

Медицинская

23 марта 2022 г.
среда
№ 11 (8029)

газета®

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

Решения

Мы будем жить теперь по-старому?

С середины марта мэр Москвы отменил масочный режим



© Сергей Пятаков/РИА Новости

Масочный режим отменили не только в столице, но и в Подмосковье. Теперь можно не коситься на чихающих рядом с тобой в общественном транспорте, теперь разрешено сидеть в кафе и не пить коктейль через дырочку, пробитую в маске, теперь разрешено болеть за любимую футбольную команду, сидя плечом к плечу, теперь... Перефразируя старый анекдот, скажу – эпидемия закончилась, всем уцелевшим спасибо, все свободны...

Мы будем жить теперь по-старому. Но... два года масочного режима выработали в нас стойкую маскозависимость. Привычку, так сказать. Теперь идёшь без маски – как голый. Хотя дисциплина в деле ношения этих

Сняты ковидные ограничения

медицинских атрибутов на лице (плюс резиновых или иных перчаток) у нас явно хромала, но всё же...

Мы будем жить теперь по-старому? Нет. Тревожные вести приходят из Китая (не говоря о весенней эпидемии гриппа!) – большое количество людей заразилось подвариантом омикрона – BA.2. «Имея более высокую контагиозность, он имеет все шансы скоро стать преобладающим штаммом. Рекордные цифры заболеваемости в последние дни фиксируются в Германии. Власти Китая сообщили о рекордной для страны вспышке заболеваемости в десятках городов. В большинстве случаев выявляется подвариант омикрона BA.2», – сказал министр здравоохранения РФ Михаил Мурашко. И особо

отметил, «стелс-омикроном» чаще болеют дети и подростки. Но для защиты от него у нас есть безопасная вакцина «Спутник М». Министр также подчеркнул, что на лечении в стационарах РФ находятся более 85 тыс. человек с коронавирусом.

Ранее в Роспотребнадзоре сообщили, что рост заболеваемости COVID-19 наблюдается только в одном регионе РФ. При этом за последнюю неделю в стране она снизилась на 41,4%.

Маски сброшены, но не отброшены. Не спрятаны в антресоли. Пока эпидемия до конца не побеждена...

Мария АЛЕШИНА,
внешт. корр. «МГ».

На контроле

Надежда на молнупиравир

По последним данным, в стране коронавирусом болеют около 700 тыс. человек, но чётко проявляется тенденция к снижению числа заболевших.

«На случай нового подъёма заболеваемости COVID-19, который мы, к сожалению, видим сегодня в Китае и Западной Европе, в арсенале российских врачей появились современные и эффективные средства, которые позволяют сразу взять ситуацию под контроль, не допустив роста числа тяжёлых случаев», – отметил главный специалист по инфекционным болезням Минздрава России профессор Владимир Чуланов. – Министрество сформировало в субъектах запас нового противовирусного

препарата молнупиравир отечественного производства. Лекарственное средство будет выдаваться бесплатно гражданам уже в первые дни заболевания, когда он наиболее эффективен.

Препарат обладает противовирусной активностью в отношении SARS-CoV-2 и других РНК-содержащих вирусов за счёт нарушения синтеза вирусного генома. По результатам клинического исследования, было установлено, что у пациентов, получавших молнупиравир в дозе 800 мг (четыре капсулы по 200 мг) каждые 12 часов в течение 5 дней, достоверно снижались риск госпитализации и смерти по сравнению с группой плацебо. Кроме того, препарат продемонстрировал благоприятный профиль безопасности.

В соответствии с методическими рекомендациями Минздрава России по профилактике, диагностике и лечению новой коронавирусной инфекции COVID-19 препарат молнупиравир рекомендован для лечения взрослых пациентов с лёгким и среднетяжёлым течением заболевания как в амбулаторных, так и в стационарных условиях. Наиболее эффективен, если начать приём препарата после подтверждения диагноза COVID-19 и в течение 5 дней с момента появления первых симптомов заболевания.

В любом случае, крайне актуально пройти вакцинацию и ревакцинацию.

Павел АЛЕКСЕЕВ.

Анатолий ДОМНИКОВ,
председатель
Профсоюза работников
здравоохранения РФ:

Профсоюз проводит глобальный мониторинг случаев отказа в страховых выплатах при заболевании COVID-19.

Стр. 4-5



Ирина ЗАХАРОВА,
заведующая
кафедрой педиатрии РМАНПО,
профессор:

Нам, педиатрам, в интересах ребёнка надо находить механизмы взаимодействия с органами опеки, не стесняясь этого.

Стр. 7

Пётр ЯБЛОНСКИЙ,
директор Санкт-Петербургского НИИ
фтизиопульмонологии, профессор:

Торакальные хирурги – полноправные участники лечения онкологических больных. К сожалению, онкологическая служба всегда смотрела на нас как на чужих.

Стр. 10-11



Преодоление

Опыт, который спасает жизни

Конференция с таким названием объединила в онлайн-формате хирургов Донецкой и Луганской народных республик и их российских коллег. Тема самая что ни на есть актуальная – современные решения при минно-взрывных и огнестрельных травмах.

В программе были прямые трансляции из операционных Луганской республиканской больницы, а также лекции экспертов из Донецкого и Луганского медицинских университетов, Рязанского государственного медицинского университета им. И.П.Павлова, Военно-медицинской академии им. С.М.Кирова (Санкт-Петербург), городской Мариинской больницы (Санкт-Петербург), Республиканского травматологического центра ДНР. Все лекторы – не теоретики, а практики военно-полевой хирургии, чьё авторитетное мнение заслуживает особого внимания.

Форум, организованный Российским обществом хирургов, призван был напомнить, что военно-полевая хирургия – раздел здравоохранения, который нельзя «убирать в архив». Подготовка специалистов в этой области должна продолжаться постоянно. Мир хрупок, и нынешняя по-

литическая ситуация – это очередная внеплановая проверка мобилизационной готовности современной медицины, начиная с оборудования помещений для «пироговских рядов», то есть проведения медицинской сортировки раненых, заканчивая выполнением сложнейших операций при боевых травмах и ранениях разных локализаций.

Председатель Комитета Госдумы РФ по охране здоровья Дмитрий Хубезов и заместитель председателя комитета Бадма Башанкаев – оба хирурги – с первых дней спецоперации находятся на Донбассе, работают в операционных рядом с донецкими и луганскими врачами. Они высоко оценивают организацию и качество оказания помощи раненым в местных больницах. Теперь в этом смогли убедиться все, кто смотрел интернет-трансляцию российской-донецко-луганского врачебного телемоста.

В то же время, как отметили организаторы и участники конференции, медицина республик Донбасса нуждается в помощи российских врачей-волонтеров, прежде всего хирургов, травматологов и реаниматологов. Их опыт, который спасает жизни, сегодня очень востребован там.

Елена БУШ,
обозреватель «МГ».

Новости

Вакцин
не станет меньше

В Кировской области выпущена первая серия вакцины для профилактики менингококковой инфекции – 53 тыс. доз.

Соглашение о локализации вакцины для профилактики менингококковой инфекции между российской биофармацевтической компанией «Нанолек» и французской фармацевтической компанией Санофи подписали на форуме «Биотехмед» в Геленджике в 2021 г. В начале 2022 г. завершился первый этап трансфера технологий, и «Нанолек» была зарегистрирована как вторичный упаковщик с выпускающим контролем. Следующим этапом станет переход к асептическому розливу и другие шаги для перехода к производству готовой лекарственной формы.

Планируется производить 2,2-3,5 млн доз в год – этого объёма достаточно, чтобы полностью обеспечить потребность российского здравоохранения в вакцине для детей первых лет жизни для профилактики менингококковой инфекции, вызываемой возбудителями сразу четырёх из наиболее распространённых серогрупп менингококков (А, С, W, Y).

Андрей ДЫМОВ.

Чтобы помнили

Память медицинских работников, которые погибли за время пандемии, оказывая помощь больным COVID-19, увековечили в Первой городской больнице им. Е.Е.Волосевич Архангельска. На фасаде одного из корпусов клиники установлена мемориальная доска с именами двоих сотрудников, отдавших свои жизни при исполнении профессионального долга – это анестезиолог-реаниматолог Игорь Кузнецов и медицинская сестра – анестезист Наталья Косолапова. Оба они проработали в больнице больше тридцати лет. По словам главного врача больницы Сергея Красильникова, коллектив учреждения, как и вся страна, встал на борьбу с опасным заболеванием. За два года пандемии здесь вылечили от коронавирусной инфекции 2226 пациентов.

Первая городская больница им. Е.Е.Волосевич – первое учреждение, которое увековечило память о своих коллегах. Планируется, что мемориальные доски появятся и в других медицинских организациях региона. В общей сложности пандемия унесла жизни 17 врачей и медицинских сестёр Поморья.

Елена СИБИРЦЕВА.

Архангельск.

Врач учит врача

В течение 5 дней на базе перинатального центра Республики Ингушетия команда столичных медиков из Национального медицинского исследовательского центра акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И.Кулакова Минздрава России провели консультации и мастер-классы. Встречи были организованы не только для акушеров-гинекологов и неонатологов, но и для административного персонала в части организации здравоохранения.

Специалистами проведён как теоретический обучающий курс, так и практический с отработкой техники и алгоритмов действий на симуляторах, а также мастер-классы на рабочих местах.

По предварительным данным, более 70 специалистов из заявленных 87 успешно прошли аттестацию. «На этом этапе решено не останавливаться и сделать такого рода образование и повышение квалификации непрерывными. Полученные навыки и знания необходимо постоянно закреплять. На базе центра будет открыт симуляционно-аккредитационный центр по обучению как врачей акушеров-гинекологов и неонатологов, так и среднего и младшего медперсонала республики», – отметил и.о. министра здравоохранения Магомедбашир Балаев.

Рубен КАЗАРЯН.

Республика Ингушетия.

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

Деловые встречи

Мощные,
высокобезопасные,
нетоксичные

Российский лидер Владимир Путин провёл рабочую встречу с руководителем Федерального медико-биологического агентства России Вероникой Скворцовой.

Важнейшим функционалом Федерального медико-биологического агентства (ФМБА России) является организация и проведение научных исследований и разработок. На протяжении 75 лет агентство выполняет важнейшую государственную миссию по обеспечению радиационной, химической, биологической безопасности страны, а также организации системы охраны здоровья работающих на предприятиях стратегически значимых отраслей с особо опасными условиями труда. Сегодня оно становится флагманом множества направлений, которые важны не только для своей структуры, но всей системы отечественного здравоохранения и целых сфер экономики страны.

Пандемия новой коронавирусной инфекции дала мощный дополнительный стимул к развитию биомедицинской науки, развитию которой в агентстве уделяется приоритетное внимание. В структуре ФМБА России в настоящее время 35 научных центров с высоким потенциалом, и все они активно занимаются исследовательской деятельностью.

Об основных направлениях работы агентства на очередной недавней встрече с Президентом РФ рассказала руководитель ФМБА России Вероника Скворцова. Она



отметила три важных изобретения, сообщив о разработке «вирусной триады»: тест-системы «Ампли-Тест», противовирусного препарата-антидота «Мир-19» и профилактической вакцины «Конвасэл». Разработанная ФМБА России и зарегистрированная тест-система способна выявлять все три подвида штамма омикрон коронавируса. До этого регистрации прошли тест-системы, определяющие штаммы альфа, бета, гамма, дельта, дельта плюс.

Кроме того, глава ФМБА отметила, что разработанный специалистами препарат-антидот против коронавируса «МИР-19» снижает вирусную нагрузку на организм в 10 тыс. раз и при этом не воз-

действует на геном человека. Изначально препарат использовали в стационарах для лечения пациентов средней степени тяжести и тяжёлых. Сейчас исследования проводятся амбулаторно. Ещё один препарат, о котором шла речь на встрече, – зарегистрированное профилактическое лекарство в виде ингаляции, который назначают больным средней тяжести.

Пристальное внимание и интерес российского лидера к деятельности ФМБА не случайны: государство, время, да и сама жизнь ждут от сотрудников агентства масштабной энергичной работы и прорывных технологий.

Александр МЕЩЕРСКИЙ.

Ситуация

Санкции — это не страшно

Губернатор Красноярского края Александр Усс заверил, что экономические санкции не повлияют на ввод в эксплуатацию строящегося корпуса регионального онкологического диспансера. В здании планируется разместить круглосуточный стационар на 260 пациентов, дневной стационар на 64 пациента, а также отделение реабилитации.

Напомним, десятиэтажный палатный корпус диспансера начали

возводить в рамках нацпроекта «Здравоохранение» в 2020 г. и первоначально планировали завершить в конце 2021 г. Однако в процессе строительства в проект были добавлены дополнительные объёмы, а также изменилась логистика поставки стройматериалов, из-за чего срок сдачи объекта перенесли на полгода. Но больше переносов не будет, заявили глава региона и члены краевого правительства, побывав на стройплощадке. К 1 июля 2022 г. все работы в но-

вом корпусе должны быть полностью завершены. Значительная часть мебели и оборудования уже куплена и завезена.

– Что касается медтехники, мы оценили, есть ли риски, связанные с санкциями. Таких рисков мы практически не видим. Отдельные позиции по медоборудованию вполне могут быть заменены отечественными аналогами, – отметил Александр Усс.

Ирина БАЖЕНОВА.

Красноярск.

Новые подходы

Учёные Института цитологии и генетики Сибирского отделения РАН вместе с зарубежными коллегами получили и уже опубликовали новые данные о генетике старения и здорового долголетия. В данном проекте был использован метод главных генетических компонент, который ранее разработали в институте.

Поиск генетических детерминант долголетия проводился на базе трёх крупных биобанков Великобритании, Финляндии и Японии, в каждом из которых содержится информация о геномах более 500 тыс. человек. Как пояснил заведующий лабораторией рекомбинационного и

Разные этносы стареют одинаково

сегрегационного анализа ИЦиГ Яков Цепилов, исследователи определили несколько признаков, относящихся к старению – долголетие, продолжительность жизни отца и матери, продолжительность здорового периода жизни самого человека и другие, – а затем выделили 27 локусов генома, которые связаны с этими признаками.

Любопытным и одним из самых важных фактов в данном исследовании оказалось то, что два из 27 геномных локусов были реплицированы в выборках из финского и японского биобанков.

Таким образом, очевиден вывод, что эти фрагменты генома ассоциированы со старением в популяциях людей, проживающих не просто в разных странах, но в разных частях света, этнических и климатических зонах.

До сих пор науке были известны пять других «универсальных» фрагментов генома, связанных со старением. То, что по результатам данного исследования их стало в общей сложности семь, открывает перспективы дальнейшего поиска генетических маркеров здорового долголетия.

Другая часть международного научного проекта была посвящена изучению связи между концентрацией 857 различных белков в плазме крови человека и процессом старения. Используя метод менделевской организации, генетики устанавливали причинно-следственные связи: меняется ли концентрация того или иного белка с возрастом либо, наоборот, её изменение становится одним из механизмов сокращения продолжительности жизни. Как пояснили в ИЦиГ, данные знания имеют большое

значение: они указывают мишени, на которые можно воздействовать с помощью лекарств с целью продления жизни человека. К настоящему времени учёным удалось определить два белка, снижение концентрации которых в организме ведёт к увеличению ожидаемой продолжительности жизни. На самом же деле, считают участники научного проекта, таких потенциальных мишеней может быть намного больше, поэтому их поиск будет продолжен.

Елена БЕРЕЦКАЯ.

Перемены

Национальный — значит государственный

Национальному медицинскому исследовательскому центру эндокринологии по поручению Президента РФ Владимира Путина будет присвоен статус государственного научного центра (ГНЦ), как следует из проекта правительства постановления, подготовленного Минздравом России. Получение статуса ГНЦ освободит центр от уплаты налога на имущество и земельного налога.

В 2020 г. НМИЦ уплатил 139,4 млн руб. налога на имущество (68,2 млн из них – из средств субсидий на госзадание) и 12,3 млн земельного налога (6,2 млн – из субсидий). В прошлом году налог на имущество составил 143,7 млн (65,4 млн – из субсидий), земельный налог – 12,3 млн – из субсидий). Прогнозная сумма налога на имущество и земельного налога для НМИЦ в 2022 г. составляет около 162,6 млн. В случае получения статуса ГНЦ центр сможет сэкономить эту сумму в текущем году и аналогичные суммы – в следующие годы.

«Получение центром статуса ГНЦ РФ с учётом наличия больших земельных участков, закреплённых за центром, позволит направить высвобожденные в результате использования налоговых льгот денежные средства на укрепление матери-

ально-технической базы центра», – говорится в пояснительной записке.

В финансово-экономическом обосновании (ФЭО) к проекту документа отмечается, что присвоение статуса ГНЦ центру эндокринологии «повлечёт выпадение доходов» из бюджета Москвы (162,58 млн руб., или 0,0049% от общего объёма доходов столичного бюджета ежегодно). «Предполагаемые выпадающие доходы бюджета Москвы, связанные с предоставлением налоговых льгот, планируется компенсировать путём увеличения перечисляемой суммы налога по НДС, налога на прибыль организаций и налога на доходы физических лиц за счёт увеличения выручки и фонда оплаты труда центра», – поясняют в ФЭО.

После получения статуса ГНЦ учреждение продолжит работу по основным и приоритетным направлениям деятельности. Например, как и раньше, будет функционировать Государственный регистр больных сахарным диабетом (ГРСД). По оценкам Минздрава России, дальнейшее использование ГРСД позволит планировать затраты на обеспечение больных сахарным диабетом, персонализировать лекарственную заявку на всех уровнях и сократить расходы, связанные с необоснованными закупками, не менее чем на 20-30%.

История центра началась в 1922 г. – тогда по инициативе

основоположника отечественной эндокринологии профессора Василия Шервинского (очерк к 170-летию В.Шервинского см. в «МГ» № 43 от 28.10.2020) был образован Институт органопрепаратов и органотерапии. В 2017 г. институт получил статус НМИЦ эндокринологии. Президентом центра является главный специалист эндокринолог Минздрава России академик РАН Иван Дедов, директором – профессор Наталья Мокрышева. Ежегодно в НМИЦ профильную медпомощь получают более 70 тыс. пациентов из России и СНГ. По данным Федерального казначейства, в 2020 г. доходы НМИЦ составили 3,276 млрд, расходы – 3,783 млрд.

Примечательно, что в январе нынешнего года НМИЦ эндокринологии получил грант в размере 67,9 млн руб. на обновление приборной базы по Федеральному проекту «Развитие инфраструктуры для научных исследований и подготовки кадров» (входит в нацпроект «Наука и университеты»). Тогда в список получателей также вошли Томский национальный исследовательский медицинский центр РАН, получивший самый крупный грант среди медучреждений (203,7 млн), и НМИЦ акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И.Кулакова, которому направили 135,8 млн.

Вячеслав ДАШКОВ.

Криминал

Незаконные миллионы

Октябрьский районный суд Красноярска вынес приговор бывшему главному врачу красноярского краевого клинического центра охраны материнства и детства Андрею Павлову и экс-главной медсестре центра Лидии Клитенкович, обвиняемым в получении взяток, сообщают в краевой Прокуратуре.

Суд установил, что с января 2014 по декабрь 2017 г. обвиняемые лично и через посредника получали взятки и части от общей суммы взятки – всего более 5,5 млн.

Деньги передавались представителями медицинских компаний Красноярска и Новосибирска за совершение действий в их интересах при заключении госконтрактов и договоров на поставку медицинских товаров.

А.Павлову назначено 10 лет лишения свободы в колонии строгого режима и штраф в размере 7 млн руб. с лишением права занимать должности на госслужбе и в органах местного самоуправления на срок 7 лет.

Л.Клитенкович назначен штраф в размере 6 млн, она также 7 лет

не сможет работать на должностях государственной службы.

Уточняется, что от ответственности за мелкое взяточничество злоумышленники освобождены, так как сроки давности по этому делу уже истекли.

Во время суда А.Павлов отрицал свою причастность к получению взятки. Он настаивает на оговоре со стороны коллег, а Л.Клитенкович полностью признала фактические обстоятельства преступлений и дала подробные показания о деталях их совершения.

Андрей САВИЦКИЙ.

Проекты

Мероприятия по профессиональному развитию

Правительство РФ представило распоряжение о распределении ассигнований из федерального бюджета на 2022 г. и на плановый период 2023 и 2024 гг., которые предусмотрены на «профессиональное развитие федеральных государственных гражданских служащих». От Росздравнадзора и ФМБА России на профпереподготовку будет направлено 113 сотрудников, расходы федерального бюджета на эти цели составят 657,7 тыс. руб.

Профпереподготовку от ФМБА в 2022 г. должны пройти 56 человек – на это предусмотрено 435,9 тыс. Дополнительное обучение от Росздравнадзора пройдут 57 человек – на это выделено 221,8 тыс. Кроме того, распоряжением предусмотрено 2,8 млн руб. Роспотребнадзору для профессиональной переподготовки 180 госслужащих.

Общий объём средств, выделяемых на реализацию государственного заказа на мероприятия по «профессиональному развитию» федеральных чиновников из различных ведомств, составляет 96,38 млн. В 2022 г. подготовку смогут пройти 11 532 человека.

Для прохождения профпереподготовки госслужащими Прави-

тельство РФ определило перечень вузов, которые получают бюджетные ассигнования. Так, Российской академии народного хозяйства и государственной службы при Президенте РФ направят 81,7 млн, МГУ им. М.В.Ломоносова – 384 тыс., а Санкт-Петербургскому государственному университету – 233,5 тыс.

В вузах госслужащие будут проходить обучение по программам «Обеспечение информационной безопасности в работе органов государственной власти при применении цифровых технологий и использовании интернет-сервисов», «Защита государственной тайны», «Организация мобилизационной подготовки в федеральных государственных органах» и «Информационная безопасность».

Аналогичное распоряжение Правительства было опубликовано в начале 2021 г. Тогда Росздравнадзор должен был направить на профпереподготовку 57 человек, для этого было предусмотрено 221,9 тыс. От ФМБА переподготовку должны были пройти 28 человек, бюджетные ассигнования составили 435,9 тыс. В документе было указано, что ещё 3,127 млн предназначались для обучения 500 сотрудников Роспотребнадзора.

Леонид ПОЛЯКОВ.

Кстати

По новым стандартам

Министерство науки и высшего образования РФ обновило образовательные стандарты программ ординатуры по нескольким медицинским специальностям. В документах уточняется, что приём на обучение по действующим госстандартам прекратится 31 декабря 2022 г.

В частности, утверждены стандарты по специальностям «функциональная диагностика», «кардиология», «клиническая фармакология», «неврология», «нефрология», «пульмонология», «анестезиология-реаниматология», «аллерго-

логия и иммунология», «оториноларингология», «организация здравоохранения и общественное здоровье», «физическая и реабилитационная медицина».

