

Зачем вникать в проблемы отрасли, если тебя в любой момент могут попросить освободить кресло, которое ты занял год назад или того меньше.
Стр. 7

Коллектив и попечительский совет ходатайствуют о присвоении Самарскому областному клиническому госпиталю ветеранов войн имени Олега Яковлева.
Стр. 11

Фестиваль работников здравоохранения Московской области ко дню медицинского работника.
Стр. 12

Ситуация

Новая ненормальность

Как «западные ценности» влияют на эпидемиологические риски



В минувшие выходные отечественные СМИ пестрели пугающими заголовками о том, что Всемирная организация здравоохранения признала чрезвычайный характер вспышки оспы обезьян, а отдельные «охотники за тиражами» даже перепугали общественность заявлением об объявленной пандемии этой инфекции.

На самом деле на официальных ресурсах ВОЗ сообщается следующее. 23 июня 2022 г. состоялось заседание Комитета по чрезвычайной ситуации Международных медико-санитарных правил, посвященное вспышке оспы обезьян. Секретариат ВОЗ обозначил эпидемиологическую ситуацию: с начала мая 2022 г. поступили сообщения о более чем 3 тыс. случаев заболевания из 47 стран. На сегодняшний день было несколько случаев госпитализации, и сообщалось только об одной смерти у человека с ослабленным иммунитетом. Большинство под-

твержденных случаев оспы обезьян, как, наконец-то, во всеуслышание сообщает Всемирная организация здравоохранения, приходится на геев и других мужчин, которые занимаются сексом с мужчинами, отсюда и характерные места кожных высыпаний.

ВОЗ представила проект стратегического плана по сдерживанию вспышки оспы обезьян. Следуя главной западной «демократической ценности», каковой является ЛГБТ-толерантность, Комитет по чрезвычайной ситуации считает необходимостью не только реализацию противоэпидемических и медицинских контрмер, но также взаимодействие с пострадавшими группами населения и эффективную коммуникацию во избежание стигматизации этих групп, нарушения прав человека. Иными словами, те самые особые группы, которые сначала ищут приключения на свою голову, а теперь и всего человечества, заслуживают сочувствия, но не порицания. Пикантная особенность данного эпидпроцесса – тоже часть «новой нормальности»,

как обозначили на Петербургском международном экономическом форуме-2022 изменившийся уровень взаимодействия людей и микромира, повышающий эпидемиологические риски.

Возвращаясь к заседанию Комитета ВОЗ по чрезвычайной ситуации: участники признали, что существует риск дальнейшей устойчивой передачи инфекции более широкому населению, это не следует упускать из виду. Реагирование на вспышку требует международных усилий и такие ответные мероприятия уже начались в ряде стран с высоким уровнем дохода. В то же время комитет принял решение, что на данном этапе вспышка оспы обезьян должна быть признана не представляющей чрезвычайной медико-экономической опасности. Позднее это подтвердил и Генеральный директор ВОЗ Тедрос Гебрейесус. Слово «пандемия» не произносилось.

Елена БУШ,
обозреватель «МГ».

В центре внимания

Перспективы сотрудничества со странами БРИКС

Министр здравоохранения Михаил Мурашко принял участие во встрече министров здравоохранения стран БРИКС.

– Сотрудничество со странами БРИКС в сфере здравоохранения активно развивается. На встрече в итоговой декларации министров был одобрен проект Комплексной системы раннего предупреждения рисков возникновения массовых инфекционных заболеваний. Страны договорились начать разработку круга компетенций комплексной системы, а также назначить координатора проекта от каждой страны, – отметил глава Минздрава. – Была завершена работа по подготовке к запуску центра БРИКС по исследованию и разработке вакцин – центр был запущен в марте этого года. Это станет точкой старта для больших свершений наших стран в сфере производства вакцин.

Кроме того, в 2022 г. объединение БРИКС показало себя как структура, тонко чувствующая движение времени, перемены и новые вызовы, и способная найти правильное решение. Страны «пятёрки» поддержали две инициативы нашей страны – создание научного медицинского журнала БРИКС и Медицинской ассоциации БРИКС.

