал образ невежественного лекаря Симоне да Вилла, который представлялся доктором медицины, однако его учёность «не простиралась дальше лечения малых ребят от коросты». Это признак заболеваний кожи (например, чесотки), который проявляется в образо-

вании струпьев на поражённых участках кожи. Не обладающий глубокими научными знаниями, самоуверенный, глупый Симоне мог похвастаться только богатым наследством, которое ему досталось от отца: «...ни у кого из флорентийских врачей нет таких хороших книг и таких красивых нарядов, как у меня». И всё же, испытывая однажды то жар, то озноб, полагая, что уже умирает, Боккаччо доверил своё лечение деревенскому знахарю. «Этот врач, осмотрев его и найдя огненное пятно на теле против того места, где расположена печень, заявляет, что необходимо быстрое лечение, состоящее в удалении из тела лишнего и вредных соков», – пишет А.Тихонов. Раскалённым железом лекарь сделал больному кровопускания

и прижигания язв, после чего Боккаччо начал поправляться. Писатель не выздоровел окончательно, но не оставил литературной деятельности: написал комментарии к «Божественной комедии» Данте Алигьери. В 1374 г. Боккаччо получает печальную весть о том, что умер его близкий друг, поэт Франческо Петрарка. Потрясенный Боккаччо пишет сонет, в котором обращается к ушедшему другу: «...ты нынче там, где жажду влеком//Лауру видеть, что тобой воспета, //не раз бывал, и где теперь Фьяммета, //любовь моя, – лицом к лицу с Творцом. //К Сеннуччо, к Чино присоединился //и к Данте ты, и пред тобой тогда //сокрытое от нас предстало зримо». Так, вспоминая любимых поэтов, Боккаччо мечтает о том, что Петрарка при-

зовёт его к себе, и в ином мире он вновь сможет увидеть свою возлюбленную, которая в ряде произведений была выведена им под именем Фьямметта.

Недуги не оставляли писателя, он сильно похудел, его часто мучила лихорадка. 21 декабря 1375 г. Боккаччо умер в родном городе Чертальдо (провинция Флоренция), где был похоронен в церкви Святого Иакова, согласно завещанию. Потомство после него не осталось. Деньги писатель тратил на покупку книг и путешествия. Собранную библиотеку он завещал монастырю Святого Духа, чтобы монахи могли пользоваться ею. Воля писателя была исполнена, но в 1471 г. монастырь сгорел вместе с уникальной библиотекой. Любовь же читателей к произведениям Боккаччо не иссякает несколько столетий: «Декамерон» стал образцом для новеллистов и романистов, а его автор справедливо считается одним из создателей итальянского литературного языка и писателем, объединившим в своем творчестве античную и средневековую культуру.

Павел ЧУЙКОВ,
внешт. корр. «МГ».

Не, ну прикиньте! Подарок сделали! Тётка с дядькой – китайцы, блин! Три года в торгпредстве в КНР проработали, так теперь пальцы в ростопырку...

Ироничной строкой

Подарок



Утром распахвали, Зинуля пыль протирать с неё стала, пятно выискала, налегла яростней, ваза – тресь! И пополам. Мы на секунду с Зинулей как бы растерялись...

И васи зелания тозе, – покорно отвечает Джина. – Только плика надо... – Господи, что ж ты такая картавая! – укорила Зинуля. – Восемнасетый век. Стальные настлойки...

– И васи зелания тозе, – покорно отвечает Джина. – Только плика надо... – Господи, что ж ты такая картавая! – укорила Зинуля. – Восемнасетый век. Стальные настлойки...

– И васи зелания тозе, – покорно отвечает Джина. – Только плика надо... – Господи, что ж ты такая картавая! – укорила Зинуля. – Восемнасетый век. Стальные настлойки...

– И васи зелания тозе, – покорно отвечает Джина. – Только плика надо... – Господи, что ж ты такая картавая! – укорила Зинуля. – Восемнасетый век. Стальные настлойки...

– И васи зелания тозе, – покорно отвечает Джина. – Только плика надо... – Господи, что ж ты такая картавая! – укорила Зинуля. – Восемнасетый век. Стальные настлойки...

– Правильно следует говорить – уши, – поправляет Зинуля. – Усы. Большое спасибо. Исплавлю в словале. Усы. Большое спасибо... – благодарит Джинна. – Так цто... кувсын тозе холосо...

– Блеск! – похвалил я. – Комар носа не подточит. Вижу, Джинна зарделась от удовольствия. Вот и скажи, сказочный персонаж, а всё как у людей...

– Ой, господина, больно? – встревожилась Джинна. – Тоцецный массаж надо. А лутце – тайский. – Китайский, ты хочешь сказать? – насторожилась Зинуля...

– Ой, господина, больно? – встревожилась Джинна. – Тоцецный массаж надо. А лутце – тайский. – Китайский, ты хочешь сказать? – насторожилась Зинуля...

– Ой, господина, больно? – встревожилась Джинна. – Тоцецный массаж надо. А лутце – тайский. – Китайский, ты хочешь сказать? – насторожилась Зинуля...

– Ой, господина, больно? – встревожилась Джинна. – Тоцецный массаж надо. А лутце – тайский. – Китайский, ты хочешь сказать? – насторожилась Зинуля...

– Ой, господина, больно? – встревожилась Джинна. – Тоцецный массаж надо. А лутце – тайский. – Китайский, ты хочешь сказать? – насторожилась Зинуля...

– Ой, господина, больно? – встревожилась Джинна. – Тоцецный массаж надо. А лутце – тайский. – Китайский, ты хочешь сказать? – насторожилась Зинуля...

– Ой, господина, больно? – встревожилась Джинна. – Тоцецный массаж надо. А лутце – тайский. – Китайский, ты хочешь сказать? – насторожилась Зинуля...

– Теперь слушай меня внимательно, Василий. Мы с тобой хоть и живём душа в душу, всё сообща решаем, но в данном конкретном случае, – вдруг перешла Зинуля на канцелярит...

– Ты у меня дебил, что ли? – всё об себе, да об себе, – смотрит на меня Зинуля критически. – Про Петьку-то вспомни! Петька – сынуля наш. Досвадебный ещё. Ну, вы понимаете...

– Ты у меня дебил, что ли? – всё об себе, да об себе, – смотрит на меня Зинуля критически. – Про Петьку-то вспомни! Петька – сынуля наш. Досвадебный ещё...

– Ты у меня дебил, что ли? – всё об себе, да об себе, – смотрит на меня Зинуля критически. – Про Петьку-то вспомни! Петька – сынуля наш. Досвадебный ещё...

– Ты у меня дебил, что ли? – всё об себе, да об себе, – смотрит на меня Зинуля критически. – Про Петьку-то вспомни! Петька – сынуля наш. Досвадебный ещё...

– Ты у меня дебил, что ли? – всё об себе, да об себе, – смотрит на меня Зинуля критически. – Про Петьку-то вспомни! Петька – сынуля наш. Досвадебный ещё...

– Ты у меня дебил, что ли? – всё об себе, да об себе, – смотрит на меня Зинуля критически. – Про Петьку-то вспомни! Петька – сынуля наш. Досвадебный ещё...

Юрий КУБАНИН.

Новосибирск.

СКАНВОРД. Crossword grid with clues in Russian. Includes a grid with letters and a key with the words 'СКАНВОРД'.

Footer information including contact details for the newspaper, a QR code, and a note about the reproduction of materials.