Примечательно, что в начале марта этого года федеральное Минобрнауки представило обновлённый перечень специальностей и направлений подготовки высшего образования. Главная новелла – рекордное количество специальностей: 110. В список вошли такие дисциплины, как «медицинская микробиология» и «физическая и реабилитационная медицина».

Валентин СТАРОСТИН.

100 строк на размышление

А нужно ли нам тревожиться по поводу возможного прекращения импорта лекарственных препаратов, включая жизненно важные? Хорошая новость номер один: теперь уже не нужно. Хотя в первые дни спецоперации на Украине, когда США и страны Европы начали один за другим предъявлять России пакеты санкций, такая тревога действительно была. Однако уже вскоре здравый смысл в западном фармбизнесе возобладал. Ассоциация международных фармпроизводителей уведомила Минздрав России, что её члены готовы продолжать поставки лекарств в нашу страну. Затем подобные заявления сделали отдельные крупные игроки фармрынка, а именно, компании Санофи, АстраЗенека, НовоНордикс, Байер, Пфайзер, ГлаксоСмит-Кляйн. Ну да, некоторые из них не планируют инвестиции в России, то есть исчезнет реклама их препаратов, фирмы прекратят спонсировать научные конференции и проводить клинические исследования своих продуктов в наших клиниках. Ну так что от этого? Отечественная система здравоохранения с таким «ударом» точно справится, главное, чтобы нужные нам препараты в

Обыкновенный нацизм и наш ответ на него

Если это действительно правда – то, что зарубежные, а с их подачи и российские СМИ приписывают Артуру Л.Каплану, директору отдела медицинской этики Медицинского центра Лангоне Нью-Йоркского университета (США), – то мы имеем возможность увидеть рецидив нацизма, побеждённого во время Второй мировой войны, в самом концентрированном его проявлении. В качестве ответа Запада на военно-политическую

нужном количестве поступали бесперебойно.

Хорошая новость номер два: Правительство и законодатели начали экстренно бороться с фармацевтической импортозависимостью России. На разработку соответствующих законопроектов и ведомственных приказов, как оказалось, требуется совсем немного времени. Так, например, в срочном порядке Дума принимает законопроект, предусматривающий введение особого режима

госзакупок лекарств, медицинских изделий и средств реабилитации по упрощённой процедуре единственного поставщика. Также в целях стимулирования создания и развития на территории страны производства лекарств и медицинских изделий, не имеющих российских аналогов, Правительство РФ готово принимать решения об особом порядке лицензирования такой деятельности. Кроме того, постановлением Правительства РФ изменена методика определения

ситуацию вокруг России и Украины специалист в области медицинской этики предлагает оставить без импортных лекарств, включая жизненно важные, больных россиян, для которых это означает неминуемую смерть. Если всё-таки с его словами не произошло то, о чём после скандальных реплик обычно говорят «ошибка перевода», то господин Каплан заслуживает центрального места на скамье подсудимых во время Нюрнбергского процесса-2.

размера компенсации, которая выплачивается патентообладателю, если решено использовать изобретение или промышленный образец без согласия автора. Таким образом, наши обязательства о выплатах компенсаций владельцам патентов из недружественных стран обнулены. Берём их образец и воспроизводим свой аналог. Вне сомнений, это существенно подстегнёт российский медпром, и по многим позициям, включая производство роботических платформ,

томографов, ангиографов, следящей аппаратуры и т.д., мы перестанем зависеть от настроения наших зарубежных «партнёров».

И это лишь часть тех мер, которые уже приняты или готовы к принятию в качестве укрепляющих отечественную самостоятельность на рынках лекарств и медицинской техники.

Глава Минздрава России Михаил Мурашко ещё в начале марта сообщил, что ситуация с лекарствами стабильная, сформированы значительные запасы лекарственных препаратов. В свою очередь руководитель Минпромторга Денис Мантуров заявил: в числе наиболее приоритетных направлений для импортозамещения входит фармацевтика. И это задача не будущего, а настоящего, за последние годы, по словам министра промышленности, в России построено около 60 современных заводов. Иными словами, потребность в самостоятельности проснулась и начала реализовываться у нас задолго до того, как мир полюбил общаться с Россией посредством санкций.

Елена БУШ, обозреватель «МГ».

– Анатолий Иванович, уходит очередная волна подъёма заболеваемости COVID-19. Как обстоят дела с выплатами медицинским работникам?

– В 2021 г. и в текущем году государственная социальная поддержка медицинских работников, оказывающих медицинскую помощь больным новой коронавирусной инфекцией, осуществляется в виде специальной социальной выплаты. Статус этих выплат определяет их существенное отличие от механизма материальной поддержки медиков в 2020 г., когда постановлениями Правительства РФ были установлены две выплаты стимулирующего характера, являющихся структурной составляющей заработной платы: за особые условия труда и дополнительную нагрузку работникам, оказывающим медицинскую помощь гражданам, у которых выявлена новая коронавирусная инфекция, и лицам из группы риска заражения, а также за выполнение особо важных работ, непосредственно участвующим в оказании медицинской помощи больным COVID-19.

Различен и порядок получения этих выплат. Если стимулирующие выплаты в 2020 г. выплачивались учреждением в виде заработной платы, то специальные направляются через Фонд социального страхования непосредственно на счета работников за смены, в которых осуществлялось оказание медицинской помощи больным COVID-19, так называемые нормативные смены. При этом размер выплаты регламентирован постановлением Правительства РФ по должностям медицинских работников соответствующих структурных подразделений и составляет от 600 до 3880 руб.

– Когда пандемия только начиналась, то поступало много жалоб, в том числе и в СМИ, о том, что определённым категориям сотрудников лечебных учреждений, работающих в «красной зоне» и на скорой помощи, надбавки выплачиваются в усечённом виде. Поступают ли сегодня такие обращения? Или удалось урегулировать большинство спорных вопросов? Что показывает мониторинг, который проводит Профсоюз работников здравоохранения РФ?

– Да, когда пандемия началась, вопросов, действительно, было очень много, что было связано в значительной степени с нормативной неурегулированностью установления выплат. Профсоюз вынужден был неоднократно обращаться в структуры федеральной государственной власти, в первую очередь Минздрав России, в определённой степени это дало свои положительные результаты. Так, были конкретизированы и расширены категории работников, имеющих право на выплаты; решены вопросы сохранения их в среднем заработке, а также его финансового обеспечения, освобождения выплат от подоходного налога.

Сегодня принципиально изменился статус, порядок установления выплат. Но проблемы, к сожалению, есть, и мы их решаем. В ряде случаев, особенно на первом этапе, профсоюзным организациям на местах пришлось «вмешиваться» в порядок определения нормативных смен, исходя из продолжительности рабочего времени для конкретной категории работников. Но и теперь сохраняются неурегулированные вопросы, о чём свидетельствует мониторинг, проводимый профсоюзом. В первую очередь они также касаются категорий работников, имеющих право на специальные социальные выплаты, так как Постановлением Правительства РФ № 1762 от 30.10.2020 вышеназванное право чётко увязано с фактом установ-



Профсоюз – врач

Нарушение трудовых прав, решение жилищного вопроса, специальная оценка условий труда – вот далеко не полный перечень, волнующий медицинских работников. Для Профсоюза работников здравоохранения РФ нет ответственнее этих задач. И поэтому центральный комитет профсоюза действует целенаправленно и решительно в интересах тех, кто стоит на страже здоровья россиян. В переменах в отрасли всегда была и будет доля усилий Профсоюза работников здравоохранения РФ. Сила его действий заключается в принципиальной позиции, которую занимает профсоюз при переговорах с Минздравом, Правительством России. В программе действий по-прежнему актуальна защита интересов коллег, сражающихся с новой коронавирусной инфекцией. Главный редактор «МГ» Алексей ПАПЫРИН попросил председателя Профсоюза работников здравоохранения РФ Анатолия ДОМНИКОВА прокомментировать, на каких направлениях борьбы с COVID-19 сосредоточена профсоюзная работа. Не секрет, что и для профсоюза это своего рода экзамен, как на деле осуществляется защита прав медицинских работников, работающих в изменённых условиях.

тель ФСС в судебном заседании оставила вынесение решения на усмотрение суда.

Итогом стало следующее, что Бессоновский районный суд Пензенской области удовлетворил в своём решении иск медицинского работника к районной больнице об отмене протоколов врачебной комиссии, признал заболевание страховым случаем и право работника на получение единовременной страховой выплаты в размере 68 811 руб.

Тема признания заболевания новой коронавирусной инфекцией у медицинского работника страховым случаем и права работника на получение единовременной

Расслабляться ещё рано

Ориентир прежний – защищать интересы медицинских работников

ления и подтверждения у пациента диагноза COVID-19. Таким образом, возникают вопросы по медицинским работникам, оказывающим медицинскую помощь в период между установлением пациенту предварительного диагноза и его подтверждением, а также в период с момента взятия у него биологического материала на анализ до получения положительного результата. Не урегулированы вопросы по медицинским работникам клинично-диагностических и бактериологических лабораторий за работу с биоматериалом, исследуемым на наличие COVID-19.

Множество вопросов возникает по поводу установления этих выплат работникам, не относящимся к категории медицинских работников, деятельность которых направлена на производственное, техническое, технологическое обеспечение оказания медицинской помощи. Она связана с непосредственным контактом с пациентами с установленным диагнозом COVID-19, с отходами жизнедеятельности и биологическим материалом больных, с инфицированными отходами.

– В конце прошлого года вы сказали, что поручение Президента РФ о продлении выплат медикам, борющимся с коронавирусной инфекцией, до конца 2022 г. было сделано с учётом профсоюзной позиции. Поделитесь планами, собираетесь ли профсоюз вновь добиваться изменения подходов к установлению этих выплат?

– Иницируя рассмотрение вопроса о продлении на 2022 г. порядка установления специальных социальных выплат, мы в очередной раз обратили внимание руководства Минздрава России на необходимость решения ряда данных проблемных вопросов. Пока решение не найдено, и, как вы правильно отметили, нам придётся вновь и вновь обосновывать необходимость их рассмотрения и разрешения.

В некоторых субъектах РФ наши региональные организации профсоюза инициировали установление дополнительных выплат сти-

мулирующего характера за счёт средств бюджетов субъектов РФ ряду иных категорий работников, не предусмотренных постановлением Правительства РФ. Это позволило повысить уровень защищённости интересов работников с учётом региональной специфики оказания медицинской помощи больным COVID-19.

– Одна из болевых тем для коллег – отказ Фонда социального страхования в предоставлении страховых выплат. Помогает ли профсоюз в этом случае отстаивать права медицинских работников через суд?

– Данная проблема в настоящее время актуальна и находится на постоянном контроле профсоюза. В большинстве случаев ФСС отказывает работникам в страховых выплатах по причине невозможности доказать, что заражение произошло из-за пациента, с которым непосредственно работал медицинский работник. В этой связи мы активно ведём работу по непосредственному взаимодействию с ФСС. Многие вопросы были решены в пользу работника после обращений территориальных профсоюзных организаций в региональные отделения фонда, а также направления информации в центральный комитет профсоюза. Кроме того, активно ведут свою работу представители первичных профсоюзных организаций непосредственно в медицинских организациях в рамках работы врачебной комиссии.

Необходимо отметить работу представителей профсоюза в составах апелляционных комиссий, которая позволяет в досудебном порядке оспорить решение врачебной комиссии и помочь работнику получить полагающиеся ему выплаты. И это также не единичные случаи.

Для скорейшего решения всех возникших проблем по страховым выплатам, связанным с заболеванием COVID-19, профсоюз проводит глобальный мониторинг случаев отказа в выплатах, а также контролирует наличие представителей профсоюза во всех врачебных и апелляцион-

ных комиссиях. Что касается представительства работников в суде при отстаивании интересов, касающихся страховых выплат, то данная деятельность является прямой уставной задачей профсоюза и, безусловно, каждый работник, член профсоюза, может рассчитывать на такую помощь.

– Есть ли случаи, когда с участием профсоюза эти проблемы разрешались в пользу заболевшего коронавирусной инфекцией работника и можете ли вы привести один из последних примеров?

– Активное участие правового инспектора труда ЦК профсоюза по Пензенской области в оказании помощи при подготовке искового требования и непосредственное представление интересов медицинского работника в заседаниях суда позволило реализовать право медицинской сестры кабинета врача-инфекциониста Бессоновской районной больницы на получение единовременной страховой выплаты, в соответствии с пунктом «б» части 4 Указа Президента РФ № 313 от 06.05.2020. Так, согласно протоколу созданной врачебной комиссией по расследованию случая причинения вреда здоровью медицинского работника, случай заболевания не был признан страховым.

С вынесенным протоколом врачебной комиссии медицинский работник не согласился. Указала, что при исполнении своих трудовых обязанностей она непосредственно осуществляла контакт с пациентами с подозрением на коронавирусную инфекцию, осуществляла забор у них биологического материала. Правовой инспектор труда ЦК профсоюза в судебном заседании указал, что заболевание коронавирусной инфекцией было установлено в период исполнения ею трудовых функций и прямого контакта с лицами, у которых было подозрение на коронавирусную инфекцию, настаивая на том, что заболевание подпадает под страховой случай с единовременной страховой выплатой. При этом представи-

тельной страховой выплаты в соответствии с Указом Президента РФ № 313 от 06.05.2020 достаточно распространённая. Мы стараемся помочь каждому медицинскому работнику, столкнувшемуся с такой проблемой. Но, скажем честно, не всегда это удаётся.

– Анатолий Иванович, ваш сын с первых дней пандемии трудится врачом в «красной зоне». Не жалуется ли он вам на условия работы? И не возникало ли у вас страха заболеть опасной инфекцией, ведь вы часто бываете в командировках в регионах?

– Да, он трудится врачом в городской клинической больнице № 15 им. О.М.Филатова. Эта клиника периодически перепрофилируется под лечение больных с подозрением на коронавирусную инфекцию. Как только волна заболеваемости отступает, больница возвращается к оказанию экстренной и плановой помощи. Конечно, мы встречаемся с сыном и общаемся. Хотя последние два года значительную часть времени он работает в «красной зоне». Когда пандемия только начиналась, мы с женой, естественно, боялись, что он заболит. Но как он нам рассказывал, в больнице имелось достаточное количество средств индивидуальной защиты. Слава Богу, он не заболел до того момента, как была создана вакцина. А когда появился Спутник-V, все сделали прививку, ведь у меня медицинская семья. А дальше регулярно проходили ревакцинацию, и страхов стало меньше.

По словам сына, в начале было очень трудно. Но со временем, всё больше появилось информации об опасной инфекции. В какой-то мере привыкли, что приходится работать в «защитных скафандрах».

Конечно, мы все соблюдали меры предосторожности. Но активность не сильно уменьшилась. Я не сворачивал командировки, бывал в регионах, встречался с лидерами первичных и региональных организаций. Не так давно с женой переболели коронавирусом, но в лёгкой форме.

– Все ли сотрудники центрального аппарата прошли вакцинацию, как вы?

– В ЦК антипрививочников никогда не было. Отмечу только, что молодые наши сотрудники не спешили прививаться. Учёными высказывались предположения, что вирус может воздействовать на детородную функцию. И прививки соответственно тоже. Сложно было что-то возразить, пока не были опубликованы исследования, опровергающие такие осложнения. После этого все спокойно привились. Два человека получили медотвод. Один по серьёзному основанию – гематологическое заболевание. Только разрешили ей врачи привиться – заболела. Мы очень волновались за её здоровье, но организм справился с инфекцией.

Мне кажется, расслабляться ещё рано. Ситуация с COVID-19 остаётся сложной и в какой-то мере непредсказуемой. На днях пришла печальная весть, я потерял коллегу, с которым когда-то работал в практическом здравоохранении.

– Действительно, никто не знает, сколько продлится ещё пандемия. Появятся ли нет новые штаммы COVID-19. Но работа в режиме изменённых условий требует огромных усилий, терпения и ответственности. Как помогает профсоюз восстанавливать здоровье медицинским работникам, особенно переболевшим коронавирусной инфекцией?

– Безусловно, вероятность появления новых штаммов COVID-19 есть, и отечественная система здравоохранения должна быть готова к этим вызовам. В этой связи вопросы оздоровления и материальной поддержки членов профсоюза в период продолжающейся пандемии актуальны как никогда. В настоящее время в большинстве территориальных организаций профсоюза разработаны положения и приняты порядки оказания материальной помощи её членам, в том числе и при возникновении случаев повреждения здоровья в процессе выполнения профессиональной деятельности. В территориальных профсоюзных организациях создаются фонды поддержки и вручаются «страховые сертификаты» для получения определённых льгот и социальной помощи. Это оказывает высокий мотивационный эффект в коллективах. Например, по итогам 2021 г. благодаря профсоюзной программе в Республике Башкортостан более 20,5 тыс. работников получили страховые сертификаты, более тысячи переболевших новой коронавирусной инфекцией воспользовались профсоюзной помощью на оздоровление.

В течение 2020 г. центральный комитет профсоюза, комитеты территориальных организаций, первичные профсоюзные организации оказали помощь более чем 83 тыс. работникам в сумме более 142 млн руб. Всего из профсоюзных бюджетов всех уровней выделено более 320 млн, включая средства на оздоровление и реабилитацию. Так, Татарстанской республиканской организацией профсоюза из средств профбюджета на эти цели было затрачено в 2020 г. 1,5 млн – средства на оздоровления и реабилитацию и 4,4 млн направлены на оказание материальной помощи работникам. В Челябинской, Саратовской областях, Приморском крае, Республике Чувашия и других регионах сейчас разработаны программы, направленные на бесплатное оздоровление членов профсоюза после перенесённого заболевания COVID-19.

Такая работа будет продолжена и дальше для оказания помощи членам профсоюза.

Тенденции

Все на борьбу с проблемой ожирения!

Конгресс, посвящённый Всемирному дню борьбы с ожирением, второй год подряд отмечается масштабностью и вовлекает всё большее количество участников. Форум прошёл в онлайн-формате, объединив почти 15 тыс. врачей из более 20 стран. Ведущие российские специалисты различных направлений медицины обсудили современные методы диагностики, лечения, реабилитации и профилактики ожирения в клинической практике. За три дня на научно-образовательном мероприятии для медицинского сообщества было открыто 16 секций, проведено 11 симпозиумов, выступили 120 лекторов со 125 докладами. Это ведущие специалисты более 30 научно-исследовательских центров, академий, институтов России.

Конечно, ожирение и избыточная масса тела сегодня не занимают первых строк новостных блоков, как, например, пандемия новой коронавирусной инфекции, тем не менее это реальная проблема, с которой сталкиваются жители большинства стран. По оценкам Всемирной организации здравоохранения, с 1980 г. число пациентов с ожирением во всём мире практически удвоилось.

С увеличением темпов заболеваемости растёт и беспокойность специалистов, так как ожирение влияет на общую продолжительность жизни и сопровождается частым развитием тяжёлых заболеваний, таких как сахарный диабет 2-го типа, артериальная гипертония, атеросклероз, репродуктивная дисфункция, метаболический синдром и т.д.

«Помимо медицинских проблем, ожирение индуцирует социальное неблагополучие, нередко становясь причиной потери

работы, распада семьи и утраты социального статуса. Не случайно проблема ожирения, обозначенная ВОЗ в качестве эпидемии XXI века, находится в поле зрения не только медицинских организаций и сообществ, но и социальных и гуманитарных программ ЮНЕСКО как проблема, в том числе образовательная, научная, культурная и информационная», – подчеркнул заведующий кафедрой ЮНЕСКО по изучению глобальных проблем и возникающих социальных и этических вызовов для больших городов и их населения факультета глобальных процессов Московского государственного университета им. М.В.Ломоносова профессор Юрий Саямов.

С приветствием к участникам обратился председатель Комитета Государственной Думы РФ по охране здоровья Дмитрий Хубезов. Он выразил слова поддержки и готовность сотрудничать в совершенствовании мер по предотвращению кризиса ожирения, популяризации ЗОЖ и формирования гражданской ответственности за состояние здоровья у населения, а также высоко оценил программу и экспертный состав мероприятия.

Особое внимание в задаче помощи пациентам, страдающим ожирением, было уделено возможностям нейрогуморальной регуляции аппетита, роли рационального питания, витаминотерапии, коррекции специфики пищевого поведения в качестве мер предупреждения развития и прогрессирования метаболического синдрома и сопутствующих ожирению заболеваний.

В рамках конгресса были представлены доклады, посвящённые новейшим разработкам фармакотерапии, актуальные рекомендации диетологов и нутрициологов, обсуждались методы профилактики и терапии сердечно-сосудистых заболеваний.

Широкое обсуждение получила тема детского ожирения. Эксперты отметили, что по сей день она остаётся важной задачей для врачей, так как ожирение в детском возрасте имеет выраженную тенденцию к прогрессированию и трансформируется в тяжёлые соматические заболевания. Участникам были представлены свежие клинические рекомендации Российской ассоциации эндокринологов «Оценка физического развития детей и подростков» 2021 г. по использованию фармакотерапии (в комбинации с изменением образа жизни) у детей. Ожидается, что в скором времени при участии Министерства просвещения РФ они лягут в основу программ для использования в образовательных учреждениях.

Также были рассмотрены вопросы особенностей развития ожирения у пациентов различных возрастных групп и регионов проживания, влияния ожирения на течение протекания инфекционных заболеваний, в том числе COVID-19, период восстановления пациентов, перенёсших бариатрические и иные типы хирургических вмешательств, новые возможности управления метаболическим здоровьем, вопросы глюкозотоксичности, инсулинорезистентности и кардиоренального метаболического синдрома, влияние ожирения и различных подходов к его терапии на фертильность и протекание урологических и гинекологических заболеваний, проблемы лекарственной и витаминной поддержки, современные клинические рекомендации и образовательные программы, дающие возможность эффективной профилактики и терапии ожирения, в том числе у пациентов с патологиями сердечно-сосудистой системы, ЖКТ, метаболическим синдромом и иными заболеваниями.

В рамках прошедшей Всероссийской конференции «Женское здоровье и ожирение» были затро-

нуты различные аспекты женского здоровья.

«Ожирение повышает риски неблагоприятных исходов беременности и родов, а также имеет отдалённые последствия, такие как метаболический синдром, сахарный диабет, задержка речевого развития. Сегодня мы уже оперируем таким термином, как «ожирение поколений», ведь при ожирении одного родителя вероятность передачи заболевания составляет 50%, если обоих родителей – она достигает 80%», – отметила ведущий научный сотрудник отделения гинекологической эндокринологии, профессор кафедры акушерства и гинекологии Национального медицинского исследовательского центра акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И.Кулакова, доктор медицинских наук Светлана Юренева. Обсуждения коснулись бариатрической хирургии, причинно-следственной связи ожирения и психологических и психических расстройств, гормонально зависимых и онкологических заболеваний. В работе приняли участие акушеры-гинекологи, эндокринологи, онкологи, диетологи, психолог, психиатр, йога-терапевт.