Наравне с новыми проектами наши страны продолжили развитие сотрудничества по проектам, стартовавшим ранее. На финишную прямую вышел проект меморандума о взаимопонимании между регуляторными органами стран БРИКС по вопросам сотрудничества в сфере нормативно-правового регулирования медицинской продукции. Выражаю надежду, что церемония подписания меморандума состоится в скорейшем времени.

Также рад, что мы продолжим взаимодействие в рам-

ках Исследовательской сети БРИКС по туберкулёзу и обмениваемся опытом в сфере цифровизации. Это продуктивное сотрудничество для всех наших стран и надеюсь, оно и дальше будет развиваться и демонстрировать совместные достижения.

Развивается и двустороннее сотрудничество в рамках БРИКС. Так, на полях Петербургского экономического форума мне удалось встретиться с моим индийским коллегой – министром здравоохранения и благополучия семьи Мансучом Мандавией. В ходе беседы мы обсудили потенциал двух стран, согласовали необходимость обновления базы договорно-правовых отношений в сфере здравоохранения, а также уделили особое внимание сотрудничеству в сфере фармацевтики и образования.

Фармацевтика – традиционная область сотрудничества с Индией, крупным мировым поставщиком фармпрепаратов в Россию. Обсуждалась возможность взаимных поставок лекарственных препаратов и вопросы развития ядерной медицины. Россия является одним из лидеров в сфере производства и применения радиофармпрепаратов для лечения онкологических заболеваний.

Важный вопрос нашего сотрудничества – сфера медицинского образования. В российских медвузах Минздрава России обучаются 2/3 всех студентов из Индии, которые учатся в нашей стране. На переговорах мы договорились о сохранении имеющихся показателей и обсудили новое российское предложение – создание Медицинских ассоциаций БРИКС и ШОС. В рамках данных ассоциаций взаимодействие медиков стран-членов организаций получит дополнительное развитие.

Алексей ПИМШИН.

АКТУАЛЬНО

Николай ВОЛОДИН

Президент Российской ассоциации специалистов перинатальной медицины, академик РАН:

Внедрение неонатального скрининга – основа основ в снижении младенческой смертности.



Стр. 5

Новости

Подарить частичку себя

Кадровый донор Республиканской станции переливания крови Евгений Волжанин (Йошкар-Ола) награждён медалью Федерального медико-биологического агентства России «За содействие донорскому движению».

Кировский научно-исследовательский институт гематологии и переливания крови ФМБА провёл уникальный комплекс медицинских мероприятий по пересадке клеток костного мозга для спасения смертельно больной пациентки клиники Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И.Пирогова Минздрава России.

Среди родственников маленькой девочки не оказалось подходящих доноров. Добровольным неродственным донором, полностью удовлетворяющим всем медицинским требованиям, оказался Евгений Волжанин.

«Вы бескорыстно подарили частичку себя ради спасения жизни незнакомому далёкому человеку, – написал в Благодарственном письме донору директор кировского НИИ Игорь Парамонов. – Благодаря вам, вашему милосердию и состраданию, вашим высочайшим нравственным и духовным качествам наш мир будет богаче ещё на одну человеческую жизнь!».

– Зимой 2022 г. я узнал, что являюсь идеальным донором для больного человека, – говорит Евгений. – Сейчас состояние пациентки после пересадки клеток стало значительно лучше. Я очень рад, что помог 6-летней девочке.

Ольга БИРЮЧЁВА.

Республика Марий Эл.

Сердечных дел мастера

Ведущие специалисты Краевого клинического кардиологического диспансера Ставропольского края приняли участие в работе IV Всероссийской научно-практической конференции кардиологов в Краснодаре. Форум был посвящён вопросам интервенционной и хирургической аритмологии и современным методам лечения нарушений ритма сердца у детей и взрослых.

С коллегами из других регионов своими наработками поделились заведующий отделением хирургического лечения сложных нарушений ритма сердца и электрокардиостимуляции, врач сердечно-сосудистый хирург Леонид Виленский и хирурги отделения Юрий Кривошеев и Сергей Власянц.