В завершение специалисты сошлись во мнении неоспоримой важности междисциплинарного подхода в лечении ожирения. Тезис поддержал председатель программного комитета, заведующий кафедрой эндокринологии Российской медицинской академии непрерывного профессионального образования, руководитель сетевой кафедры ЮНЕСКО «Биоэтика сахарного диабета как глобальная проблема», заслуженный деятель науки РФ, доктор медицинских наук, профессор Александр Аметов: «Проблема ожирения давно вышла за рамки одной специальности – эндокринологии. В рамках конгресса, посвящённого Всемирному дню борьбы с ожирением, мы смогли сплотить врачей самых разных медицинских направлений и сформировать уникальную мультидисциплинарную команду для всестороннего профессионального диалога и обмена опытом в области управления метаболизмом жира. Только объединив усилия, мы можем повлиять на качество жизни и здоровье пациентов».

Георгий АЛЕКСАНДРОВ.

Перспективы

Результаты, ценные для пациента

Государство увеличивает инвестиции в развитие системы здравоохранения, ежегодно растут расходы на оказание медицинской помощи в рамках системы ОМС. При этом такие показатели здоровья населения, как ожидаемая продолжительность жизни, находятся ниже общемирового тренда, что может свидетельствовать о неэффективном расходовании средств.

Эксперты считают, что это из-за того, что оплата медицинской помощи производится у нас в стране за объём оказанных услуг, а не за результат лечения. И что ситуацию может изменить модель ценностно-ориентированного здравоохранения (ЦОЗ), потому что она предполагает оплату за результат лечения, учитывает не только клинические показатели эффективности, но и результаты, важные для пациента, а ключевым параметром системы выступает ценность как реальный результат всего процесса оказания медицинской помощи.

Главным событием состоявшейся на днях конференции «Ценностно-ориентированное здравоохранение: вызовы и перспективы развития в России» стало подписание договора о создании консорциума, который призван содействовать внедрению подходов ЦОЗ. Вообще-то проведение запланированного мероприятия встало под вопрос из-за непростой

ситуации в России и мире. «Мы думали, стоит ли её проводить. Решили, что стоит, что жизнь не должна останавливаться, мы должны уметь диверсифицировать свои мысли, идеи, должны заниматься тем, чему учились и чем профессионально занимаемся. Сегодня, наверное, это не столь актуальная тема с учётом того, что происходит в мире и у нас в стране. Но, тем не менее, мы решили обозначить те направления, которые будут актуальными, надеюсь, в ближайшее время», – поделился генеральный директор Центра экспертизы и контроля качества медицинской помощи Виталий Омеляновский. Похоже, что эту позицию разделяют и зарубежные коллеги – на конференции выступили представители Франции, США, Саудовской Аравии. Созданный консорциум – это по сути идеологическое сотрудничество, пояснила советник генерального директора центра Нурия Мусина. Организаторы хотят объединить всех, кто поддерживает идеологию ЦОЗ, заинтересован в этом направлении, и создать платформу для взаимодействия всех медицинских, некоммерческих, пациентских организаций. Одной из основных задач станет образование, популяризация подхода, помощь организациям, которые хотят внедрить ЦОЗ в свою работу.

На сегодняшний день вступить в консорциум изъявили желание

Международный медицинский кластер «Сколково», Ассоциация специалистов по оценке технологий в здравоохранении, Ассоциация экспертов качества и безопасности медицинской деятельности, МНТК «Микрохирургия глаза» им. С.Н.Фёдорова, НМИЦ колопроктологии им. А.Н.Рыжих, госпиталь «Хадасса Медикал ЛТД» в РФ.

Ряд проектов по внедрению ЦОЗ в России уже запущен, в них участвуют государственные, субьектовые и, что особенно радует организаторов, частные учреждения. «В системе здравоохранения медицинские организации следует делить не по форме собственности, а по тому качеству медицинской помощи, которую они оказывают. Участие разных игроков даёт возможность в перспективе не только сравнивать работу тех или иных учреждений, но, главное, выявлять лучшие практики, создавать профильные сообщества профессионалов для обмена мнениями и повышения качества оказываемой медицинской помощи», – сказал В.Омеляновский.

Пилотные проекты по формированию ценностно-ориентированной модели уже запущены, где-то даже уже подвываются промежуточные результаты. Так, один из них связан с лечением катаракты в МНТК «Микрохирургия глаза». Как рассказал заместитель гендиректора по научно-клинической работе

этого учреждения Александр Дога, предварительные данные позволили сравнивать результаты лечения в различных филиалах МНТК, выявить корреляционные связи между исходами лечения и применяемыми медицинскими технологиями. «Впервые в РФ показано, что удовлетворённость пациентов результатами хирургического лечения катаракты может существенно различаться в разных клинических центрах и в то же время может служить критерием эффективности разных медицинских технологий», – поделился он выводами.

Ещё один проект по внедрению подходов ЦОЗ при лечении пациентов с воспалительными заболеваниями кишечника (в настоящее время он находится на этапе формирования IT-составляющей) вскоре стартует в НМИЦ колопроктологии. Руководитель научно-организационного отдела центра Татьяна Шкурко отметила, что по его итогам собираются выявлять лучшие практики ведения пациентов с воспалительными заболеваниями кишечника в РФ с точки зрения результатов лечения, в том числе будут учитываться оценки, которые дадут сами пациенты. Также будут обсуждаться причины и пути достижения лучших результатов в дальнейшем.

Римма ШЕВЧЕНКО,
корр. «МГ».

В течение Всемирной недели борьбы с глаукомой прошло немало мероприятий по всей стране, на которых специалисты рассказывали об этом тяжелейшем и коварном недуге.

В частности, в Москве с представителями СМИ в онлайн-формате встретилась профессор кафедры офтальмологии Российской медицинской академии непрерывного профессионального образования Минздрава России доктор медицинских наук Лусине Арутюнян. Она проанализировала основные мифы, связанные с глаукомой, а также остановилась на вопросах диагностики и терапии заболевания.

Важность темы подтверждает статистика: общее число пациентов с таким диагнозом в мире, согласно разным источникам, от 60,5 до 105 млн человек. Согласно резолюции ООН «Зрение для всех», к 2030 г. прогнозируемая численность больных с глаукомой составит более 70 млн. В России их более 1,3 млн, в связи с чем она признана одной из основных причин инвалидности по зрению (28%) и первой среди причин потери зрения и слабовидения (14-15%). Принято считать, что у нас в стране ежегодно вновь заболевает один человек из тысячи, причём количество больных увеличивается соответственно возрасту, и в группе людей старше 80 лет достигает 14%.

Поэтому, согласно заявлению Всемирного фонда исследования глаукомы, «профилактика и лечение глазных заболеваний, угрожающих развитием слепоты, относятся к числу важнейших медико-социальных проблем, стоящих перед современным обществом в эпоху всемирной глобализации». Причём борьбу со слепотой и предотвращение потери работоспособности из-за глазных болезней необходимо рассматривать как проблему экономического, социального и государственного значения.

Однако опасность состоит в том, что люди зачастую либо не подозревают о своём недуге, долгое

Акценты

Тихо ворующая зрение

Так именуют специалисты глаукому



время протекающем бессимптомно, либо получают недостаточную и не всегда достоверную информацию о заболевании.

«Глаукому нередко называют «тихим вором зрения», потому что она может оставаться незамеченной на протяжении долгого времени, – говорит Л.Арутюнян. – Пациенты могут не обращать внимания на изменения качества периферийного зрения на одном глазу, потому что второй глаз успешно компенсирует развивающиеся дефекты. Самое важное в данной ситуации – как можно раньше поставить диагноз, что оставляет больше шансов на излечение».

В противном случае по мере развития этого хронического заболевания происходит постепенная потеря периферического зрения и атрофия зрительного нерва,

в результате чего человек может ослепнуть. Единой классификации глаукомы нет, разные врачи отдают предпочтение тому или иному способу разделения видов этого заболевания. Согласно одной из общепринятых классификаций, выделяют три клинических типа глаукомы: первичную, вторичную и врождённую. Наиболее распространённой является первичная открытоугольная, составляющая от 75 до 90% случаев заболевания.

По словам эксперта, принято считать, что основным фактором риска развития глаукомы является повышенное внутриглазное давление (ВГД). Однако не у всех людей на его фоне диагностируется глаукома. Более того: глаукома возможна и при нормальном уровне внутриглазного давления, хотя

само по себе понятие «нормальное ВГД», оказывается, тоже довольно относительное. Поскольку менее 5% населения живут с ВГД выше 21 мм рт.ст., и при этом не страдают от болезней зрения. Но в большинстве случаев снижение давления – а именно такую задачу, как известно, обычно ставят офтальмологи перед пациентами, замедляет прогрессирование заболевания.

И задача эта непростая, поскольку внутриглазное давление даже у здоровых людей может меняться в течение суток от 3,1 до 5 мм рт.ст. Обычно эти колебания цикличны: в 60% случаев пики ВГД наблюдаются по вечерам и ночное время.

При глаукоме такие изменения происходят хаотично: уровень давления может находиться в интервале от 8,5 до 13,5 мм рт.ст. Если амплитуда выше 5,4 мм, риски прогрессирования болезни возрастают в пять раз.

Заблуждением многих пациентов, как отметила Л.Арутюнян, является корреляция внутриглазного и артериального давления. Развитие глаукомы возможно и при нормальном уровне АД. А вот распространённое мнение о том, что глаукома угрожает всем, отчасти не лишено оснований, так как с возрастом опасность заболеть увеличивается в разы.

Основным фактором риска специалисты называют возраст, и поэтому призывают пациентов после 40 лет обращаться к офтальмологу примерно раз в 2–3 года. А поскольку после 55 лет вероятность развития глаукомы резко увеличивается, профилактические осмотры рекомендуется проводить ежегодно.

Важным фактором является наследственная предрасположенность: диагностированная у кровных родственников глаукома увеличивает риск её возникновения у других членов семьи в 5–6 раз.

Близорукость высокой степени может свидетельствовать об изменениях со стороны сетчатки, которые провоцируют возникновение глаукомных изменений, осложняя при этом раннюю диагностику. Развитию глаукомы способствует и наличие сердечно-сосудистых заболеваний, таких, как артериальная гипер- и гипотензия, мигрень и т.п., а также заболеваний, требующих длительной терапии стероидами.

Однако есть и хорошие новости: 90% случаев слепоты, вызванной глаукомой, можно предотвратить при своевременной диагностике и правильно подобранной терапии. Современные препараты, успешно используемые специалистами, с ярко выраженным гипотензивным действием, а также препараты с нейрорепараторным эффектом способны существенно снизить внутричерепное давление и затем достаточно долго поддерживать его на низком уровне, что даёт возможность сохранить зрительный нерв. Важно, что такие гипотензивные средства можно комбинировать с другими и назначать пациентам для сохранения зрительных функций в послеоперационный период. Раньше даже при начальной стадии глаукомы врачи прибегали к хирургическому вмешательству.

Алёна ЖУКОВА,
корр. «МГ».

Москва.

Официально

Контроль, доступность и качество

В Минздраве России прошла коллегия, посвящённая повышению доступности и качества первичной медико-санитарной помощи в Российской Федерации.

– Улучшение показателей общественного здоровья, профилактика преждевременной смертности, увеличение продолжительности жизни граждан во многом определяются эффективностью работы первичного звена. Это требует от нас современных подходов к оценке деятельности медицинских организаций и финансовому стимулированию на основе конкретных результатов укрепления здоровья граждан, – заявил во вступительном слове министр здравоохранения РФ Михаил Мурашко.

Глава ведомства отметил, что первичное звено здравоохранения – это основа системы оказания медицинской помощи, так как именно здесь, как правило, происходит первый контакт с пациентом.

– Развитие первичного звена здравоохранения формируется в новую парадигму взаимодействия врача с пациентом. Наша основная задача – это проактивная коммуникация с пациентом, и именно на это будет направлена трансформация технологий взаимодействия с пациентом. Нам необходимо предупредить болезнь, стабилизировать имеющиеся хронические заболевания, минимизировать риски развития острых состояний. Необходимо обеспечивать запросы населения не только на этапе острых состояний, но и на этапе наблюдения и коррективной терапии, особенно пациентам,

страдающим хроническими неинфекционными заболеваниями, – подчеркнул министр.

М.Мурашко также назвал развитие первичного звена здравоохранения ключевым условием для дальнейшего эффективного развития регионов. Повышение качества и доступности медицинской помощи играет важную роль в достижении национальной цели – увеличения продолжительности и качества жизни, а также в борьбе с пандемией.

С 2019 г. в нашей стране в рамках Национального проекта «Здравоохранение» активно реализуются мероприятия, направленные на улучшение инфраструктуры первичного звена здравоохранения, в 2021 г. стартовала программа её модернизации. Её реализация министр назвал стратегически важным направлением, призванным обеспечить стопроцентную доступность первичной медико-санитарной помощи.

– За 2021 г. создано более 210 объектов здравоохранения, поставлено более 480 быстровозводимых модульных конструкций, приобретено 18 объектов здравоохранения как недвижимого имущества, завершён капитальный ремонт более 1300 объектов, поставлено более 34,5 тыс. единиц медицинского оборудования и более 7,6 тыс. единиц автомобильного транспорта, – отметил министр.

М.Мурашко особенно отметил ряд субъектов, выполнивших на высоком уровне задачи по модернизации первичного звена здравоохранения в 2021 г. Это Брянская, Курганская, Московская области,

город Севастополь, Кабардино-Балкарская, Чеченская республики, Республика Татарстан и Чукотский автономный округ.

Глава Минздрава России также призвал глав субъектов осуществлять личный мониторинг реализации федерального проекта по модернизации первичного звена здравоохранения.

– Обращаю внимание на ответственность высших должностных лиц за реализацию программы модернизации первичной медико-санитарной помощи. Призываю вас лично осуществлять мониторинг её доступности для населения, обратить особое внимание на ускоренную реализацию этих мероприятий и на необходимость контроля за состоянием и развитием автомобильных дорог, поскольку это влияет на её доступность, а именно время доезда пациента до медицинской организации, – отметил М.Мурашко.

За последние два года была существенно обновлена нормативная правовая база, регулирующая основы проведения профилактических мероприятий и формирования здорового образа жизни населения. В рамках федерального проекта «Развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи» с целью обеспечения доступности первичной медико-санитарной помощи для граждан, проживающих в населённых пунктах с численностью населения от 100 до 2 тыс. человек, в субъектах Российской Федерации введены

в эксплуатацию более 1700 фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов, врачебных амбулаторий. За январь – декабрь 2021 г. в этих объектах зафиксировано 2,83 млн обращений пациентов.

Кроме того, уже к 1 марта текущего года в медицинских организациях субъектов Российской Федерации было поставлено 288 передвижных медицинских комплексов из 304, запланированных к поставке в 2022 г., что составляет 94,7%.

В создании и тиражировании «Новой модели организации оказания медицинской помощи» участвуют 72,2% медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, в медицинских организациях реализовывалось 24,9 тыс. проектов по улучшению организации оказания медицинской помощи. Кроме того, почти 100% детских поликлиник и детских поликлинических отделений организовали у себя планировочные решения для комфортного пребывания детей.

За первичной медико-санитарной помощью человек обращается и в ситуациях, когда речь идёт о сохранении уровня здоровья и недопущении развития имеющихся хронических неинфекционных заболеваний в серьёзную угрозу для жизни. Именно поэтому ещё одной важной темой коллегии стала диспансеризация населения, в том числе углублённая именно для людей, перенёвших новую коронавирусную инфекцию.

Ввиду ограничений, которые вводили субъекты в связи с пандемией коронавирусной инфекции COVID-19, в ряде субъектов дис-

пансеризация и профилактические осмотры были приостановлены. В 2021 г. охват населения России профилактическими осмотрами и диспансеризацией составил 55% от числа подлежащих их прохождению, что в 1,8 раза больше, чем в 2020 г. В рамках профилактических осмотров в 2021 г. было впервые выявлено в 1,6 раза больше сердечно-сосудистых заболеваний и злокачественных новообразований, чем годом ранее.

В то же время летом 2021 г. в российских регионах по поручению Президента России Владимира Путина стартовала программа углублённой диспансеризации для граждан, переболевших COVID-19. Как показывают наблюдения, наибольшую долю людей, нуждавшихся в диспансерном наблюдении, составили именно те граждане, которые ранее не имели установленного диагноза хронического неинфекционного заболевания или имевшие одно из них и перенёвшие COVID-19. Такое обследование проводится для выявления поражений сердечно-сосудистой системы и иных систем, в том числе дыхательной, чаще всего вызываемых коронавирусной инфекцией. При этом углублённую диспансеризацию могут пройти и те, о которых нет сведений о перенесённом COVID-19.

Органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья обеспечивают организацию прохождения гражданами углублённой диспансеризации, в том числе в вечерние часы и субботу, а также предоставляют возможность самостоятельной записи при обращении в медицинскую организацию или дистанционной записи на неё, в том числе через портал Госуслуг.

Василий СЕРЕБРЯКОВ.

Неслучайно педиатров называют адвокатами детства. В очередной раз пришлось убедиться в этом в ходе VII научно-практической конференции «Трудный диагноз: разбор клинических случаев» – мероприятии, нацеленном на повышение профессионального уровня врачей. Разбирая сложные клинические коллизии, делаясь опытом, педиатры поднимали одновременно и проблемы, решение которых от них не зависит, но остаться в стороне, не замечать происходящее детские доктора не могут. Потому что для них пациенты – не просто объект приложения профессиональных умений, а «наши дети» (как они называют тех, кого наблюдают, лечат, ведут). Так, симпозиум по детской гастроэнтерологии, проходивший в рамках конференции, звучал набатом, зовущим к безотлагательным действиям.

В реанимационное отделение Химкинской областной больницы в Подмоскowie еженедельно поступают дети с лекарственными отравлениями. Бывают случайные эпизоды: один ребёнок принял гипотензивные средства, другой выпил целый флакон алкерана, третий отравился панаолом. Но курирующая педиатрическую службу в Химках доцент кафедры педиатрии Российской медицинской академии непрерывного профессионального образования (РМАНПО) кандидат медицинских наук Нарине Сугян заметила, что раз в 1-2 недели поступают ребята с поражением печени парацетамолом. Начала выяснять, в чём дело и оказалось, что есть группа подростков в интернете, именуемая себя «Умри без боли», которая стимулирует их принимать препараты парацетамола. Очередной случай подтвердил это. Госпитализированная девочка рассказала, что она выпила 72 таблетки парацетамола. Врача удивило её точное знание цифры. Выяснилось, что подростки собираются перед монитором и начинают ритуал: один принимает эти таблетки, другой считает, кто сколько выпил. Как геройство они это выкладывают на свою страницу в сети и собирают лайки.

– У последнего ребёнка, поступившего с отравлением парацетамолом, показатели АЛТ/АСТ были просто запредельными. Таких высоких значений я никогда не встречала, – поделилась Н.Сугян.

– Надо понимать, что это взрослые люди провоцируют детей на самоубийство, – отметила заведующая кафедрой педиатрии РМАНПО профессор Ирина Захарова. – Поскольку за рубежом было рекламировано, что парацетамол является средством ухода из жизни, то это распространили и среди детей. Тем более что препарат безрецептурный, продаётся совершенно свободно.

Посвятив своё сообщение лекарственному поражению печени у подростков, доктор Н.Сугян напомнила коллегам, что оно представляет собой повреждение, вызванное приёмом лекарственного средства или другой субстанции неинфекционного происхождения, развивающееся в период в среднем от 5 до 90 дней от начала приёма. По её словам, любое лекарственное средство оказывает влияние на печень и может вызвать поражение, правда степень влияния у каждой группы препаратов разная. Большого всего случаев (60%) приходится на долю антибиотиков и противосудорожных. Среди нестероидных противовоспалительных средств лидируют диклофенак и нимесулид. А в группе антибиотиков чаще всего поражение возникает на фоне приёма амоксициллина/клавуланата.

Выделяют 3 типа лекарственного поражения печени: гепатоцеллюлярный, холестатический и смешанный.

Гепатоцеллюлярный тип характеризуется повышением активности аланинаминотрансферазы (АЛТ) более чем в 2 раза по сравнению с верхней границей нормы или соотношением АЛТ

Конференции

Тревожный набат

Педиатры обеспокоены волной лекарственных поражений

к щелочной фосфатазе более 5. Возможно сочетание с гипербилирубинемией, что указывает на тяжёлое поражение печени, и в таких случаях высока вероятность смерти. Как правило, течение острое.

О холестатическом поражении можно говорить, когда наблюдается повышение активности щелочной фосфатазы более 2 норм или соотношение АЛТ к щелочной фосфатазе меньше или равно 2.

Возможен смешанный вариант, когда есть повышение активности АЛТ более 2 норм и соотношение АЛТ к щелочной фосфатазе в пределах от 2 до 5. Характерно хроническое течение заболевания.

Как отметила Н.Сугян, и АЛТ, и АСТ (аспартатаминотрансфераза) являются внутриклеточными ферментами. Их присутствие в крови может указывать на гепатоцеллюлярные повреждения, причём АЛТ считается более специфичным маркером (для гепатоцеллюлярных повреждений), потому что в основном находится в печени и лишь в малых количествах в других тканях (почки, сердце, скелетная мускулатура).

Преимущественно печёночное происхождение имеет фермент ГГТ (гамма-глутамилтранспептидаза) сыворотки крови. Его активность могут стимулировать такие лекарственные препараты, как противосудорожные, а также пероральные контрацептивы. Как щелочная фосфатаза, так и ГГТ вырабатывается и выделяется клетками желчных протоков, они поступают в кровь при холестазах и накоплении желчных солей. Эти показатели функциональных проб печени (щелочная фосфатаза и ГГТ) могут быть маркерами холестаза.

Как подчеркнула Н.Сугян, если есть предположение о лекарственном поражении печени, то обязательно нужно отменить все препараты. Показаниями к отмене являются: повышение активности АЛТ или АСТ более чем в 8 раз по отношению к верхним показателям нормы; повышение активности АЛТ или АСТ более 5 норм продолжительное время (свыше 2 недель); повышение активности АЛТ или АСТ больше

чем 3 нормы и параллельное увеличение общего билирубина более 2 норм или МНО более 1,5; повышение активности АЛТ или АСТ более 3 норм в сочетании с клинической симптоматикой (слабость, тошнота, рвота, боли или болезненность в правом верхнем квадранте живота, возникновение лихорадки, сыпи, эозинофилии).

Существуют алгоритмы ведения пациентов, у которых по данным биохимического анализа

необходимости выполняется дальнейшее обследование.

Если отсутствуют отклонения в показателях, которые указывают на инфекционные причины нарушений печени, при низком повышении проб от 2 до 5 норм от верхних границ нужно в первую очередь подумать о трёх заболеваниях: неалкогольном жировом повреждении печени, алкогольном поражении печени, наследственном гемохроматозе.

Кстати, алкогольное поражение печени у детей может быть при малом количестве потребления алкоголя, так как они зачастую употребляют некачественные алкогольные напитки, разные коктейли.

В случае, если через 3-6 месяцев наблюдения опять регистрируется увеличение проб, на следующем этапе нужно исключить такие заболевания, как болезнь Вильсона – Коновалова, аутоиммунный гепатит, дефицит альфа-1 антитрипсина.

Н.Сугян привела клинический пример лекарственного пораже-

ибупрофен, нецелесообразно. Либо один использовать, либо другой.

– Я обязательно обсуждаю с родителями, в каких случаях следует прибегать к жаропонижающим средствам, – поделилась с коллегами опытом Н.Сугян. – Недавно столкнулась с ситуацией, когда мама, прочитав в инструкции, что принимать парацетамол нужно каждые 4 часа, давала его ребёнку регулярно в течение 3 дней.

В результате, несмотря на казалось бы непродолжительное время приёма, произошло отравление препаратом, и его госпитализировали.

Поскольку доктор Н.Сугян курирует педиатрическую службу в Химках, то сталкивается с различными случаями отравлений у детей. Недавно госпитализирован в стационар 9-летний мальчик с алкогольной интоксикацией, чуть раньше его сверстник – с наркотической.

– Это даже ещё не подростки. Поэтому надо выяснять, что они пьют, какие коктейли, что с чем смешивают, – считает она. – А на днях я пришла в ужас – поступил 10-месячный ребёнок с отравлением гашишем.

И всё же на первом месте стоит отравление сосудосуживающими каплями, такими как нафтизин. Капельки в нос родители ошибочно считают безопасными и льют, сколько душе угодно, не соблюдая дозу.

– Мне позвонила возрастная мама и рассказала, что она закапала ребёнку капли в нос, а после этого он спит, не просыпаясь, весь холодный, температура 35. Когда я заинтересовалась, сколько она сосудосуживающих капель ввела, оказалось, по целой пипетке, – поведала И.Захарова. – Поэтому педиатры должны обращать на это внимание.

В ходе конференции детские врачи подняли ещё один вопрос, с которым постоянно сталкиваются в практической деятельности, это когда родители отказываются от лечения или какого-то исследования, исходя из собственных соображений и представлений, тогда как врачу лучше знать, что для пациента важнее. Например, ребёнок с редкой патологией попал в самый квалифицированный центр в стране, и родители (не обладая всей глубиной знаний) решают, принимать ли лекарство, способное предупредить развитие патологии. Не глупость ли? Или ещё пример. У подростка при биохимическом исследовании выявляются изменения, позволяющие предположить употребление им наркотических веществ. На сегодняшний день есть возможность уточнить, посмотреть метаболиты в моче. Но врач должен спросить на это разрешение родителей. Далеко не все из них дают согласие.

– Нужно выносить данный вопрос на обсуждение коллег, – считает И.Захарова. – Родители должны знать свои права, но и обязанности тоже. Наверное, нам, педиатрам, надо находить механизмы взаимодействия с органами опеки, не стесняясь этого. В интересах ребёнка.

Валентина ЕВЛАНОВА,
корр. «МГ».



КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 10 (2322)

Термины и определения
Новые и узконаправленные профессиональные термины в настоящих клинических рекомендациях не используются.

1. Краткая информация по заболеванию или состоянию (группы заболеваний или состояний)
1.1. Определение заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)
Уролитиаз – понятие, объединяющее большую группу неоднородных по этиологии и патогенезу синдромов и болезней, одним из клинко-морфологических проявлений которого является образование конкрементов в органах мочевыделительной системы.

1.2. Этиология и патогенез заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)
Конкременты следует подразделять на образовавшиеся вследствие инфекции (инфекционные); те, которые не были вызваны инфекцией (неинфекционные); конкременты, возникшие вследствие генетических нарушений, и конкременты, образовавшиеся при приёме лекарственных средств (лекарственные).

Классификация конкрементов на основе этиологии и состава
Причины возникновения конкрементов
Генетические причины, обуславливающие возникновение камней:
цистин (аминоацидурия, характеризующаяся нарушением канальцевой реабсорбции двухосновных аминокислот: цистина, орнитина, аргинина и лизина);
ксантин (ксантинурия, обусловленная наследственным дефицитом фермента ксантиноксидазы);
2,8-дигидроксиаденин (наследственный дефицит аденинфосфорибозилтрансферазы, приводящий к аккумуляции аденина, в дальнейшем окисляющегося до 2,8-дигидроксиаденина).
Инфекционные конкременты:
фосфат магния;
апатит;
урат аммония.
Неинфекционные конкременты:
оксалаты кальция;
фосфаты кальция;
мочевая кислота.
Лекарственные конкременты:
лекарственные препараты, способствующие формированию камней мочевых путей.
Соединения, кристаллизующиеся в моче:
аллопуринол**/оксипуринол;
амоксциллин**/ампициллин**;
цефтриаксон**;
ципрофлоксацин**;
эфедрин;
индинавир;
трисиликат магния;
сульфонамид**;
триамтерен.
Вещества, влияющие на состав мочи:
ацетазоламид**;
аллопуринол**;
гидроокись алюминия и магния;
аскорбиновая кислота**;
кальций;
фуросемид**;
слабительные средства;
метоксифлуран;
витамин D и его аналоги.
Минералогический состав камней
Одним из важных факторов образования конкрементов является нарушение обмена веществ. Установление нарушения обмена

на веществ и анализ химического состава конкремента позволяет определить тактику диагностики и лечения.

В большинстве случаев конкременты представлены сочетанием нескольких химических соединений. Важным аспектом является определение соединения, составляющего основную долю конкремента (табл. 1).

Группы риска камнеобразования
Степень риска камнеобразования определяет вероятность развития рецидива или роста конкрементов, и необходимость медикаментозного лечения.

Факторы риска камнеобразования у детей:

- семейный характер заболевания: наличие в анамнезе у ближайших родственников

Мочекаменная болезнь

Национальные клинические рекомендации

факторов риска развития уролитиаза, урологических заболеваний, особенно мочекаменной болезни;

- метаболические нарушения камнеобразующих веществ;
- проживание семьи в экологически неблагоприятных условиях;
- наличие у родителей вредных привычек (курение, потребление алкоголя);
- особенности течения беременности у матери: отягощённая беременность на фоне токсикоза, приём противовирусных и антибактериальных препаратов;
- нефрокальциноз;
- снижение двигательной активности, вынужденное лежачее положение (иммобилизация конечностей, последствия травмы и т.д.);
- ограничение потребления чистой воды;
- длительные сроки наличия дренажей или нитей в просвете мочевых путей (почки, мочеточника, мочевого пузыря).

Наличие аномалий мочевыделительной системы у ребёнка

- дивертикул чашечки, киста чашечки;
- стриктура мочеточника;
- обструкция лоханочно-мочеточникового сегмента (ЛМС);
- уретероцеле;
- подковообразная почка;
- отведение мочи (кишечные пластики);
- нейрогенная дисфункция мочевого пузыря;
- пузырно-мочеточниковый рефлюкс;
- единственная почка.

Генетические причины высокого риска развития уролитиаза

- цистинурия (типы A, B, AB);
- первичная гипероксалурия (ПГ 1-3 типы);
- почечный канальцевый ацидоз (ПКА) 1-го типа;
- 2,8-дигидроксиаденин;
- ксантинурия;
- синдром Леша – Нихена;
- муковисцидоз;
- идиопатическая инфантильная гиперкальциемия (типы 1-й и 2-й).

В приложении А3.3 приведена часть моногенных наследственных заболеваний, приводящих к мочекаменной болезни. Данные заболевания чаще остальных встречаются в практике урологов, но в настоящее время

в литературных источниках описано около 80 моногенных форм уролитиаза.

1.3. Эпидемиология заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)
Заболевание носит эндемичный характер. Такими регионами в России являются: Северный Кавказ, Урал, Поволжье, бассейны Дона и Камы. До сегодняшнего времени единой концепции патогенеза камнеобразования не существует. Мочекаменная болезнь считается полиэтиологичным заболеванием, связанным со сложными физико-химическими процессами, происходящими как в целом в организме, так и на уровне мочевыводящей системы, врождённого или приобретённого характера. Среди пациентов с мочекаменной болезнью дети составляют около 1%. У детей мочекаменная болезнь встречается с частотой от 5 до 10% (по данным разных источников в зависимости от региона). Заболеваемость среди подростков 50-100 на100 000 (6).

1.4. Особенности кодирования заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) по Международной

статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем
Камни почки и мочеточника (N20)
N20.0 – Камни почки
N20.1 – Камни мочеточника
N20.2 – Камни почек с камнями мочеточника
N20.9 – Мочевые камни неуточненные.
Камни нижних отделов мочевых путей (N21)
N21.0 – Камни в мочевом пузыре
N21.1 – Камни в уретре
N21.8 – Другие камни в нижних отделах мочевых путей
N21.9 – Камни в нижних отделах мочевых путей неуточнённая.
Камни мочевых путей при болезнях, классифицированных в других рубриках (N22)
Почечная колика неуточнённая (N23)
1.5. Классификация заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)
Конкременты можно классифицировать по следующим критериям: размер, локализация, рентгенологические характеристики (плотность конкремента), этиология, минералогический состав и степень риска повторного камнеобразования.

Размер конкремента
Размер конкремента обозначается в миллиметрах, с указанием 1 или 2 измерений. Исходя из вышеуказанного конкременты можно подразделить на группы размером < 5 мм, 5-10 мм, 10-20 мм и > 20 мм.

Локализация конкремента
Конкременты классифицируют в зависимости от их расположения в анатомических структурах мочевых путей: в верхней, средней или нижней чашечке, в лоханке, верхнем, среднем или дистальном отделах мочеточника и мочевом пузыре.

Рентгенологические характеристики
Классифицируют конкременты и в соответствии с рентгенологическим изображением при проведении обзорной урографии (рентгенографии мочевыделительной системы) (табл. 2). При проведении спиральной компьютерной томографии (КТ) для классификации используется шкала единиц Хаунсфилда (Hu). Данная шкала ослабления рентгеновского излучения используется для визуальной и количественной оценки плотности структур, определяемых методом компьютерной томографии.

1.6. Клиническая картина заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

К ведущим проявлениям уролитиаза относятся боль, дизурия, гематурия, пиурия и отхождение кристаллов мочевых солей и конкрементов. Лишь последний из симптомов является абсолютным. Боль является наиболее частым симптомом при нефролтиазае. В зависимости от величины, формы, расположения, степени подвижности камня боль может иметь разнообразный характер. У пациентов с конкрементами в почках может отмечаться рвота и иногда повышенная температура. Возможно бессимптомное течение заболевания.

При сборе анамнеза заболевания следует учитывать:

- наличие в анамнезе у ближайших родственников факторов риска развития уролитиаза, урологических заболеваний, особенно мочекаменной болезни, сопровождающихся метаболическими нарушениями камнеобразующих веществ;
- наличие аномалий мочевыделительной системы у ребёнка;
- проживание семьи в экологически неблагоприятных условиях (жаркий климат, плохое качество воды);

- наличие у родителей вредных привычек (курение, потребление алкоголя);
- особенности течения беременности у матери;
- приём медикаментов, способствующих камнеобразованию;
- ограничение подвижности ребёнка (травма, пороки опорно-двигательного аппарата, неврологические заболевания).

2. Диагностика заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) медицинские показания и противопоказания к применению методов диагностики
2.1. Жалобы и анамнез
См. раздел «Клиническая картина».

2.2. Физикальное обследование
При физикальном обследовании пациента следует осмотреть кожу, склеры, определить частоту, наполнение и ритмичность пульса, измерить артериальное давление и частоту дыхательных движений.

Дальнейшее обследование рекомендуется начинать с поверхностной пальпации и перкуссии органов брюшной полости и забрюшинного пространства. Пальпация области почек выполняется чаще всего в положении лежа на спине или на боку. Болезненность при исследовании свидетельствует о наличии воспалительного процесса почечной паренхимы, околопочечной клетчатки или обструкции мочеточника, в случае отсутствия указаний на травматическое повреждение.

Глубокую пальпацию начинают с безболезненных участков и завершают выявлением симптомов Щеткина – Блюмберга, Пастернацкого, Орнтера и др.

При проведении клинического осмотра обязательно нужно обращать внимание на поведение пациента: при почечной колике пациент беспокоен, не может найти себе удобного положения, мечется. Нередко имеет место психо-симптом (psoas symptoms).

Чем моложе ребёнок, тем более выражены общие симптомы патологического процесса, и менее отчётливой бывает локальная симптоматика.

2.3. Лабораторные диагностические исследования
Пациентам с мочекаменной болезнью (МКБ) проводятся исследования мочи и крови с целью определения вида конкрементов, наличия воспаления и оценки функции почек.

Рекомендуется выполнение общего (клинического) анализа крови развёрнутого (уровень лейкоцитов, дифференцированный подсчёт лейкоцитов (лейкоцитарная форму-

Состав конкремента	
Химический состав	Минерал
Гидрогенфосфат кальция	брушит
Дигидрат оксалата кальция	ведделлит
Дигидрат мочевой кислоты	урицит
Карбонатапатит (фосфат)	даллит
Моногидрат оксалата кальция	вевеллит
Фосфат магния и аммония	струвит
2,8-дигидроксиаденин	
Ксантин	
Урат аммония	
Цистин	
Лекарственные конкременты	

Рентгенологические характеристики		
Рентгеноконтрастный конкремент	Низкая рентгеноконтрастность	Рентгенонегативный конкремент
Дигидрат оксалата кальция	Фосфат магния и аммония	Мочевая кислота
Моногидрат оксалата кальция	Апатит	Урат аммония
Фосфаты кальция	Цистин	Ксантин
		2,8-дигидроксиаденин
		Лекарственные конкременты

ла), гемоглобин, СОЭ) пациентам с МКБ с целью ориентировочного выявления/исключения воспалительных процессов и оценки уровня гемоглобина (УУР – С, УДД – 5).

Рекомендуется проведение общего (клинического) анализа мочи всем пациентам с подозрением на мочекаменную болезнь и в динамике с целью ориентировочной оценки воспаления, определения pH мочи, наличия солей и т.д. (УУР – С, УДД – 5).

Комментарий: частота исследования при динамическом наблюдении определяется клиническим течением заболевания.

Определение нитритов возможно также с помощью тест-полосок.

Рекомендуется проведение исследования уровня нитритов в моче всем пациентам при первичной диагностике и в динамическом наблюдении при подозрении на инфекцию мочевыводящих путей для уточнения диагноза и своевременного назначения терапии (УУР – С, УДД – 5).

Рекомендуется проведение при первичной диагностике суточного анализа мочи по Зимницкому (сбор мочи для лабораторного исследования, определение объема мочи, определение удельного веса (относительной плотности) мочи) с целью оценки концентрационной функции почек (УУР – С, УДД – 5).

Комментарий: исследование может назначаться в процессе динамического наблюдения по потребности и в зависимости от риска повторного камнеобразования, в том числе для оценки достаточности приёма жидкости.

Рекомендовано определение концентрации водородных ионов (pH) мочи, определение количества белка в суточной моче, определение альбумина в моче, цитратов, натрия, магния в моче при первичной диагностике (УУР – С, УДД – 5).

Комментарий: исследование может назначаться в процессе динамического наблюдения по потребности в зависимости от вида камней, а также для контроля проводимой терапии.

Рекомендовано при первичной диагностике исследование суточной мочи на экскрецию солей (исследование уровня фосфора в моче, исследование уровня кальция в моче, исследование уровня мочевой кислоты в моче, определение оксалатов в моче, сбор мочи для лабораторного исследования, определение объема мочи, микроскопическое исследование осадка мочи) (УУР – С, УДД – 5).

Комментарий: в динамическом наблюдении исследование может также проводиться, частота устанавливается индивидуально.

Рекомендуется проведение микробиологического (культурального) исследования мочи на аэробные и факультативно-аэробные условно-патогенные микроорганизмы всем пациентам с определением чувствительности микроорганизмов к противомикробным препаратам при первичной диагностике, перед оперативным вмешательством и при необходимости коррекции антибактериальной терапии (УУР – С, УДД – 5).

Комментарий: при наличии инфекции мочевыводящих путей исследования проводятся в рамках соответствующих клинических рекомендаций.

Рекомендуется проведение анализа крови биохимического общетерапевтического (исследование уровня креатинина в крови, мочевой кислоты в крови, кальция в крови, ионизированного кальция в крови, натрия в крови, калия в крови) всем пациентам при первичной диагностике и в динамическом наблюдении для оценки функции почек и электролитных нарушений с целью своевременной диагностики и терапии соответствующих состояний (УУР – С, УДД – 5).

Рекомендовано пациентам с повышенным уровнем кальция (ионизированного кальция в крови) проведение исследования уровня паратиреоидного гормона в крови, исследование уровня 25-ОН витамина Д в крови с целью подтверждения/исключения гиперпаратиреоза (УУР – С, УДД – 5).

Рекомендуется проведение коагулограммы (ориентировочное исследование системы гемостаза): активированное частичное тромбопластиновое время (АЧТВ) и определение международного нормализованного отношения (МНО) перед инвазивными, в том числе оперативными вмешательствами для предотвращения кровотечений и окопечных гематом.

Во всех случаях первичного диагностирования МКБ рекомендуется проводить анализ минерального состава мочевых камней (анализ состава конкремента с помощью аналитического метода (дифракции рентгеновских лучей или инфракрасной спектроскопии) для определения дальнейшего плана обследования и терапевтической тактики (УУР – С, УДД – 5).

Повторный анализ состава конкремента рекомендуется проводить у пациентов: с рецидивом на фоне медикаментозной профилактики; с ранним рецидивом после полного удаления конкремента; с поздним рецидивом после длительного отсутствия камней, поскольку состав конкремента может измениться (УУР – С, УДД – 5).

2.4. Инструментальные диагностические исследования

В качестве первичной процедуры для диагностики МКБ всем пациентам рекомендуется проводить ультразвуковое исследование (УЗИ) органов мочевой системы (ультразвуковое исследование почек, ультразвуковое исследование мочеточников, ультразвуковое исследование мочевого пузыря) (УУР – С, УДД – 5).

Комментарий: УЗИ позволяет выявить конкременты в чашечках, лоханке, лоханочно-мочеточниковом и пузырно-мочеточниковом сегментах, позволяет диагностировать расширение верхних мочевыводящих путей (ВМП). Исследование проводится и в динамическом наблюдении с частотой, определяемой индивидуально.

Цветная доплерография (дуплексное сканирование артерий почек) позволяет сравнить мочеточниковый выброс, индекс резистентности дуговых артерий обеих почек и определить степень обструкции.

Рекомендуется проведение обзорной рентгенографии органов мочевой системы (рентгенография почек и мочевыводящих путей) для дифференциации рентгеноггативных и рентгеноконтрастных конкрементов, а также для динамического контроля (УУР – С, УДД – 5).

Комментарий: исследование проводят в качестве альтернативы ультразвуковому исследованию органов мочевой системы (ультразвуковое исследование почек, ультразвуковое исследование мочеточников, ультразвуковое исследование мочевого пузыря) или при недостаточной его информативности.

Если планируется проведение спиральной компьютерной томографии (КТ), данное исследование назначать не следует.

Кратность исследования определяется индивидуально.

Рекомендуется проводить спиральную КТ мочевого выделительной системы (спиральная КТ почек и надпочечников) при острой боли в области поясницы. КТ позволяет определить наличие конкремента, его диаметр и плотность; данное исследование демонстрирует более высокую чувствительность и специфичность по сравнению с экскреторной урографией (ЭУ) (внутривенная урография) (УУР – С, УДД – 5).

Комментарий: КТ – стандартный метод диагностики при острой боли в пояснице в настоящее время. Данный метод позволяет определять плотность конкремента и расстояние от конкремента до кожного покрова – параметры, влияющие на эффективность дистанционной литотрипсии (ДЛТ).

Однако необходимо учитывать высокую лучевую нагрузку метода и использовать его у детей с ограничениями. При возможности применять низкодозовые протоколы.

Конкременты, содержащие мочевую кислоту и ксантины, являются рентгеноггативными, но могут быть обнаружены при проведении КТ.

Конкременты, образующиеся при приёме препарата индинавир, при спиральной КТ не обнаруживаются.

Не рекомендовано рутинное проведение магнитно-резонансной томографии (МРТ) урографии (с контрастированием) в диагностике МКБ, только при недостаточности данных других исследований для получения информации об анатомии чашечно-лоханочной системы (ЧЛС), локализации обструкции в мочеточнике и морфологии почечной паренхимы (УУР – С, УДД – 5).

Радионуклидные исследования почек (сцинтиграфия почек и мочевого выделительной системы, сцинтиграфия почек и мочевого выделительной системы с функциональными пробами) рекомендуется использовать для определения почечной функции, обнаружения обструкции и определения её анатомического уровня по показаниям (УУР – С, УДД – 5).

Если планируется удаление конкремента, а индивидуальные анатомические особенности чашечно-лоханочной системы (ЧЛС) неизвестны, рекомендуется проведение исследования с контрастированием (компьютерная томография почек и верхних мочевыводящих путей с внутривенным болюсным контрастированием) (УУР – С, УДД – 5).

Комментарий: предпочтительно проведение спиральной КТ, так как она позволяет получить трёхмерное изображение ЧЛС, а также измерить плотность конкремента и расстояние от конкремента до кожного покрова. Можно выполнить и экскреторную урографию (внутривенную урографию).

При диагностике цистиновых конкрементов рекомендуется обязательное проведение анализа крови на уровень креатинина (исследование уровня креатинина в крови), а анализ мочи должен включать определение объёма, определение концентрации водородных ионов (pH) и определение удельного веса (относительной плотности), а также рекомендовано рассмотреть назначение исследования содержания цистина в моче (УУР – С, УДД – 5).

Комментарий: Кристаллизация цистина в моче происходит спонтанно из-за его плохой растворимости. Растворимость цистина зависит исключительно от pH мочи: при pH 6,0 предел растворимости составляет 133 ммоль/л. Однако рутинное проведение анализа на цистин нецелесообразно.

Пациентам при диагностике цистиновых конкрементов с целью уточнения диагноза и выбора тактики терапии рекомендуется проводить дифференциацию цистина, цистина и лекарственно-цистиновых комплексов. Различные комплексы, образовавшиеся вследствие лечения, можно дифференцировать только с помощью аналитических методов на основе высокоэффективной жидкостной хроматографии (комплексное определение концентрации аминокислоты методом высокоэффективной жидкостной хроматографии (ВЭЖХ) (УУР – С, УДД – 5).

2.5. Иные диагностические исследования

Рекомендовано медико-генетическое консультирование пациентов по показаниям для исключения синдромальных и моногенных форм уролитиаза.