Ставропольские специалисты представили свою методологию оценки частоты формирования микротромбов на эндотелии ушка левого предсердия у пациентов с сердечно-сосудистой патологией в зависимости от наличия или отсутствия фибрилляции предсердий. А также поделились случаем из практики по успешному применению ВАК-системы в лечении тотального инфицированного диастаза послеоперационного шва у пациента с имплантированным постоянным электрокардиостимулятором.

– Вакуумная терапия ран является инновационным подходом в лечении при помощи местного отрицательного давления, создаваемого ВАК-системой. Несмотря на сложности такой терапии для пациентов с имплантированным постоянным ЭКС, она дала превосходный результат, – рассказал Л.Виленский.

Рубен КАЗАРЯН.

Ставропольский край.

Реабилитация востребована
всегда

Почти 10 тыс. пациентов с сердечно-сосудистыми патологиями прошли первый этап реабилитации в омских лечебно-профилактических учреждениях. Эти цифры были озвучены за «круглым столом» Комитета по социальной политике областного Законодательного собрания.

Пока наблюдается спад заболеваемости коронавирусом, многие учреждения здравоохранения региона возвращаются к привычному режиму работы, и начинают оказывать помощь по направлению «медицинская реабилитация» в более полном объёме. Больницы поликлиники оснащают новым оборудованием.

К примеру, в БСМП-1 недавно после ремонта открылось обновлённое отделение неврологии, где пациенты, пережившие сердечно-сосудистые катастрофы, буквально учатся заново ходить и развивать мелкую моторику. В БСМП-2 поступили новые кардиографы: один аппарат «ушёл на вооружение» приёмного отделения, где всего за 3 недели исследование на нём прошли более 1,5 тыс. человек. Второй работает в поликлинике. Теперь здесь значительно увеличилось количество проводимых исследований, что позволит сократить сроки ожидания для пациентов.

Татьяна БЕРЕЗОВСКАЯ.

Омск.

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

Перемены

Отвечая на вызовы
современности

В 2024 г. в России появится новая площадка по производству АФС

В ходе XXV Петербургского международного экономического форума губернатор Смоленской области Алексей Островский и учредитель ООО «ДрагБиоФарм» Евгений Галецкий подписали соглашение о сотрудничестве, направленное на реализацию инвестиционного проекта строительства завода по производству активной фармацевтической субстанции (АФС) «Гепарин» и её производных в смоленском городе Дорогобуже.

Таким образом, Дорогобуж станет первой площадкой в стране, где станут производить медицинские препараты, жизненно необходимые при лечении сердечно-сосудистых заболеваний и COVID-19.

Основные виды продукции завода будут представлены: АФС «Гепарин», «Эноксапарин», «Надропарин» и в последующем готовыми лекарственными средствами из этих субстанций. Эти медицинские препараты относятся к классу антикоагулянтов прямого действия, являющихся жизненно необходимыми при лечении сердечно-сосудистых заболеваний и COVID-19. В настоящее время на территории Российской Федерации они не производятся.

Настоящий высокотехнологичный проект производства лекарственной продукции на заводе в Дорогобуже является значимым



для фармацевтической отрасли в масштабах страны и входит в план мероприятий по импортозамещению в фармацевтической промышленности России.

«ДрагБиоФарм» является резидентом ТОСЭР «Дорогобуж» (ТОСЭР – территория опережающего социально-экономического развития с особым правовым режимом осуществления деятельности, предлагающая ряд налоговых льгот и административных преференций для инвесторов). Как сообщили корреспонденту «МГ» в пресс-службе администрации области, компании уже предоставлен земельный участок в границах ТОСЭР «Дорогобуж», ведутся проектные и землеустроительные

работы, определены источники финансирования проекта и поставщики оборудования.

На реализацию проекта инвестором будет направлено более 2 млрд руб. Новое производство будет открыто в 2024 г. Социальный эффект выразится в создании 120 новых рабочих мест.

Во время церемонии подписания соглашения Е.Галецкий отметил:

– Этот препарат является антикоагулянтом прямого действия. И ни одна операция, по сути, без него не обходится. Это будет первый полный цикл в рамках импортозамещения АФС в стране.

Владимир КОРОЛЁВ,
соб. корр. «МГ».