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

Комментарий: Показаны консультации генетика пациентам при мультисистемном характере поражения органов и систем, раннем начале заболевания, наличии отягощённого семейного анамнеза, а также выявление при анализе более редкого химического состава конкрементов (например, цистиновый, ксантиновый или 2,8-дигидроксидеин камни).

Обследование при медико-генетическом консультировании включает осмотр пациента, сбор семейного анамнеза, инструментальные, клинико-лабораторные и молекулярно-генетические исследования.

Нефролитиаз диагностируется как в составе синдромальных форм генетических заболеваний, так и моногенных: при синдроме Вильямса (OMIM 194050), синдроме Лёша – Нихена (OMIM 308000), алкаптонурии (OMIM 203500), первичной гипероксалурии (OMIM 259900), цистинурии (OMIM 220100), нефролитиазе X-сцепленном рецессивном с почечной недостаточностью (OMIM 310468) и др.

3. Лечение, включая медикаментозную и немедикаментозную терапии, диетотерапию, обезболивание, медицинские показания и противопоказания к применению методов лечения

Лечение включает консервативные, хирургические и диетологические мероприятия. В настоящее время существует необходимость в проведении качественных исследований для более точной оценки исходов при различных методах терапии.

3.1 Консервативное лечение

3.1.1 Почечная колика

На первом этапе лечения при почечной колике всем пациентам с МКБ рекомендуется купирование боли в связи с тем, что болевой синдром достаточно сильно выражен и приносит страдания пациенту (УУР – С, УДД – 5).

Рекомендуется купировать боль у пациентов с почечной коликой препаратами, не относящимися к опиоидам: препаратами группы «Другие анальгетики и антипиретики» (ДАА) (метамизол натрия в/м или в/в 250 мг/мл, 500 мг/мл (разовая доза для детей с 3 мес. до 15 лет: 50-100 мг/10 кг массы тела до 2-3 раз в сутки (детям 3-12 месяцев (весом 5-9 кг) – только внутримышечно), с 15 лет: разовая доза 500-1000 мг в/м, максимальная суточная доза 2000 мг) или парацетамол** в суппозиториях ректальных или перорально в суспензии, в таблетках или препаратами группы «Нестероидные противовоспалительные и противоревматические препараты» (НПВП): диклофенак** в таблетках (детям с 6 лет) или индометацин в таблетках с 14 лет 25 мг каждые 6 ч или ибупрофен** (таблетки с 6 лет, капсулы – с 12 лет) в связи с их высокой эффективностью (УУР – С, УДД – 5).

Комментарий: Эти препараты значительно эффективнее опиоидов обезболивают при почечной колике, и у пациентов, принимающих ДАА или НПВП, реже требуется дальнейшая анальгезия в краткосрочной перспективе.

3.1.2. Профилактика повторного приступа почечной колики

ДАА и НПВП могут снять воспаление и снизить риск повторного возникновения боли у пациентов с конкрементами в мочеточнике, которые могут выйти самостоятельно. Хотя ДАА и НПВП могут оказать влияние на почечную функцию у пациентов с существующей почечной недостаточностью, однако они не влияют на почечную функцию при нормально функционирующих почках.

Повторные приступы почечной колики отмечаются значительно реже у пациентов, получавших ДАА и НПВП в течение первых 7 дней лечения.

Если обезболивание не может быть достигнуто лекарственными средствами, рекомендуется выполнить дренирование с использованием мочеточникового стента (установка стента в мочевыводящие пути) или чрескожной нефростомии (ЧН) (чрескожная пункционная нефростомия), либо удалить конкремент (УУР – С, УДД – 5).

3.1.3. Консервативное лечение в зависимости от вида конкрементов

Ранняя диагностика и правильное ведение пациентов существенно влияют на течение заболевания.

Рекомендуется рассмотреть назначение пиридоксина** (витамина В6) (внутрь по 10 мг/кг в сутки) при гипероксалурии, так как у большинства пациентов отмечается положительный эффект на фоне его приёма (УУР – С, УДД – 5).

Рекомендуется длительное назначение калия гидрокарбоната+лимонная кислота+натрия цитрат при гипероксалурии, что приводит к многократному снижению рецидивов уролитиаза (УУР – С, УДД – 5).

Комментарий: наибольшая растворимость оксалата кальция достигается при pH 6,2–6,8. Терапевтические дозы препаратов для лечения нефроуролитиаза калия гидрокарбонат+лимонная кислота+натрия цитрат составляют 0,1-0,15 г/кг (2-6 таблеток) в сутки (по инструкции – детям с 12 лет).

Не рекомендуется ограничивать в диете кальций при гиперкальциемии, так как при его недостатке в кишечнике свободный оксалат абсорбируется, увеличивая тем самым риск рецидива уролитиаза (УУР – С, УДД – 5).

Не рекомендуется рутинное использование тиазидных диуретиков, повышающих реабсорбцию кальция в канальцах, при гиперкальциемии, так как они могут способствовать развитию электролитных нарушений (УУР – С, УДД – 5).

Комментарий: в педиатрии применяются редко.

Большинству пациентов с кальций-фосфатными конкрементами в случае наличия первичного гиперпаратиреоза рекомендуется хирургическое лечение (УУР – С, УДД – 5).

В случае, если причиной является реальный тубулярный ацидоз – рекомендовано проведение фармакологической терапии данного состояния/болезни (УУР – С, УДД – 5).

Рекомендовано при наличии инфекций мочевыводящих путей, ассоциированных с кальций-фосфатными конкрементами, соблюдение рекомендаций в отношении инфекционных камней (УУР – С, УДД – 5).

Рекомендовано при первичной гипероксалурии проводить терапию согласно соответствующим рекомендациям, требуется как можно более ранний старт терапии с целью снижения уровня оксалатов и профилактики прогрессирования ухудшения функции почек.

Комментарий: диетические мероприятия в отношении данного типа гипероксалурии имеют невысокую эффективность. Наиболее часто при 1-м типе применяется ранняя трансплантация печени и почки, при 2-м типе – почки. При 3-м – трансплантация не проводится в связи с сохранной функцией почек.

При всех типах применяется терапия препаратами для лечения нефроуролитиаза (калия гидрокарбоната+лимонная кислота+натрия цитрат). При 1-м типе могут применяться также пиридоксин** в стартовой дозе 5 мг/кг/сут, с постепенным увеличением дозы, но не более 20 мг/кг/сут с оценкой результатов минимум через 3 месяца. Положительной реакцией считается снижение уровня оксалатов в моче более, чем на 30% от исходного.

В настоящее время продолжают исследования по возможным методам терапии разных типов первичной гипероксалурии, включая противодиарейные микроорганизмы (пробиотики), методики трансплантации. Управлением по контролю качества пищевых продуктов и лекарственных средств США (FDA) одобрена таргетная терапия 1-го типа гипероксалурии.

(Продолжение следует.)

Дискуссия вокруг приказа Минздрава России № 116н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению при онкологических заболеваниях» продолжается. И, судя по накалу страстей и серьезности поднимаемых проблем, обсуждение будет продолжаться до тех пор, пока регулятор не прислушается, наконец, к мнению профессионального сообщества и не внесёт в этот документ необходимые изменения.

Одной из площадок, где в очередной раз высказывались разные мнения о новом «порядке», стало Российское общество клинической онкологии (RUSSCO). Председатель RUSSCO главный научный сотрудник Национального медицинского исследовательского центра онкологии им. Н.Н.Блохина профессор Сергей Тюляндин отметил «плюс», который, по его мнению, имеет данный минздравовский приказ: он предполагает концентрацию онкобольных внутри существующей российской онкологической службы. Правда, эксперт тут же справедливо заметил, что у монеты есть обратная сторона.

— Как онколог, я не могу это не приветствовать. Вместе с тем, если мы говорим о пациентах с опухолями торакальной локализации, в их диагностике и лечении участвуют специалисты многих специальностей: диагносты разных профилей, пульмонологи, торакальные хирурги, реабилитологи, которые зачастую работают вне онкологических учреждений. Будет ошибкой не использовать их опыт и возможности в оказании помощи онкологическим пациентам, — убеждён профессор.

О чём спорим?

Тридцать с лишним лет назад на базе Научно-исследовательского института — Краевой клинической больницы № 1 им. С.В.Очаповского, крупнейшей многопрофильной больницы Краснодарского края, был создан центр грудной хирургии по лечению, в том числе, торакальных онкобольных. Здесь выполняются операции, проводятся полихимиотерапия и лучевая терапия. Фактически больница забрала на себя весь объём лечения рака лёгкого из краевого онкодиспансера, и все эти годы центр грудной хирургии был высоко востребован. А что дальше? Ведь формально больница не находится в структуре краевой онкослужбы.

— В настоящее время остро стоит вопрос, кто и где должен оказывать помощь пациентам с онкологическими заболеваниями: только онкодиспансеры и профильные НМИЦы, или это можно делать в многопрофильных стационарах, имеющих необходимые технологии и опыт? На примере Краснодарского края можно увидеть, что второй вариант ответа тоже верный. Мы — сторонники многопрофильных стационаров, где есть возможность не только быстро ставить правильный онкологический диагноз, но и одновременно лечить сопутствующие заболевания у онкологических пациентов, — чётко обозначил свою позицию главный врач больницы им. С.В.Очаповского, главный торакальный хирург Минздрава Краснодарского края, академик РАН Владимир Порханов.

Схема движения пациента с раком лёгкого от диагностики до начала лечения продумана в крае давно и хорошо. Все пациенты с подозрением на новообразование обязательно направляются в ККБ № 1 на пульмонологическую комиссию для верификации диагноза. В год через пульмонологическую комиссию больницы проходит — внимание! — 50–60 тыс. человек. Хоть один региональный онкологический диспансер или федеральный онкоцентр может показать такие результаты?

Конкретно о торакальной хирургии в краевой больнице. За год хирургическое и химиотерапевтическое лечение получают до 7,5 тыс. пациентов с онкологиче-

Острая тема

Думали — порядок, а оказалось — сумятица

Стремление онкослужбы к самоизоляции неоправданно



нерентабельна. Каждый пятый онкобольной, пролеченный в ККБ № 1, был в онкодиспансере признан неоперабельным как раз по перечисленным выше причинам: тяжёлая сопутствующая патология либо техническая неспособность специалистов выполнить необходимое оперативное вмешательство, так как требовалось участие специалистов других профилей, — подчёркивает академик.

По мнению эксперта, оказание помощи онкологическим пациентам в стационарах неонкологического профиля наиболее оправданно. Искусственная самоизоляция онкологической службы может ограничить доступность специализированного лечения для больных. «Необходимо постепенное сближение региональных онкологических диспансеров с крупными региональными многопрофильными клиниками, а в перспективе — погружение онкологической помощи в многопрофильные стационары», — сформулировал задачу В.Порханов.

Не чужие, а свои

— Торакальные хирурги — абсолютно полноправные участники комплексного лечения онкологических больных в РФ. К сожалению, онкологическая служба всегда смотрела на нас как на чужих. Это — главная сенсбилизирующая часть наших отношений, — сразу расставил точки над i директор Санкт-Петербургского НИИ фтизиопульмонологии главный торакальный хирург Минздрава России профессор Пётр Яблонский.

Он напомнил, что рак лёгкого — труднодоступная и малосимптомная опухоль и что несмотря на все усилия медиков, смертность в течение первого года после постановки данного диагноза достигает 50%, а ранняя диагностика не достигает и 30%. И вот на этом фоне кому-то могла прийти в голову мысль, что дела пойдут лучше, показатели ранней выявляемости и однолетней летальности станут оптимистичнее, если сосредоточить всех больных с ЗНО лёгких в границах онкологических клиник, отказавшись от услуг торакальной хирургии за пределами этих границ.

Ещё одна деталь, на которую обратил внимание главный специалист Минздрава России: в профессиональном стандарте «врач-торакальный хирург» — юридическом документе, утверждённом в марте 2019 г. приказом Министерства труда и социальной защиты РФ, — сказано, что все диагностические мероприятия, которые необходимы для верификации рака лёгкого и пищевода, имеет право и обязан выполнять торакальный хирург.

То же касается и хирургического лечения опухолей грудной клетки: по мнению профессора

П.Яблонского, если торакальные хирурги соблюдают онкологические принципы, они могут и должны оперировать онкологических больных. Кстати, уточнил эксперт, в онкологических диспансерах 57% торакальных операций выполняется без лимфодиссекции. И даже к учреждениям, которые сегодня определяют лицо российской онкологии, есть вопросы на этот счёт.

Вслед за академиком В.Порхановым, П.Яблонский обратил внимание коллег на важность работы дифференциально-диагностических пульмонологических комиссий (ДДПК). Следует бояться не только гипердиагностики туберкулёза, но и обратного — гипердиагностики рака лёгкого. Эксперт подчеркнул, что не ставит целью упрекнуть онкологическое сообщество, а лишь обращает внимание: всем есть над чем работать.

— Серьёзной проблемой стали так называемые гостевые операции: онкобольной уезжает на лечение в другой регион. В новом порядке оказания онкопомощи мы усмотрели признаки «крепостного права», когда региональный онкодиспансер, по сути, распоряжается пациентом и сам формирует для него индивидуальную траекторию. Так вот, согласно международным данным, дистантные операции дают лучшие результаты во всех смыслах: поскольку хирургическая помощь оказана быстрее и на более высоком уровне, в два раза ниже показатель 30-дневной послеоперационной смертности и существенно ниже показатель 90-дневной смертности. В нашей стране пока не так, и мне кажется, мы должны следовать этим путём, — настаивает П.Яблонский.

Главный торакальный хирург Минздрава России тоже считает важным использовать возможности многопрофильных стационаров в лечении онкологических больных, ссылаясь на многолетний опыт городской больницы № 2 Санкт-Петербурга, высокие результаты работы которой были представлены на Европейской конференции торакальных хирургов. Именно в многопрофильных клиниках можно использовать мультидисциплинарный подход к лечению онкобольных, в чём они чаще всего и нуждаются.

— Я знаю, что 90% онкологических учреждений России не способны выполнить тот функциональный минимум, который необходим для любого коморбидного больного с опухолями торакальной локализации, — заметил эксперт.

И, наконец, главное. Профессор согласен с тем, что целесообразно говорить об этажности в хирургических специализациях: хирургия малого таза, брюшной полости, грудной клетки. Никем в мире это не оспаривается. Но что касается нозологического деления, оно неправомерно.

— На сегодняшний день нет официально признанной специальности «торакальная онкохирургия» ни в одной стране по обе стороны Атлантического океана. Торакальные хирурги должны демонстрировать компетентность в использовании адьювантных и неадьювантных методов лечения опухолей, глубокое понимание онкологического процесса и использовать эти знания в практике, — процитировал П.Яблонский коллективное мнение своих вы-

дающихся зарубежных коллег Жильбера Массара, Жюль-Линн Ноеля, Алессандро Брунелли и других, которое они сформулировали ещё в 2017 г. в статье Transatlantic Editorial: Thoracic Surgeons Need Recognition of Competence in Thoracic Oncology. Странно, что авторы нового российского порядка оказания онкопомощи не обратили на неё внимания.

Когда «развод» неизбежен

Главный врач Нижегородского областного клинического онкологического диспансера и главный онколог Минздрава Нижегородской области Сергей Гамаюнов, выступая как представитель противоположной стороны — онкологов и организаторов здравоохранения — решил восстановить справедливость и показать, что новый Порядок оказания онкологической помощи вовсе не так плох, как кажется. По его словам, объективному отношению к данному документу мешают две иллюзии. Первая, якобы, невозможность оказывать помощь онкологическим больным вне онкологического диспансера, и вторая — «крепостное право» онкодиспансеров на лечение онкологических пациентов. На самом деле, говорит эксперт, таких запретов нет ни в отношении торакальной онкопатологии, ни какой-либо иной.

— В «порядке» нигде не написано, что онкологический пациент не может лечиться вне онкологического учреждения. Там написано, что он может лечиться в медицинской организации, где есть соответствующие условия и определённое количество коек для хирургии и химиотерапии, — возразил С.Гамаюнов тем специалистам, кто именно в искусственном установлении «коечных» параметров усматривает стремление вытолкнуть из системы оказания онкопомощи те стационары, в которых есть технологии, специалисты и опыт лечения онкобольных, но не хватает кроватей до указанного нового стандарта.

Лучевая терапия, согласно новому «порядку», теперь тоже может быть оказана только в тех клиниках, где количество коек онкологического профиля не менее установленного. Данное положение С.Гамаюнов назвал действительно сложным моментом.

На примере Нижегородской области главный врач онкодиспансера показал, как было раньше и как теперь организовано взаимодействие онкологических и неонкологических медицинских организаций в свете новых требований Минздрава России.

— До 2021 г. ровно половина онкологических коек в нашем регионе находилась вне онкодиспансера. И когда мы проанализировали их работу, нас самих удивило: объём оказанной онкопомощи абсолютно не соответствовал тому количеству профильных коек, которое было в этих больницах. 7 тыс. операций выполнялось в онкодиспансере и только чуть более 2 тыс. — в других лечебных учреждениях, вместе взятых. В крупных клиниках — федеральный центр, областная больница, одна городская и одна районная — выполнялось более 250 онкологических операций в год, то есть одна или больше операций ежедневно. Тогда воз-

ник вопрос, а зачем в системе онкопомощи остальные лечебные учреждения, в которых выполняют-ся одна-две-пять? Ведь при такой низкой хирургической активности нельзя говорить о большом опыте и высоком качестве онкологической помощи, – резонно отмечает С.Гамаюнов.

В итоге в Минздраве Нижегородской области посчитали реальную онкозаболеваемость и точное число онкологических пациентов, соотнесли эти данные с возможностями областного онкодиспансера и определили, какое число больных «не помещается» в существующий коечный фонд диспансера. Таких больных набралось на 40 недостающих коек, которые надо дополнительно где-то разворачивать. Выбрали для этого многопрофильную Нижегородскую областную клиническую больницу им. Н.А.Семашко, открыли новое отделение. Таким образом, отныне онкохирургическая помощь в области оказывается только в 5 лечебных учреждениях. Остальным «дали развод».

Вторым ключевым моментом нового Порядка оказания онкологической помощи С.Гамаюнов назвал требование о проведении онкологического консилиума до начала лечения. Он заметил, что консилиум можно проводить не только очно, но и дистанционно, с помощью телемедицинских технологий, это разрешено.

– Прежде хирурги, даже высочайшего уровня, работающие вне онкодиспансера, не всегда адекватно выбирали тактику лечения при раке. Сегодня благодаря работе консилиума нет случаев, когда бы мы переводили пациентов на хирургическое лечение из областной больницы в онкодиспансер, Нижегородский областной клинический онкологический диспансер не занимается тем, что отбирает пациентов у коллег. Мы выстроили абсолютно нормальное взаимодействие между нашими учреждениями, – уверяет главный врач.

Наконец, третий принципиально важный пункт нового «порядка» – требование ко всем учреждениям, работающим в системе оказания онкопомощи, предоставлять отчетность в региональную онкослужбу. Прежде это действительно являлось серьезной проблемой.

Яркий пример по Нижегородской области: в 2021 г. мы пофамильно выверяли списки ракового регистра и данных территориального фонда ОМС и увидели существенное расхождение. По данным ракового регистра, в регионе было 99 тыс. онкобольных, а по данным ТФОМС – всего 63 тыс. В итоге выяснилось, что и та, и другая базы данных неполноценны. Между тем, реальное число онкобольных, состоящих на учёте, лежит в основе расчёта всех ключевых показателей работы региона по борьбе с раком. Поэтому нами изданы приказы об обязательной работе всех медицинских организаций независимо от форм собственности в системе канцеррегистра и о синхронизации канцеррегистра с базой данных ТФОМС, – делится опытом С.Гамаюнов.

Он также высказал несогласие с утверждениями о «крепостном праве», которое, якобы, устанавливается новым Порядком оказания онкопомощи. По мнению С.Гамаюнова, всё как раз наоборот: сегодня человек самостоятельно может выбирать для лечения любое федеральное учреждение, и эта помощь будет оплачена не из средств территориального фонда ОМС, а из средств Федерального фонда ОМС, что «в разы облегчило возможность миграции пациента».

– Мне кажется, главные онкологи субъектов РФ позитивно относятся к данному нововведению, так как оно позволяет за счёт дополнительных источников финансирования пролечить большее число жителей своего региона, – рассуждает эксперт. Эх, если бы это на самом деле было так...

Минус лучшие

В Новосибирской области в список учреждений, которые так или иначе участвуют в системе оказания медицинской помощи по профилю «онкология» в рамках территориальной программы госгарантий, включили 34 лечебных учреждения, подведомственных региональному Минздраву, поликлинику ФМБА и РЖД, и даже одну частную клинику, где разместил ЦАОП.

При этом в регионе специализированную и высокотехнологичную медицинскую помощь онкобольным также оказывают три федеральных медицинских центра – Новосибирского НИИ травматологии и ортопедии им. Я.Л.Цивьяна (профиль – травматология и ортопедия, нейроонкология), Федеральный центр нейрохирургии (один из профилей – нейроонкология) и НМИЦ им. Е.Н.Мешалкина (профили – кардиохирургия, нейрохирургия, онкология). Нужно ли говорить, что техническая оснащённость, уровень квалификации специалистов и степень сложности выполняемых здесь онкологических операций уж точно не ниже, чем в онкодиспансере или любой из городских многопрофильных больниц? Поэтому не использовать их потенциал в системе оказания онкопомощи жителям региона было бы, как минимум, странно, а точнее – неразумно. Однако здесь решили обойтись без «федералов».

Объяснить, почему ни один федеральный центр не вошёл в список учреждений по маршрутизации новосибирских онкобольных, только тем, что региональные клиники финансируются из средств ТФОМС, а федеральные – напрямую из ФФОМС, теперь уже нельзя. Ведь, по сути, наоборот – это своего рода подарок судьбы для территории, которая имеет возможность получить дополнительные средства на лечение своих жителей. Тем не менее, областная онкослужба не спешит этот шанс использовать. В приказе регионального Минздрава об организации оказания онкологической помощи названия новосибирских «Федералов» не упомянуты в принципе, в схемах маршрутизации пациентов на СМП и ВМП эти клиники не значатся. Если это демонстрация местечковой позиции «обойдёмся как-нибудь сами», то как она соотносится с интересами онкологических больных?

Заместитель директора НМИЦ им. Е.Н.Мешалкина по экономике Артём Пухальский рассказал, что клиника обратила внимание Минздрава области на возможность использования всего потенциала учреждения. Но пока пациенты приходят сюда самотёком, благо здесь имеются все три составляющих комбинированного лечения рака – хирургическое, химиотерапевтическое и радиологическое. А, например, лечение злокачественных опухолей костной ткани, конформная лучевая терапия, работассистированная онкохирургия, химиоэмболизация и медицинская реабилитация онкобольных на территории региона вообще проводятся только в НМИЦ им. Е.Н.Мешалкина.

– За минувший год мы увеличили объём помощи взрослым больным с новообразованиями в 2,5 раза, в том числе, пролечили 3,6 тыс. жителей Новосибирской области. НМИЦ не просит у региона денег за лечение онкобольных, Федеральный ФОМС оплатил данный вид медицинской помощи для жителей области в сумме более 530 млн руб., – говорит А.Пухальский.

Заканчивается I квартал года, а изменения намерений региональной онкослужбы в отношении федеральных клиник не заметно. То, к чему, по выражению главного онколога Нижегородской области, нужно относиться позитивно, в Новосибирской области и, скорее всего, не только здесь, позитивного отношения почему-то не вызвало. Спрашивается: а в чём виноваты онкобольные?

Елена БУШ,
обозреватель «МГ».

Сотрудничество

В стенах Тверского государственного медицинского университета состоялось стратегически важное событие – ректор университета профессор Леся Чичановская подписала соглашение о сотрудничестве и взаимодействии с главными врачами ведущих медицинских учреждений региона, занимающихся оказанием медицинской помощи онкологическим пациентам. Свои подписи на новом документе помимо ректора поставили главный врач Центра специализированных видов медицинской помощи им. В.П.Аваева заслуженный врач России Каринэ Конохова и руководитель Тверского областного клинического онкологического диспансера, главный специалист онколог Министерства здравоохранения области Оксана Комарова.

Исцеляющее объединение

Тверской ГМУ и государственные клиники интегрируют усилия для борьбы с онкологией

Всех трёх участников данного соглашения связывают годы взаимодействия и продуктивного сотрудничества – обе клиники являются клиническими базами для университета. Однако главным поводом для подписания данного трёхстороннего соглашения является важная цель – улучшение качества оказания медицинской помощи жителям региона, страдающим онкологическими заболеваниями.

Областной онкологический диспансер – главное и крупнейшее медицинское учреждение области, занимающееся диагностикой и лечением всех видов злокачественных новообразований. Здесь сконцентрированы все профильные отделения, выполняющие специализированную, в том числе и высокотехнологичную медицинскую помощь пациентам с опухолевыми заболеваниями. В стенах диспансера реализуется весь спектр хирургической медицинской помощи, лекарственной и лучевой терапии, а также функционирует консультативная поликлиника для жителей региона.

Центр им. В.П.Аваева – доминантное региональное звено здравоохранения в вопросах амбулаторной диагностики и первичной медицинской помощи пациентам с онкозаболеваниями. В 2021 г. на базе учреждения был организован первый в Тверской области Центр амбулаторной онкологической помощи, оснащённый современной диагностической аппаратурой, позволяющей выявлять злокачественные заболевания на самых ранних стадиях. Десять лет в стенах этого учреждения успешно работает специализированное отделение – клиника женского здоровья, фундаментом которой является реабилитация пациентов после перенесённых онкологических операций. Важно отметить, что это отделение имеет уникальный опыт ранней диагностики рака репродуктивных органов, кожи и щитовидной железы. Кроме того, центр считается крупнейшим звеном в лабораторном кластере губернии, где непрерывно функционируют несколько самостоятельных лабораторных подразделений, проводящих полный спектр современной лабораторной и микробиологической диагностики, соответствующий мировым критериям качества.

В последние годы университет уделяет много внимания развитию онкологического сектора. В вузе открыто две профильных кафедры, создан новый Институт персонифицированной онкологии с молекулярно-генетической лабораторией, приглашены на работу авторитетные столичные специалисты. Вопросы всестороннего развития онкологии в университете являются приоритетными, что проявляется в существенных преобразованиях образовательной, научной и практической медицинской деятельности сотрудников и обучающихся.

Новый согласительный документ создавался в контексте Национального проекта «Здравоохра-

нение» в рамках Федерального проекта «Борьба с онкологическими заболеваниями», целью реализации которого в регионе является совершенствование организации медицинской помощи по профилю «Онкология» населению Верхневолжья.

Новый формат взаимодействия предусматривает совместное использование материально-технической и клинической базы, лабораторий всех участников соглашения для проведения образовательного процесса и научно-исследовательских работ; ведение преподавательской деятельности, повышения квалификации, практической подготовки, передачи практического опыта, оказания консультационных услуг для обучающихся и сотрудников; осуществление совместной деятельности в сфере стратегического развития и внедрения современных наукоёмких технологий; коллективное участие в других совместных проектах и других видах деятельности, направленных на развитие образовательной, научной и практической клинической работы по профилю «Онкология».

– Эффективная реализация данного трёхстороннего договора чрезвычайно важна для всех – и для университета, и для медицинских учреждений, – поясняет К.Конохова. – Безусловно, медицинский университет – это главная кузница кадров Тверского здравоохранения, центральное звено в подготовке практических врачей самых разных специальностей, в том числе и онкологов. Здесь сильная научная база и прекрасно выстроен процесс обучения и в рамках программ повышения квалификации. Всё это является фундаментальными критериями высокого качества университетского образования, но без практической составляющей весь этот сложный и важный механизм не сможет работать на полную мощность и дать в итоге желаемые результаты. Именно поэтому принципиально важна активная интеграция университетских технологий в реальную работу медицинских учреждений. На почве грамотной консолидации наших сил и возможностей на оснащённых и оборудованных базах наших клиник, как нам кажется, возможно получить принципиально новый качественный результат, который напрямую отразится и на онкологических пациентах, которым нужна наша помощь.

– Миссия университета – подготовить для региона высококвалифицированных специалистов, которых сегодня так не хватает медицинским организациям, – дополняет коллегу О.Комарова. – Наша задача – предоставить им рабочие места и комфортные условия для профессиональной деятельности. При этом все заинтересованы в том, чтобы они имели и достойную практическую подготовку. Согласитесь: очень важно, чтобы врач был не только теоретически подкованным, но и умел с первого дня самостоятельно проводить те обязательные

манипуляции, которые от него требуют практическое здравоохранение. Это является самым важным и ценным, для этого необходимо совместное подготовить специалистов такого уровня, чтобы они максимально соответствовали всем профессиональным стандартам и современным критериям врача-онколога. Поэтому мы совместно и сообща решили задействовать максимум своих ресурсов, акти-

визировать кадровый потенциал среди учёных вуза и опытных практиков в клиниках, готовы найти необходимые площадки и предоставить все необходимые подразделения, чтобы в итоге добиться желаемого результата. Порог, без взаимодействия и коллективной совместной работы, как показывает опыт и время, это сделать просто невозможно.

Ректор университета уверила, что подписывается под каждым выше озвученным словом и добавляет:

– Именно так, сообща, продуманно и конструктивно сегодня, в очень непростые для отечественного здравоохранения времена, должны, на мой взгляд, выстраиваться взаимоотношения между практическим здравоохранением и медицинскими вузами. К сожалению, в последние годы мы наблюдаем иную картину: пропасть непонимания и отчуждения между образовательными учреждениями и государственными больницами только разрастается. Причём чаще всего это происходит отнюдь не по вине руководства вузов, клинические кафедры которых откровенно вытесняют из стен медицинских учреждений. Увы, это можно назвать опасной «болезнью» современной системы здравоохранения, которой «инфицируются» не только периферийные регионы России, но и столичные университеты и клиники. В итоге этого социального патологического процесса страдают все – и будущие врачи, и преподаватели-клиницисты, и сами же медицинские учреждения, которые захлёбываются от катастрофической нехватки квалифицированных кадров. Наше соглашение – это первый опыт, важная попытка исцелить регион от этой проблемы хотя бы пока в ракурсе отдельно взятого онкологического направления. Очень важно, что наше желание это сделать было настолько обоюдным и искренним, что мы сразу же решили его зафиксировать на бумаге в форме соглашения. Убедена, что этот документ будет лишён любой номинальности, так как он накладывает на всех участников этого проекта определённую долю ответственности, как моральной, так и юридической, что, безусловно, дисциплинирует и стимулирует всех к выполнению совместно обдуманных обязательств.

Подписанное соглашение вступает в силу со дня его оформления. Подписи поставлены и заверены гербовыми печатями, а значит все стороны «тройственного союза» переходят от теоретических рассуждений к практической реализации. План первичных мероприятий уже свёрстан и утверждён, необходимые документы оформлены, а поручения уже даны ответственным исполнителям... Остаётся искренне порадоваться таким новостям и добавить только одно: с Богом!..

Максим СТРАХОВ,
внешт. корр. «МГ»,
кандидат медицинских наук.

Тверская область.

Уральский государственный медицинский университет. Уральские учёные обнаружили, что ген Клото подавляет клеточный рост глиобластомы. Исследование даёт возможность разработать новые методы диагностики и лечения. Результаты опубликованы в научном издании Journal of Molecular Neuroscience.

«Мировая наука уже имела данные о том, что ген Клото может подавлять жизнеспособность клеток глиобластомы. Уникальность наших исследований в том, что они проводились именно на секретируемой форме белка Клото. Этот методологический нюанс позволяет немного шире взглянуть на механизмы развития опухолевых заболеваний», – сказал Всеволод Мелёхин, руководитель исследовательской группы, доцент Уральского федерального университета, старший преподаватель кафедры медицинской биологии и генетики УГМУ и сотрудник Института медицинских клеточных технологий.

Екатеринбургские учёные провели опыты, где встроили ген Клото в замкнутую кольцевую молекулу ДНК бактерий – плазмиду, а затем в клетки глиобластомы. Чтобы плазида могла попасть в клетку, исследователи использовали положительно заряженные ДНК-липиды, которые притягиваются к отрицательно заряженной поверхности клетки, клеточная мембрана которой тоже состоит из липидов. Положительно заряженные ДНК-липиды сливаются с мембраной и проходят сквозь неё в клетку.

«Проще доставить ген с помощью вирусных конструкций, которые легко проникают в клетку. Но вирусы обладают способностью встраиваться в геном – совокупность наследственного материала клетки. А использование технологий, связанных с вмешательством в геном, ограничено законодательством и этическими нормами. Плазида же действует внутри клетки лишь две-три недели, а затем разрушается, не оставляя в геноме клетки ни следа», – добавил В. Мелёхин.

Когда ген Клото находится внутри клеток глиобластомы и в состоянии гиперактивности, он вырабатывает секретируемый белок, поступающий в межклеточное пространство. Учёные провели три эксперимента и через 72 часа заметили, что производство белка стало больше в 15 раз, уменьшились на 8% жизнеспособность клеток глиобластомы и на 20% от контрольных значений количество клеток.

«От ненужных или повреждённых, мутировавших клеток организм избавляется с помощью апоптоза. В клетках злокачественных опухо-

В медицинских вузах страны

Большая наука со студенческих лет

лей механизм апоптоза заблокирован, поэтому они размножаются постоянно и безудержно. Однако в результате нашего эксперимента мы зарегистрировали значимое повышение количества апоптотических клеток», – пояснил он.

Южно-Уральский государственный медицинский университет. Трём молодым учёным вуза впервые произведена выплата в один миллион рублей каждому на приобретение жилья в рамках государственной программы «Развитие науки в Челябинской области».

Обладателями субсидии стали кандидат медицинских наук, доцент кафедры госпитальной хирургии Дмитрий Белов, доктор медицинских наук, заведующий кафедрой патологической физиологии, начальник управления научной и инновационной работы университета Михаил Осиков и кандидат медицинских наук, доцент кафедры общественного здоровья и здравоохранения ИДПО Екатерина Щепилина.

«Социальная выплата в один миллион рублей выделяется молодым учёным на решение жилищного вопроса ежегодно, начиная с 2021 г. Молодые научные кадры должны жить и работать дома – на Южном Урале», – заявил губернатор области Алексей Текслер, комментируя правительственное решение.

Алтайский государственный медицинский университет. В АГМУ прошёл «круглый стол» «Лучшие практики преподавания кафедр терапевтического профиля».

В докладе доцента и завуча кафедры пропедевтики внутренних болезней Натальи Ломакиной «Организация учебного процесса студентов как средство повышения профессиональной компетенции на кафедре пропедевтики внутренних болезней» сделаны акценты на новые принципы организации на кафедре и школе молодого преподавателя, были названы особенности обучения ЭКГ и преподавания лабораторных методов диагностики, освоение практических навыков по аккредитационным чек-листам.

Заведующая кафедрой факультетской терапии и профессиональ-



Аббосхон Гуломжонов – «Человек года – 2021» СибГМУ

ных болезней профессор Ирина Осипова сообщила об особенностях кейс-метода в формировании профессиональных компетенций, умений и аналитической деятельности, который принципиально отличается от проблемно-ориентированного обучения тем, что эти особенности осуществляются на конкретных примерах и являются интерактивным средством анализа конкретной ситуации. В кейсе можно моделировать ситуацию, и студенты совместными усилиями вырабатывают практическое решение. Таким образом, применяемый консилиумный подход, умение работать в группе позволяют сформулировать полное аналитическое заключение.

Профессор кафедры Оксана Антропова на примере преподавания итогового занятия по кардиологии показала, как проходит проблемно-ориентированное обучение с разбором 4 клинических ситуаций: пациенты с различной этиологией сердечной недостаточности (ИБС, ГБ, приобретённые пороки сердца),

стадией и фракцией выброса; клинко-фармакологическим анализом ситуации (гипотония, коморбидность) и формулировкой диагноза сердечно-сосудистого заболевания в соответствии с рекомендациями Минздрава и стандартами. Для улучшения обратной связи усвоения лекционного материала на кафедре было внедрено тестирование по каждой лекции, её ключевых составляющих, с рейтингом не менее 80%.

В докладе «Практики преподавания клинических занятий», представленном завучем кафедры госпитальной терапии и эндокринологии Любовью Плинокосовой, подчёркивалось, что морфологической основой практических занятий на кафедре госпитальной терапии и эндокринологии является дифференциальная диагностика как с основными, часто встречающимися, так и с орфанными заболеваниями. Весь лекционный материал кафедры представлен в виде видеофильмов. Студенты знакомятся с содержанием видеолекции, задают вопросы по проблемным и непонятным моментам, что позволяет не читать лекцию со слайда, а проводить лекцию-дискуссию. Особое внимание, по её мнению, уделяется освоению методов функциональной диагностики в подготовке выпускников по специальности «лечебное дело». В программу подготовки студентов на кафедре включено изучение документов и локальных актов Минздрава Алтайского края по маршрутизации пациентов с основными терапевтическими нозологиями.

В ходе доклада «Освоение теоретических и практических навыков для оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению в амбулаторно-поликлинических условиях», с которым выступила доцент кафедры поликлинической терапии Ирина Вейцман, было подчёркнуто, что основной целью изучения дисциплины является освоение теоретических и практических навыков для оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению в амбулаторно-поликлинических условиях, оно ба-

зируется на знаниях и умениях, полученных обучающимися ранее в ходе освоения ряда дисциплин.

Итогом заседания «круглого стола» стала резолюция, в которой предложено: профильным терапевтическим кафедрам разработать переходный (3-6-е курсы) чек-лист аттестации практических навыков и умений по преподаваемым нозологиям; сформировать и выделить отдельным блоком «Библиотеку молодого терапевта» с возможностью доступа студентов и ординаторов; включить в обучение разделы «Телемедицина» и «Ведение больных с пост- и лонг COVID-19» в рабочие программы терапевтических кафедр; рассмотреть возможность уменьшения количества обучающихся на старших (4-й и 6-й) курсах до 20 человек в группе.

Сибирский государственный медицинский университет. В вузе прошёл конкурс «Человек года в СибГМУ», который направлен на выявление и поощрение достижений сотрудников и обучающихся по направлениям «Наука», «Образование», «Среднее профессиональное образование», «Дополнительное профессиональное образование», «Медицина», «Студенчество», «Волонтерство и социальная активность», «Административное обеспечение».

Одним из победителей конкурса вуза «Человек года – 2021» в номинации «Студент года» стал студент 4-го курса лечебного факультета Аббосхон Гуломжонов. В 2021 г. он получил награду «За достижения в учебной деятельности» на ректорском приёме в университете.

На вопрос: «Чем планируете заниматься после окончания» Аббосхон ответил: «Со специальностью я определился ещё в колледже – хочу стать кардиохирургом. В ближайшем будущем планирую поступать в ординатуру по этому направлению. Уверен, что никогда не брошу науку, а будущую свою деятельность мне было бы интересно связать ещё с преподаванием и практической медициной».

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

Работают мастера

Хирурги Челябинской областной клинической больницы провели пациентке с новообразованием резекцию печени, которую они сами аттестуют как ювелирную: через несколько проколов.

Когда в 2009 г. жительница Самары Кристина обратилась к врачам с болю в животе, гастроэнтерологи при обследовании обнаружили в печени гемангиому размером 2 на 2 см. Рекомендовали ограничиться наблюдением.

К 2020 г. размеры образования увеличились до 5 см, а в сентябре 2021 г. опухоль уже достигла 7. Местные врачи порекомендовали ей обратиться к челябинскому специалисту заведующему отделением хирургии № 2 челябинской больницы Антону Ефремову, который среди российских лапароскопистов считается одним из лучших по проблемам печени.

После повторного КТА.Ефремов назначил Кристине операцию по удалению новообразования.

«Ювелирная» резекция

К моменту удаления оно достигло 8,5 см. Предварительный диагноз – «гемангиома», опасная тем, что он может либо переродиться, либо разорваться. Задача медиков осложнялась тем, что у пациентки обнаружилась проблема – тромбоцитопатия.

Однако благодаря профессионализму мультидисциплинарной бригады врачей и внимательному наблюдению гематологов по месту жительства, удалось выполнить операцию даже без дополнительного переливания крови.

«Любые доброкачественные образования печени требуют удаления, поскольку рано или поздно могут превратиться в опухоль», – поясняет А.Ефремов. – Если мы у молодых людей выявляем большого размера новообразования, стремимся их убрать. Особенно, когда это касается



молодых женщин, которые могут забеременеть, родить. Ведь это – дополнительная нагрузка на организм, способная привести к сдавливанию, разрыву опухоли, обширной кровопотере и даже летальному исходу.

За 2021 г. в больнице пролечено 69 иногородних пациентов с подобной патологией. Клинику находят по отзывам в интернете, по рекомендациям местных специалистов, по интернет-публикациям. Обычно с такой проблемой едут те, кому по каким-то причинам не могут помочь в их регионе. Жителям Южного Урала такая операция выполняется бесплатно, по программе высокотехнологичной медицинской помощи.

Силами двух отделений в челябинской больнице ежегодно проводится около 50 операций на печени, и примерно половина из них – лапароскопически.

**Наталья МАЛУХИНА,
вншт. корр. «МГ».**

Челябинск.

Новые подходы

Как известно, клетки трансформируются всё время, но в норме иммунные макрофаги и дендритные клетки – их «собраты» в органах и тканях – вовремя дают сигнал опасности, привлекая Т-лимфоциты, которые безжалостно разделяются с «трансформантами».

что tandem JAK-STAT включается интерфероном гамма, и возникающий в результате этого сигнал активирует выброс белкового лиганда, который связывается с протеином программированной смерти клетки (PD – Programmed cell Death). Можно напомнить, что действие существующих им-

и воздействовать на него с целью сдерживания его прогресса и даже лечения. Одним из современных подходов является использование наночастиц, на которые давно возлагаются надежды. Проблема с ними связана с их недостаточной таргетностью, в результате чего они накапливаются в печени и

Тревожный сигнал об опасности

Одним из молекулярных сигналов, включающихся в дендритных клетках, является фермент киназа, который «кинурует», или переносит энергоёмкие фосфатные группы на белки, тем самым включая их активность. Речь идёт о JAK, или «двуликой» киназе Янус, которая включает функцию STAT (Silent Transduction and Activator of Transcription), который «молча» передаёт информацию в ядро клетки. В нём активируется транскрипция, или «переписывание» генной информации, ответственной за клеточное деление митоз. Двуликость киназы проявляется в том, что она в мутантной форме может поддерживать и аутоиммунное энцефаломиелит.

В норме дендритные клетки с помощью JAK сдерживают «агрессивность» Т-хелперов – лимфоцитов-помощников иммунного ответа (являющихся мишенью атаки ВИЧ). Трансдуцирование информации приводит к выбросу дендритными клетками воспалительных цитокинов (интерлейкинов и интерферонов). Подавление активности фермента с помощью его ингибиторов филготинобида и джакиниба подавляет воспаление и способствует развитию периферической толерантности Т-лимфоцитов. Выключение гена Януса ведёт к обратному в результате чрезмерной экспансии Т-клеток и снижения активности регуляторных Т-лимфоцитов (Treg). После «адаптивного» переноса нормальных дендритных клеток происходит включение периферических Treg и нормализация процесса в результате реализации толерогенной программы (CR). Авторы полагают,

мунотерапий направлено именно против «связки» PD-L, а также тот факт, что рост и деление клеток находятся под иммунным надзором (Immune Surveillance).

Несмотря на кажущееся разнообразие диагностических методов установление истинной природы развития клеточных процессов зачастую осложнено недостаточной чувствительностью приборов и одновременно довольно высоким уровнем ложноположительных результатов. Это в свою очередь затрудняет дифференцировку малигнанных и доброкачественных форм клеточных образований. Решению проблемы применительно к формам, с которыми приходится сталкиваться маммологам, призвано обращение к искусственному интеллекту (ИИ) в виде нейросети машинного обучения Z-Net. Её разработала команда, в которую вошли сотрудники университетов в Бирмингеме, Технологического в Пекине и Медколледжа в Ганновере. Программный алгоритм анализирует томограммы околоинфракрасных спектров (NIRST), получаемых под «водительством» МРТ (MRI-guided). Благодаря созданной авторами нейросети одновременно анализируются уровни окси- и дезокси гемоглобинов, а также протекающей через грудь крови с ее водным наполнением. Для обучения ИИ учёные использовали 20 тыс. «сетов» компьютерных моделей, или симуляционных фантомов. Новый подход был опробован на двух пациентках, у одной из которых биопсия подтвердила наличие опухоли, а у другой лишь доброкачественный рост.

Но мало установить правильный диагноз процесса, желательнее ещё

почках, а также костном мозге, в котором образуется кровь (орган кроветворения). Возможное решение её предложили в университетах Тафтса и Гарварде, которые создали липидные наночастицы, несущие в своей полости информационную РНК (иРНК), а на поверхности «корону» из различных протеинов. Липидные наночастицы, или липосомы давно и успешно используются в косметологии и дерматологии, но дополнительная белковая оболочка придаёт новым частицам возможность селективной доставки непосредственно в лёгкие для лечения так называемого лимфангиолейомиоматоза (ЛАМ).

Этот разрушительный для лёгких процесс поражает лимфатические сосуды и гладкую мускулатуру, развиваясь в результате мутации гена (Tsc – Tuberous sclerosis complex), отвечающего за синтез белкового комплекса, нарушение которого ведёт к туберозному «клубеньковому» склерозу. Авторы написали в журнале PNAS, что протеины для короны наночастиц, таргетированных в отношении клеток печени и лёгких, подбирались с помощью жидкостной хроматографии и масс-спектрометрии. При этом белки «подбирались» из плазмы крови, что исключает возможность развития иммунной реакции. Благодаря переносу иРНК для синтеза комплекса Tsc у мышей была успешно купирована модель ЛАМ. Авторы обращают внимание на то, что ген Tsc является к тому же супрессором опухолевого роста, поэтому действие его нормально-го варианта снижает опухолевую нагрузку.

Выводы

От Роха до Йерсена

Святого Роха (1295-1337) католики почитают как ухаживавшего за чумными больными. Сохранилась картинка, на которой он показывает чумной «бубон» на ноге. Можно напомнить, что он родился в расположенном к западу от Марселя Монпелье с его знаменитым университетом, где учились Ф.Рабле и М.Нотр-Дам (более известный как Нострадамус). Легенда гласит, что Рох придумал специальные пенальчики, в которые закладывалась тряпица, смоченная кровью, привлекавшей вшей и блох – векторов возбудителя болезни).

Чумную историю в Европе обычно начинают с эпидемии, случившейся в 541 г. при константинопольском императоре Юстиниане. Хронист императора Прокопий Кесарийский оставил душераздирающее описание эпидемии. Его достоверность в 2019 г. была подвергнута в журнале PNAS сомнению международной командой исследователей из университетов Принстона и Мэриленда, Йеллонского в Кракове и Еврейского в Иерусалиме. Один из комментариев на статью в PNAS был озаглавлен «Юстинианова чума не была такой уж плохой, как думают многие учёные». Ему возражал другой комментарий под названием «Юстинианова чума не была похожа на грипп и могла поразить Англию до того, как достигла Константинополя» (P&P). Через века француз Александр Йерсен выделил в Гонконге чумную бациллу, геномы которой позволили детальнее исследовать пути и области распространения чумы. Она свирепствовала вдоль древнего Шелкового пути и миграций степняков, волна за волной «накатывавших» на Европу. С кораблями чума приходила в южные портовые города и небольшие области вокруг них, особо не тревожа европейский север, но не следует также забывать о не менее опустошительной холере.

Споры по поводу истории сделали неожиданный поворот в связи с публикацией учёных из Института науки в немецкой Йене и университета Сапиенца (научного) в Риме в приложении Nature. Авторы полагают, что распространение эпидемии и смертность от чумы в годы Чёрной смерти были не так распространены как можно судить по сохранившимся источникам (в том числе

и её упоминание в «Декамероне» Дж.Боккаччо). Учёные применили два вида анализа – радиоуглеродный и пыльцы различных растений, в том числе и культурных. Последние свидетельствуют о сохранении сельских работ работников. В статье приводится карта, показывающая распространение чумы главным образом на юге Европы в анклавах вокруг портовых городов (261 сайт в 19 странах). На фоне этих данных несколько по-иному видится публикация в журнале Antiquity, издающим Кембриджским университетом. Её авторы из университетов Шеффилда и Данди раскопали захоронение XIV века в аббатстве Торнтон, где только с одного конца были обнаружены скелеты 48 мужчин и женщин, а также детей.

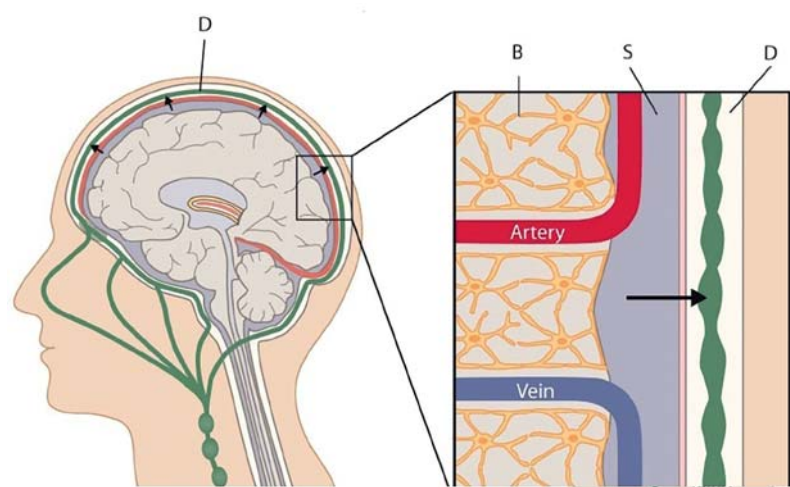
Споры спорами, а учёные вынуждены выяснять молекулярные механизмы возникновения тех же бубонов и поражения лёгких. Поражение органов и тканей определяется внутриклеточными «сенсорами» патологического вторжения в виде чужеродных нуклеиновых кислот. Они получили название инфламмасомы, так как представляют собой большие протеиновые комплексы, «собираемые» в ответ на клеточное поражение или в связи с появлением того или иного патогена. Инфламмасомы имеют головку и полый «стебель», пробивающий пору в клеточной мембране. Пагубное воздействие на клетку сопровождается также стимуляцией генов воспалительных интерлейкинов (IL-1β и IL18), которые выходят из погибшей клетки, стимулируя развитие воспаления и «предупреждая» другие клетки о его опасности. Её снижению способствуют естественные блокаторы-ингибиторы, но зачастую их просто не хватает. Для подавления инфламмасом одна из биотехнологических компаний, по сообщению Nature, предложила проведение клинических испытаний 1-й фазы двух средств, действие одного из которых блокирует инфламмасомы в мозгу, а другое – хроническое воспаление на периферии. В мозге они могут помочь при аутоиммунных воспалениях, приводящих к рассеянному склерозу и нейродегенеративным заболеваниям, а «на периферии» при лечении сахарного диабета 1-го типа и других болезнях.

Исследования

Обычно говорят об источнике вечной юности – Fountain of Eternal Juvenal, который безуспешно искали на протяжении веков. Лишь богам, пившим «бессмертные» амброзию и нектар, было дано наслаждаться дарами вечной молодости, а Афродита, каждый раз выходя из пены волн, к тому же обретала и девственность (благодаря волшебной гименопластике).

Прожившая долгую жизнь Леона Каррингтон (1917-2011) родилась в Ланкашире, воевавшая в ходе войны двух Роз с Йорком, но прославилась как художница-сюрреалист, картина которой «Жонглёр» была продана в 2005 г. на аукционе Кристи за 700 тыс. долл., что стало рекордом для живого сюрреалиста. В своей книге «Слушая трубу» художница писала о старении женского тела и набирающего силу тренда, направленного на шейминг женского. Старению и сопровождающему его изменениям в «дренирующей» системе мозга посвящена работа учёных университетов Флориды в городе Гейнсвилл и Медицинского Южной Каролины. Они разработали неинвазивный метод МРТ для исследования лимфатической системы мозга без применения

Источник старения



Зелёные лимфатические сосуды «вливаются» в околошейные лимфоузлы; красная артерия и синяя вена, зелёный лимфатический сосуд проходит в дуральной оболочке

контраста на основе гадолиния, дорогого редкоземельного элемента, который к тому же токсичен.

Мозг – как и другие органы и ткани – исследуется под микро-

скопом более полутора веков, но врачи и биологи при этом ничего не могут сказать о его развитии с самых ранних этапов развития эмбриональных клеток. Учёным трудно

что-либо сказать об активности разных, сменяющих друг друга генов, синтезируемых в отдельных клетках функциональных протеинах и т.д. Открытие генного квартета дало возможность получать плюрипотентные клетки с их способностью давать клетки различных органов и тканей, а через некоторое время с их помощью стало возможно определять транскриптом и протеом отдельных клеток, в которых анализируется РНК и синтезируемые с их помощью белки, что позволило говорить о протекании внутриклеточных процессов с самого их начала. Этому способствует и развитие новых методов получения «картинок» мозга, благодаря чему делаются неожиданные открытия.

Мозг находится под защитой костного черепа, под костным сводом которого имеется плотная, или твёрдая мозговая оболочка – dura mater, затем следуют менингеальная-сосудистая и паутинная, или арахноидальная. Долгое время,

указывают авторы исследования, считалось, что мозг омывает лишь спинномозговая жидкость (CSF), но они открыли «дуральную лимфатику», то есть ток лимфы, название которой означает просто воду и её чистый источник. Суть нового метода заключается в регистрации белка альбумина, концентрация которого в 50 раз выше, чем в CSF. К сожалению количество протеина убывает с возрастом человека. Авторы считают, что с возрастом нарастает «загрязнение» мозга, что связано с нарушением работы лимфатического клиренса. То же можно видеть при нейродегенеративных заболеваниях и связанной с ними деменции. Метод окажется полезным и в клинике травматических поражений мозговой ткани, а также мониторинге эффективности применяемых терапий, что очень важно для практикующих врачей.

Подготовил Игорь ЛАЛАЯНИЦ, кандидат биологических наук.

По материалам Cell Reports, Optica, PNAS, Nature Communications, Scientific Reports, Antiquity, Nature Ecology & Evolution, Past & Present.

В целях защиты здоровья женщин и девочек и предупреждения небезопасных аборт, ежегодная численность которых в настоящее время оценивается на уровне 25 млн, Всемирная организация здравоохранения выпускает новое руководство по оказанию помощи, связанной с прерыванием беременности.

«Обеспечение возможности безопасно прервать беременность – одна из важнейших функций здравоохранения, – отметил исполнительный обязанности директора Департамента по вопросам охраны сексуального и репродуктивного здоровья и научным исследованиям Крейг Лисснер. – Почти каждый случай смерти и ущерба для здоровья в результате небезопасного аборта можно эффективно предотвратить. Поэтому мы рекомендуем принять меры к тому, чтобы все женщины и девочки могли своевременно пользоваться услугами по прерыванию беременности и планированию семьи».

Данное сводное руководство подготовлено на основе самых актуальных научных данных и включает 50 рекомендаций, касающихся клинической практики, организации оказания помощи, а также правовых и политических мер, направленных на поддержку качественного оказания услуг по прерыванию беременности.

Аборт является простой и крайне безопасной процедурой, если выполняется рекомендованным ВОЗ методом, который соответствует сроку беременности, и при поддержке со стороны лица, обладающего необходимой информацией или навыками.

К большому сожалению, в таких условиях проводится лишь примерно половина всех аборт, а небезопасные аборты ежегодно приводят к 39 тыс. случаям смерти и госпитализации миллионов женщин с осложнениями. Большинство указанных случаев смерти, из которых более 60% приходится на страны Африки и 30% на страны Азии, происходит в странах с уровнем дохода ниже среднего и среди наименее защищённых групп населения.

В руководстве включены рекомендации в отношении целого

Ориентир

Рекомендации по безопасному прерыванию беременности

ВОЗ выпускает новое руководство по аборт, призванное помочь странам в оказании этой жизненно необходимой услуги

ряда простых мер, которые можно принять на уровне первичной медико-санитарной помощи для повышения качества услуг по прерыванию беременности у женщин и девочек. К ним относятся делегирование задач более широкому кругу работников здравоохранения; обеспечение доступности препаратов для выполнения медикаментозного аборта, позволяющих безопасно прерывать беременность большому числу женщин, а также распространение достоверной информации об оказании таких услуг всем нуждающимся.

В руководство впервые включены рекомендации об использовании в соответствующих случаях средств телемедицины, которые помогли обеспечить доступность услуг по прерыванию беременности и планированию семьи во время пандемии COVID-19.

Наряду с рекомендациями по клиническим и организационным аспектам оказания помощи в руководстве приводятся рекомендации по устранению политических норм, ограничивающих возможность безопасного проведения аборт, таких как криминализация аборт, обязательные сроки ожидания, требование о получении разрешения на аборт от других лиц (например, партнёров или членов семьи) либо от учреждений или ограничения на срок беременности, в течение которого может быть сделан аборт. Такие барьеры могут приводить к опасным задержкам в получении лечения и повышают риск небезопасных аборт, стигматизации



и возникновения медицинских осложнений у женщин и девочек, одновременно создавая помехи для получения ими образования и снижая их трудоспособность.

Хотя в большинстве стран аборт разрешены при соблюдении чётко оговариваемых условий, примерно в 20 странах для прерывания беременности не предусмотрено никаких законных оснований. Более чем в 3/4 странах закон устанавливает наказания в связи с аборт, в том числе в некоторых случаях длительные сроки лишения свободы или существенные штрафы в отношении делающих аборт или помогающих выполнить эту процедуру.

«Аборты должны быть безопасными прежде всего с медицинской точки зрения, – заявила руководитель отдела ВОЗ по предупреждению небезопасных аборт Бела Ганатра. – Но этим всё не ограничивается. Как и в

случае других видов медицинской помощи, услуги по прерыванию беременности должны оказываться с уважением к решениям и потребностям женщин и девочек, обеспечивать достойное обращение с ними без какой-либо стигматизации или осуждения. Никто из обращающихся за аборт или оказывающих услуги по прерыванию беременности не должен подвергаться преследованиям или терпеть ущерб в виде приводов в полицию или заключения под стражу».

Имеющиеся данные свидетельствуют о том, что ограничение доступности аборт не снижает их количества. Наоборот, ограничения скорее вынуждают женщин и девочек прибегать к небезопасным процедурам. В странах, в которых действуют самые жёсткие ограничения на аборты, лишь каждый четвёртый аборт выполняется безопасно по

сравнению с почти девятью из 10 аборт в странах, где данная процедура является в целом легальной.

«Факты налицо: для предупреждения нежелательных беременностей и небезопасных аборт необходимо охватить женщин и девочек комплексным сексуальным просвещением, достоверной информацией и услугами в области планирования семьи и качественными услугами по прерыванию беременности», – добавляет Б.Ганатра.

После выпуска руководства ВОЗ намерена содействовать заинтересованным странам в выполнении новых рекомендаций и укреплении национальной политики и программ по оказанию услуг в области контрацепции, планирования семьи и прерывания беременности, помогая им добиться высочайшего качества помощи, оказываемой женщинам и девочкам.

Критерием качества услуг по прерыванию беременности является их эффективность, то есть оказание услуг медицинскими работниками, обладающими надлежащей квалификацией, ресурсами и информацией; безопасность; доступность для всех нуждающихся; своевременное оказание и уважительное отношение к потребностям и правам женщин и девочек.

Руководство ВОЗ по оказанию помощи в связи с прерыванием беременности заменяет собой предыдущее издание, выпущенное в 2012 г., и содержит свод существующих и новых рекомендаций.

Жизнь как она есть

Уйти в мир иной с помощью эвтаназии

Сын легендарного французского актёра Алена Делона признался в интервью, которое он дал по случаю выхода в свет своей книги воспоминаний о детстве и жизни «Между собакой и волком», что дал отцу обещание быть с ним в последние минуты жизни, когда тот решит, что настало время эвтаназии.

«Да, это правда. Он сам попросил меня об этом», – сказал старший сын Делона Энтони. Для него это будет уже не первый подобный опыт. В январе 2021 г. он проводил в последний путь свою мать Натали, у которой был рак поджелудочной железы.

«Это правда, что я до последней минуты оставался с матерью, и это правда, что она приняла решение сама уйти в мир иной посредством эвтаназии, – отметил Энтони. – К счастью, нам не пришлось прибегать к этому последнему средству. Я говорю к счастью, потому что всё для этого было готово, но нам было бы очень больно держать её за руку и смотреть, как жизнь уходит из неё. Да, её последняя ночь была не из лёгких, но в самом конце она упокоилась с миром. Она отпустила нас в 6 утра, а в 11 её не стало. Отец был очень тронут этим».

Сам Ален Делон уже несколько раз давал понять, что в случае необходимости не боится прибегнуть к такому радикальному средству ухода из жизни, как эвтаназия.

«Я только за, – вновь заявил он в прошлом году в большом интервью на одном из телеканалов. – Во-первых, потому, что я живу в Швейцарии, где эвтаназия возможна. И ещё потому, что считаю это самым логичным и естественным выходом. Начиная с определённого возраста, с определённого момента, мы все имеем право на такой тихий уход без всяких там больниц, уколов и прочего».

Делон также признался, что все уже распланировал и согласовал со своими швейцарскими адвокатами. «Не хочу, чтобы после меня осталась неразбериха», – заявил он.

Энтони Делон, в свою очередь, рассказал, что в прошлом он не раз конфликтовал с отцом, но это время осталось далеко позади. «Он, как и я, дистанцировался от всего этого, от нашего прошлого, наших конфликтов, мы все успокоились», – подчеркнул Энтони. 86-летний Ален Делон в 2019 г. перенёс двойной инсульт, но постепенно оправился и даже самостоятельно ходит, правда, с тростью.

«Стареть противно, – сказал он в 2019 г., как раз перед тем, как попал в больницу. – С этим ничего нельзя поделать, потому что это – возраст. Ну в самом деле – зрение уходит, и всё болит, или запутываешься в собственных ногах. А это, скажу я вам, совсем не смешно!».

Бывает и такое

Многие сегодня делают татуировки, особенно молодёжь, под руководством высококвалифицированных художников создают драконов или цветки лотоса. Однако, строго говоря, иглы не проталкивают чернила в плоть, а скорее, каждый открывает пустоту, которая всасывает чернила, когда иглы отрываются от кожи.

Иглы для татуировки сильно отличаются от иглы для подкожных инъекций.

В отличие от иглы для подкожных инъекций, татуировочная игла не впрыскивает жидкость, когда она погружается в кожу. Скорее, по мере опускания сплошного открытого чернилами стилуса открывается небольшое отверстие глубиной до 2 мм.

Татуировочная игла может многое

Говорить о том, что это наблюдение новое – нет, но его можно использовать для доставки определённых вакцин новым способом, сообщил инженер-химик из Техасского технологического университета Идера Лаваль на мартовском собрании Американского физического общества.

Полые иглы для подкожных инъекций, обычно используемые для доставки вакцин, зависят от положительного давления. Игла погружается под кожу или в мышцу; затем человек, вводящий вакцину, нажимает на поршень иглы, пропуская жидкость через неподвижный кончик иглы.

Однако такой подход может работать не для каждого типа вакцины, говорит Лаваль. Например, разрабатываемые вакцины, состоящие из ДНК, обычно слишком толстые, чтобы пройти через стандартную иглу для подкожных инъекций. По его словам, вместо этого можно доставлять такие вакцины с помощью татуировки. Это потому, что физика

Только когда игла выходит из кожи, вакуум в отверстии втягивает чернила в кожу, как продемонстрировал Лаваль, где прозрачный гель служил заменителем плоти. Он говорит, что не смог найти упоминания об этом эффекте в научной литературе, хотя татуировщикам он явно знаком.

Как говорит Томас Сайкс, физик из Оксфордского университета, данные Лавала показывают, что половина чернил доставляется за 10 из 50 уколов, предполагая, что оптимальное их количество может быть меньше для доставки такой нагрузки, как вакцина. Но сочтут ли правильным специалисты то, что вы сделали прививку через татуировку, ещё неизвестно.

Подготовила Инга КАТАРИНА.
По материалам Science, BBC.

Имена и судьбы

Царапины на часах

190 лет назад родился английский художник Чарльз Олтемонт Дойл

Чарльз Олтемонт Дойл родился в семье ирландского художника Дж.Дойла, которого современники называли «королём политической карикатуры». Трое братьев Чарльза тоже были художниками. С 1849 г. он жил в Эдинбурге, где получил место заместителя главы Её Величества в Управлении общественных работ с окладом в 220 фунтов в год – совсем неплохо. Впереди была целая жизнь, времени было полно. Постепенно жалование выросло до 250 фунтов, но у Дойла уже была большая семья – жена и 9 (возможно, 10) детей, из которых выжило 7. Среди многочисленных детей четы Дойлов – знаменитый писатель Артур Конан Дойл.

Чарльз писал преимущественно акварели. Среди основных тем – готические пейзажи, сказочные животные и феи (фей любил рисовать и его брат Ричард). Был известен как книжный иллюстратор (рисунки к произведениям Л.Кэрролла и Д.Дефо) и архитектор (эскизы для витражей кафедрального собора Глазго, фонтан в Холирудском дворце, шотландской резиденции британских монархов). Сам замок вызывал у Дойла ассоциации с тюрьмой и домом умалишённых.

Он никуда не торопился. Одним из главных занятий его жизни стала рыбалка – неторопливое занятие, за которым время уходило совсем незаметно, утратив критерии чёткости, измеряясь высотой солнца над горизонтом. В провинции время течёт иначе. А древний Эдинбург был провинцией: здесь жило менее 200 тыс. человек (в Лондоне этого времени жило около 4 млн человек), причём значительную часть населения города представляли ирландские эмигранты, бежавшие от «Великого ирландского картофельного голода», – люмпены, которым не было дела до его картинок: они элементарно пытались выжить. Он почти оставил свои попытки обрести известность, забывал или стеснялся спрашивать о судьбе своих работ, отправленных друзьям в Лондон.

Дойл не стал успешным художником. Ни денег, ни известности не снискал. Огорчения и разочарования он с некоторых пор заливал алкоголем, который постепенно превратился в простой и доступный ему способ лечения депрессии, обретшей перманентный характер. Время шло, ничего не менялось, депрессия Дойла становилась всё более глубокой. Алкоголь помогал всё хуже. Художник стал горьким пьяницей. Денег в семье было всё меньше, и Дойлы постоянно переезжали, с каждым разом занимая всё более дешёвые квартиры. Иногда художник вспоминал дом отца – с дубовыми панелями, высокими потолками, залами для фехтования и танцев... Теперь Чарльз не гнушался воровать на выпивку даже монетки из детских копилки. В 1876 г. он был вынужден оставить службу, на которой проводил всё меньше времени под тем или иным предлогом, а чаще всего просто из-за немогая от похмелья, и начальство, наконец, потеряло терпение.

Это ведь его карманные часы описал Конан Дойл в повести «Знак четырёх» (1890), назвав их часами брата доктора Ватсона:

«Если вы внимательно рассмотрите тыльную сторону часов, то заметите, что футляр не только в двух местах помнят, но и сильно поцарапан чем-то твёрдым, например, ключом или монетами, которые ваш брат носил в одном кармане с часами... человек, обрабатывающий с часами, стоящими пятьдесят гиней, таким беспардонным образом, аккуратностью не отличается. Нетрудно также сообщить, что если человек получил по наследству такие дорогие часы, то, значит, и само наследство было не маленькое... В английском ломбарде, когда берут в залог часы, номер квитанции обычно наносят иголкой на внутреннюю сторону крышки. Это гораздо удобнее всяких ярлыков. Нет опасности, что ярлык потеряется или что его подменят. На этих часах я разглядел при помощи лупы

не менее четырёх таких номеров. Вывод – ваш брат часто оказывался на мели. Второй вывод – время от времени ему удавалось поправить свои дела, иначе он не смог бы выкупить заложенные часы. Наконец, взгляните на нижнюю крышку, в которой отверстие для ключа. Смотрите, сколько царапин, это следы ключа, которым не сразу попадают в отверстие. У человека непьющего таких царапин на часах не бывает. У пьяниц они есть всегда. Ваш брат заводил часы поздно вечером, и вон сколько отметин оставила его нетвёрдая рука».

Здесь всё совпадает, кроме «немаленького наследства», но если говорить об изначальной обеспеченности Ч.Дойла, обусловленной его должностью, то и эта деталь займёт своё место в общем ряду.

Работы Дойла с годами становились всё мрачнее. У него появились галлюцинации: он «получал сообщения из невидимого мира». На одной из последних акварелей («Раздумья. Автопортрет» (1885–1893) художник изобразил себя в окружении своих обычных героев, но выглядит это как визуализация алкогольного делирия автора – с истинными зрительными галлюцинациями устрашающего содержания: намерения окружающих Дойла персонажей явно недружелюбны; к тому же эти образы, в основном, возникают в менее освещённых уголках комнаты, как обычно и бывает при делирии.

В 1881 г. Дойл был помещён в дом престарелых Форден-Хаус, хотя ему было всего 49 лет. Недоумение по поводу его не столь преклонного возраста тут же разрешается уточнением: Форден-Хаус специализировался на призрании больных алкоголизмом. Несмотря на уход и лечение, депрессия усилилась, начались эпилептические припадки (скорее всего, смешанного сосудисто-токсического генеза), появились провалы в памяти – его персональное время утратило непрерывность и последовательность. Он постоянно убежал из приюта, дабы разжиться спиртным. После очередной попытки побега Дойл был отправлен в Королевский психиатрический центр (Монтроз, Шотландия). Сертификат о его переводе был подписан сыном Артуром. На вопрос: «Представляет ли Чарльз Дойл опасность для окружающих?», – он ответил: «Конечно, нет». Заведение было привилегированным: хорошие уход и питание, регулярные пикники для пациентов (которые Дойл-старший не раз рисовал), даже визиты театральных трупп. В Англии к этому времени уже прошла психиатрическая реформа Дж.Конолли, гуманный режим «нестеснения» был здесь принят практически повсеместно. Писатель оплачивал пребывание отца в клинике и регулярно навещал его. Художник сохранял творческую активность, несмотря на постепенное угасание таланта. Он регулярно писал «Дневник Дойла»: эскизы, акварели, комментарии, странные размышления и ещё более странные шутки. Стал крайне религиозен, постоянно говорил о смерти и жизни после смерти, не расставался со Священным Писанием, часами молился, стоя на коленях. Писал родным письма с рисунками, в которых вопрошал: «Скажите, разве это рисунки безумца?»

В рассказе «Хирург с Гастеровских болот», написанном за год до госпитализации Дойла-старшего, Дойл-младший поведал историю обстоятельств помещения отца в психиатрическую лечебницу, описав и его клиническую симптоматику, которая едва ли исчерпывается



Чарльз Олтемонт Дойль и шестилетний Артур Конан Дойль, одна из двух существующих фотографий отца писателя

алкоголизмом и даже хроническим алкогольным галлюцинозом:

«Десять лет тому назад у него начали проявляться признаки душевного расстройства, которое мы приписывали переутомлению и солнечному удару... мы консультировались с выдающимся психиатром мистером Фрейзером Брауном, который дал заключение о заболевании моего отца. Его болезнь по своей природе спорадична, но опасна во время пароксизмов. «Она может привести к одержимости манией убийства или к религиозной мании, сказал он, – а может быть, одновременно к тому и другому. Месяцами он может быть совершенно здоровым, как мы все, и внезапно его болезнь может проявиться. Вы возьмёте на себя большую ответственность, – добавил психиатр, – если оставите его без присмотра».

Последующие события показали справедливость этого диагноза. Болезнь отца быстро приняла характер соединения мании убийства и религиозной мании. Приступы наступали неожиданно вслед за месяцами здоровья. Было бы излишним утомлять вас описанием ужасных переживаний, которые пришлось испытать нашей семье... мы благодарим Бога, что смогли удержать его руки от убийства... Он невероятно боялся домов для умалишённых и в периоды нормального состояния так жалобно умолял не помещать его туда, что у меня не хватало духа не послушать его. Наконец, его приступы стали столь острыми и опасными, что я решил ради безопасности окружающих увести его из города в уединённое место.

...Он, бедняга, в здравом уме был послушен как дитя... Мы вместе с ним соорудили деревянную перегородку, куда он мог удалиться, когда на него находил приступ, и я устроил окно и дверь таким образом, чтобы держать его в доме при приближении безумия... я не

упустил ни одной предосторожности, даже необходимые кухонные принадлежности были сделаны из свинца и затуплены на концах, чтобы помешать ему причинить вред в периоды безумия.

Спустя несколько месяцев после нашего переселения ему, казалось, стало лучше... Ваше прибытие впервые нарушило его душевное равновесие. Один только взгляд на вас даже издали пробудил в нём все болезненные порывы, которые пребывали в скрытом состоянии. В тот же вечер он крадучись подошёл ко мне с камнем в руке и убил бы меня, если бы я не опрокинул его на землю и не запер в клетку, чтобы он смог прийти в себя... Два дня я делал всё возможное, чтобы успокоить его. На третий день он, казалось, стал спокойнее, но, увы, это была только хитрость безумца. Ему удалось вынуть два прутка клетки, и, когда я позабыл об осторожности, был погружён в химические исследования, он неожиданно набросился на меня с ножом в руке. В борьбе он порезал мне предплечье и скрылся из хижины прежде, чем я опомнился и смог определить, в каком направлении он бежал. Моя рана была пустяковая, и несколько дней я блуждал по болотам, продираясь сквозь кустарники, в бесплодных поисках. Я был уверен, что он сделает покушение на вашу жизнь, и это убеждение усилилось, когда вы сказали, что кто-то в ваше отсутствие заходил к вам в хижину... Мёртвая, страшно изрезанная овца, которую я нашёл на болотах, доказала мне, что у отца есть запас продовольствия и что его мания убийства ещё не прошла. Наконец, как я ожидал, он совершил на вас покушение, которое, если бы я не вмешался, закончилось смертью одного из вас. Он пытался скрыться, боролся как дикий зверь... Мне удалось сбить его с ног и отвести в хижину. Последние события убедили меня,

что все надежды на его полное выздоровление тщетны, и я на следующее утро доставил его в эту больницу. Сейчас он начинает приходить в себя».

Это описание очень близко к диагностическим критериям хронического алкогольного галлюциноза, который манифестирует преимущественно в пожилом возрасте, чаще у пациентов, ранее перенёвших делирии и (или) острые галлюцинозы (что не противоречит анамнезу художника). В симптоматику может влетать бред в виде ярких идей преследования, имеющих отрывочный неустойчивый характер. Фабулярно бред связан с содержанием слуховых галлюцинаций и редуцируется при их ослаблении. Эта психопатологическая структура – без заметных нарушений поведения – может сохраняться довольно долго даже после прекращения алкоголизации. Употребление алкоголя, разумеется, обостряет картину психоза, усиливает галлюцинации, вызывает аффективное напряжение, влияет на поведение больных. Иногда к галлюцинациям присоединяются отдельные феномены синдрома Кандинского – Клерамбо, идеи величия. Многие исследователи соотносят хронический алкогольный галлюциноз с шизофренией, сочетающийся с алкоголизмом, чем они и объясняют полиморфизм симптоматики и её продолжительность.

Рассказ Конан Дойла позволяет понять, что употребление алкоголя в этом случае практически исключается; патологическая симптоматика носит полиморфный характер, сочетается с агрессией и возникает периодически – уже без связи со спиртными напитками. Переживания персонажа едва ли можно считать «отрывочными» и «неустойчивыми»: они держались достаточно долго, носили вполне связный характер и вызвали последовательные для фабулы этого бреда действия пациента. Давность проблемы (10 лет), как кажется, тоже является существенным аргументом против диагностики хронического алкогольного галлюциноза, который, конечно, может длиться долго, но его динамике при этом существенно постепенное убывание остроты переживаний.

В 1888 г. Дойл-младший опубликовал «Этюд в багровых тонах» с отцовскими иллюстрациями. Они не понравились ни издателям, ни писателю. Больше рисунки отца для своих книг он не использовал.

3 октября 1893 г. художник подарил своему врачу пустой лист бумаги, в котором, по его словам, «содержалась золотая пыль, собранная из луча света» (этот символизм, граничащий с нелепыми идеями парафренного толка, тоже не укладывается в довольно незамысловатую картину хронического алкогольного галлюциноза). Через неделю Дойл умер во время эпилептиформного припадка в Крайтоновском Королевском институте в Дамфрисе. Его время закончилось. Может быть, оно и не начиналось... Остались только часы с царапинами, по которым можно прочитать биографию их владельца.

В 1924 г. А.Конан Дойл организовал выставку работ отца в Лондоне. Посетивший выставку Б.Шоу заявил, что творчество Чарльза Дойла «заслуживает отдельного зала в национальном музее». И всё же, кажется, что эта фраза – лишь фигура вежливости и уважения к сыну художника.

Игорь ЯКУШЕВ,
доцент Северного государственного
медицинского университета.
Архангельск.

Светало, город ещё спал, только соловей где-то далеко начинал свои трели и переливы, да петухи стали перекрикивать друг друга. Было начало лета. Вокруг витали запахи свежести и цветов. Вере Ивановне не спалось. Она лежала, закинув руки за голову, и думала:

– Дети как выросли, вон Максим заканчивает десятый класс, а дочка Наташа – седьмой, совсем взрослые стали мои ребятишки.

Она лежала и мечтала, как её дети выучатся, получат профессию, женятся, появятся у них дети – её внуки, и она будет их нянчить и баловать.

– Ну, развезло тебя Вера, далеко пошла, остановись и спустись на землю, – вдруг упрекнула она себя.

– А вдруг война, что тогда будет со всеми нами, – тревожно вздрогнула Вера. Она отогнала эту мысль и больше не хотела думать о войне.

Вера осталась одна будучи ещё молодой женщиной. Муж ушёл к другой, нашёл помоложе и уехал очень далеко, сказав, что у него любовь. Потом она устроилась работать в госпиталь и ей присвоили звание лейтенанта медицинской службы. Теперь она уже капитан.

Уже рассвело, и только сейчас она вспомнила, что сегодня выходной, а вчера был выпускной вечер у Максима. Она ходила на вручение аттестата об окончании им средней школы, а потом пораньше ушла, когда у молодёжи начались танцы. Она не слышала, как пришёл Максим уже утром, а проснулась от звуков радио и вдруг услышала голос Левитана:

– «Внимание! Говорит Москва! Граждане и граждане Советского Союза! Сегодня 22 июня в 4 часа утра, без объявления войны, германские войска напали на нашу страну, атаковали наши границы во многих местах и подвергли бомбардировке наши города: Житомир, Киев, Севастополь, Каунас и другие».

Внутри у Веры всё похолодело. – Это война, – с ужасом подумала она. Сразу же раздался звонок телефона, она быстро взяла трубку. Объявили общий сбор.

– Вставай Максим, просыпайся, – тормошила она его. Дочь тоже проснулась. Максим открыл глаза и беспокойно спросил:

– Что случилось, мама?
– Война, сынок! Меня срочно вызывают в госпиталь, – быстро говорила она.

В госпитале собрался весь личный состав и начальник госпиталя, седовласый, пожилой полковник Степанов Владимир Петрович объявил, что началась война, и что их госпиталь переходит на военный и особый режим несения службы.

– Скоро ожидается большой приток раненых, товарищи! – совсем не по-военному начал он. – Мне позвонили, очень много погибших и раненых, и мы должны быть готовыми ко всему, – с волнением говорил он.

– А теперь, согласно моему приказу, капитан Петрова Вера Ивановна назначается на должность начальника санитарного поезда, который будет вывозить раненых с фронта в глубокий тыл, для оказания квалифицированной медицинской помощи и реабилитации военнослужащих, – закончил он. Санитарный поезд, которым

Сокровенное

Поезд жизни



руководила капитан медицинской службы Петрова, был организован в спешке, и Вере с подчинёнными пришлось всё переоборудовать, как должно быть.

На всех станциях их поезд, с красными крестами на вагонах, пропускали вне очереди. Поезд двигался на запад в самое пекло войны. Война уже была совсем близко. Со всех сторон стали слышны взрывы, и Вера увидела в окно два пикирующих самолёта с крестами, кто-то крикнул:

– Немцы бомбят, воздух...

Поезд резко остановился. Все высыпали из вагонов и кинулись в лес. Взрывы ложились рядом с насыпью, и осколки летели далеко в разные стороны, все закладывало, и слышался страшный треск и скрежет. Только Вера да завхоз остались в поезде. Было невероятно страшно, все чувствовали какую-то нереальность происходящего. Этот кошмар длился минут десять-пятнадцать, потом всё стихло.

– Кто дал команду остановиться? – строго спросила машиниста Вера.

– Никто не давал, – тихо отвечал он, опустив голову. – Тогда почему стоим? И без моей команды не останавливаться, – вы поняли? – отчитывала его Вера. – Едем быстро вперёд, пока немцы не возобновили бомбёжку.

Вскоре по пути следования им стали попадаться отступающие войска и техника.

На очередной станции, навстречу поезду бежал возбуждённый майор, махал чем-то и орал не своим голосом:

– Стой, стой тебе говорю, кто начальник поезда? – орал майор.

– Я начальник поезда, – спокойно ответила Вера, выйдя из вагона. – Что случилось?

– Немцы прорвались, быстрее уезжайте, сейчас они будут здесь, – кричал он.

Вера окинула вокруг быстрым взглядом и увидела вереницу машин с ранеными, которые ожидали её поезд, – и решительно крикнула:

– Быстро грузите всех раненых по вагонам, а вы майор направьте солдат, чтобы задержать немцев.

Человек тридцать бойцов коммунистов, подошли к майору с забинтованными руками, ногами, повязками на голове и с оружием. На окраине станции они развернулись и залегли в цепь. Во всех движения бойцов была какая-то расчётливость и неторопливость.

Вдалеке показались немецкие мотоциклисты и пехота. Они ехали уверенно и нагло, ничего не опасаясь. Подпустив немцев поближе, раздалась команда майора: «Огонь!». Немцы стали падать как подкошенные. Мотоциклы разъехались по сторонам, оставшиеся в живых спешно отступали. Потом появились танки. Под огнём немецкая пехота залегла и двое наших солдат кинулись навстречу танкам. Два сильных взрыва и танки загорелись. Никто из наших бойцов не выжил, все погибли, вместе с майором. Но раненые были уже спешно погружены по вагонам, и поезд быстро начал набирать ход. Когда поезд покинул станцию и скрылся за поворотом, немецкие танки появились на путях.

Капитан медицинской службы Петрова шла по вагонам, и отдавала команды старшей медсестре и сопровождающим.

Кругом слышались стоны, крики обезумевших людей, кто-то бредил, кто-то метался от температуры. Раны были все серьёзные, много было обожжённых. В пути операционная и все перевязочные работали без отдыха и перерывов делали своё дело, спасали бойцов...

Разгрузка раненых прошла быстро и без происшествий. Состав загнали на запасной путь для мойки, обработки, и оборудования всем необходимым.

Впереди была только неизвестность. Шли тяжёлые бои под Москвой...

На следующий день санитарный поезд снова уезжал в сторону фронта, и Вера снова расставалась с детьми. Они стояли

на перроне такие осиротевшие, обнявшись, её уже взрослый сын и совсем ещё девочка – дочь, и махали матери руками.

– Что с ними будет? – снова думала Вера. – Максиму скоро 18 лет и его, конечно, заберут на фронт. Да он и сам уйдёт добровольцем. Хотя он и подготовлен физически, но война никого не щадит, – с горечью и слезами на глазах размышляла она. – Наташа может остаться одна с сестрой, участились бомбёжки и всё может случиться.

Вера вдруг вздрогнула только от мысли, что с детьми что-то может случиться.

– Вам холодно? – заботливо спросила Светлана. – Детей уже не видно, идите, отдохните в купе. Я всё проверю, пройду по вагонам, – продолжала старшая медсестра. – Да и Степан Васильевич мне поможет.

Вера понимала, что сейчас некоторое время ещё будет спокойно, но потом, ближе к фронту может произойти всё, что угодно.

На станции, куда свезли всех раненых, было беспокойно. Была слышна канонада и много отступающих.

– Да что же это такое, когда же мы, наконец, остановимся и погоним немцев назад, – с горечью и обидой думала Вера.

Все солдаты были уставшие, бои шли тяжёлые и ожесточённые. Раненых было очень много. Шла быстрая погрузка их по вагонам, когда послышался рёв самолётов, и кто-то крикнул: «Воздух!». Кто мог, стали прятаться под машины. Первые бомбы упали за эшелонами, а на втором заходе угодили прямо в вереницу машин с ранеными. Вера видела, как несколько машин просто разорвало вместе с ранеными и всё это подняло в воздух. Спасли наши истребители, появившиеся внезапно, и немецкие самолёты быстро улетели, беспорядочно сбрасывая бомбы на пустыре.

Погрузка продолжалась, раненых было много, мест в вагонах не хватало. Вначале погрузили тяжелораненых, потом – всех остальных, и поезд быстро стал набирать скорость.

Вера снова и снова проходила по вагонам и давала команды. Шла тяжёлая и кропотливая работа. Делались операции, перевязки. Поезд уезжал всё дальше и дальше на восток, и медицинские работники во главе с начальником поезда Петровой делали своё благородное дело...

Этот знаменитый санитарный поезд под руководством Веры Ивановны, ещё много раз курсировал между фронтом и тылом. Тысячи раненых было спасено, которые после лечения снова становились в строй и сражались с фашистами. И в этом была неоценимая заслуга смелых, скромных, бесстрашных и самоотверженных советских людей, военных медиков, которые погибали, но спасали раненых.

Виктор ЗУБЕНКО,
эпидемиолог.

Афоризмы

Виктор КОНЯХИН

Река с одним берегом

✓ Прожил жизнь без чужих ошибок. «Чучхе», однако!
✓ Закон периферии – статья «региональным центром».

✓ Зима всех волков в стаю гонит.

✓ Болезнь – ревнива. Она требует, чтобы про неё всё время помнили.

✓ Политика. Вход по пропускам. Выход – по амнистии.

✓ Чтобы идти другим путём, надо зайти в тупик и хорошо подумать.

✓ Криминал. Абсурд у абсурда смысл украл.

✓ Ртутный столбик объявил себя «экологически чистым». И давит на всех подряд.

✓ Если нос мешает целоваться, переходи на воздушные поцелуи.

✓ «Импрессионизм» надо пресовать и демонстрировать кубиками.

✓ Каждому «всевидающему оку» грозит сточка зрения

✓ Имел Бога в душе, жил у Бога за пазухой.

✓ Книга быстрого усыпления читателя.

✓ Рубикон – река с одним берегом.

✓ У осла уши длиннее, чем крылья у Пегаса.

✓ В рай и пекло пускают при наличии двух документов: свидетельства о рождении и свидетельства о смерти. Свидетельство оно везде свидетельство.

✓ Виноваты не те, кто премии получает. И не кто их вручает. Претензии предъявлять спонсорам.

✓ Кто рождён у кормушки, тот не нажрётся никогда.

✓ Кто сказал, что Индия – страна? Индия это – мечта!

✓ Все затраты на обжорство ложатся на собственный бюджет.

✓ Пустой череп это не посуда. Это просто – дырка.

✓ Погасят «Всемирный пожар» и нигде не прикурят.

✓ Искусство гоп-стоп-арт.

✓ Собачья журналистика – подкрасться и укусить.

✓ В толпе кричать, себя – глушить.

✓ Родился в купеческой семье и был сразу выброшен на продажу.

✓ Прощтрафившееся правило было наказано исключением.

✓ Рабочая роба сама не работает. Её надо заполнить рабочим энтузиазмом.

✓ Пропил гонорар и от авторского таланта ничего не осталось.

✓ Юмор меры не знает. А у сатиры всегда лимит.

✓ Банковская гарантия распространяется на каждую копейку.

✓ Мечта комара – провести отпуск на пляже нудистов.

✓ Двумличие не предел. На Руси водятся и трёхглавые змеи.

✓ «Пожизненный срок» – смягчили. Теперь его выпустят из тюрьмы за год до смерти.

✓ Эволюция футбола: игра без мяча, игра без судьи, игра без футбола, игра без зрителей...

✓ Герострат – первый Госстандарт! Первый Госнадзор!

✓ Безугольник по любой дороге катится.

✓ Чёрная душа металась по космосу, подсыкая себе «Чёрную дыру» по размеру.

✓ Человечество – зеленеет. А природа давно пожелала.

Полное или частичное воспроизведение или размножение каким-либо способом материалов, опубликованных в настоящем издании, допускается только с письменного разрешения редакции газеты.

Материалы, помеченные значком , публикуются на правах рекламы. За достоверность рекламы ответственность несёт рекламодатель.

Главный редактор А.ПАПЫРИН.

Редакционная коллегия: И.БАБАЯН (ответственный секретарь), Е.БУШ, В.ЕВЛАНОВА, В.ЗАЙЦЕВА, В.ЗИНОВЬЕВ (зам. ответственного секретаря), А.ИВАНОВ, В.КЛЫШНИКОВ, Т.КОЗЛОВ, В.КОРОЛЁВ, Г.ПАПЫРИНА.

Дежурный член редколлегии – Т.КОЗЛОВ.

Справки по тел.: 8 (495) 608-86-95. Рекламная служба: 8 (495) 608-85-44.

Отдел изданий и распространения: 8-916-271-08-13.

Адрес редакции, издателя: 129110, Москва, ул. Гиляровского, 68, стр. 1.

E-mail: mggazeta@mgzt.ru (редакция); rekmedic@mgzt.ru (рекламная служба); inform@mgzt.ru (отдел информации); mg.podpiska@mail.ru (отдел изданий и распространения).
www.mgzt.ru

ИНН 7702394528, КПП 770201001, р/с 40702810338000085671, к/с 30101810400000000225, БИК 044525225 ПАО Сбербанк г. Москва

Отпечатано в ОАО «Московская
газетная типография».

Адрес: 123022, Москва,
ул. 1905 года, д. 7, стр. 1

Заказ № 0577

Тираж 13 940 экз.

Распространяется
по подписке

в Российской Федерации
и зарубежных странах.



Корреспондентская сеть «МГ»: Брянск (4832) 646673; Кемерово (3842) 354140; Новосибирск 89856322525; Омск (3812) 763392; Самара (8469) 517581; Санкт-Петербург 89062293845; Смоленск (4812) 677286; Ставрополь 89383585309; Реховот, Хайфа (Израиль) (10972) 89492675.

Газета зарегистрирована Федеральной службой по надзору в сфере связи, информационных технологий и массовых коммуникаций (Роскомнадзор).
Свидетельство о регистрации: ПИ № ФС77-65711 от 13.05.2016 г. Учредитель: ООО «Медицинская газета».