Поиск

IQ как маркёр возбудимости

Есть ли связь между проявлениями аутизма и уровнем интеллекта у ребёнка? Ответ на такой непростой с научной точки зрения и весьма деликатный с точки зрения медицинской этики вопрос искали и наши учёные из Московского государственного психолого-педагогического университета.

Почему вообще возникла идея провести параллели между аутизмом и уровнем IQ? Как пояснила цель и итоги данного исследования ведущий научный сотрудник центра нейрокognитивных исследований университета кандидат психологических наук Елена Орехова, одна из гипотез патогенеза аутизма связана с дисбалансом нервного возбуждения и торможения, который возникает из-за мутаций генов, обеспечивающих передачу сигнала между нейронами. Интересно, что многие из этих генов связаны также с развитием умственной отсталости. Данное обстоятельство

и подтолкнуло московских нейрофизиологов и психологов заняться поиском параллелей между двумя патологиями.

Были обследованы две группы пациентов. В первой 49 мальчиков в возрасте 6-15 лет с диагнозом «аутизм» и уровнем IQ от 54 до 128, где нижнее значение соответствует средней степени умственной отсталости, а верхнее – интеллекту чуть выше среднего. В контрольной группе – 49 мальчиков без особенностей психического развития. Почему участниками исследования стали именно мальчики? Потому что у них в четыре раза чаще, чем у девочек, диагностируют аутизм.

С помощью магнитоэнцефалографии у пациентов регистрировались мозговые сигналы, которые напрямую отражают активность нейронов коры головного мозга. Выяснилось, что у детей с аутизмом и уровнем интеллекта ниже значения 85 баланс в коре

головного мозга в целом смещён в сторону возбуждения в отличие от ребят с нормальным интеллектом как в первой группе, так и в контрольной, где глобальный баланс смещён в сторону торможения. Данные факты, по словам Е.Ореховой, демонстрируют явные различия в балансе активности нервных клеток у детей с расстройствами аутистического спектра в зависимости от уровня их интеллекта.

Таким образом, механизмы аутизма с умственной отсталостью и без неё различаются. Следовательно, и подходы к терапии необходимо изменить, а именно – разными должны быть мишени, на которые воздействуют лекарства, предназначенные для коррекции поведения больных детей. Знать эти мишени необходимо при разработке новых препаратов, что станет залогом большей эффективности терапии.

Елена СИБИРЦЕВА.

Акци

При участии созданного Президентом России фонда «Круг добра» в рамках совместного проекта с благотворительным фондом «Дети-бабочки» экспертами в Челябинской области проведён региональный патронаж.

В рамках мероприятия состоялись: образовательный модуль, совместные консультации и осмотры пациентов с диагнозами «буллёзный эпидермолиз» и «ихтиоз».

Каждому малышу – особое внимание

В образовательном модуле «Генные дерматозы в практике врача-дерматолога» приняли участие более 40 дерматовенерологов, педиатров и среднего медицинского персонала из различных медицинских учреждений региона.

Мультидисциплинарная команда фонда «Дети-бабочки» – дерматолог Маргарита Гехт, педиатр Мария

Косарева, гастроэнтеролог Михаил Никифоров и хирург-онколог Григорий Зиновьев поделились экспертизой в области генетических заболеваний с преимущественным поражением кожи. Помимо 14 подопечных фонда, врачи провели осмотр нескольких пациентов региона с тяжёлыми дерматологическими диагнозами.

«Приехавшие к нам специалисты провели мастер-класс и продемонстрировали тонкости данной работы, – говорит главный врач Челябинской областной детской клинической больницы Галина Киреева. – Постоянное общение, обмен опытом и освоение новых техник позволяет специалистам не отставать от развития техноло-

гий. Поэтому трудно переоценить важность сегодняшней встречи как для врачей, так и для юных пациентов с редкими заболеваниями».

Алёна ЖУКОВА,
корр. «МГ».

Челябинск.

Ориентиры

Доабортное консультирование

Руководитель департамента организации научной деятельности НМИЦ акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И. Кулакова и главный специалист Минздрава России по репродуктивному здоровью Наталья Долгушина в ходе Петербургского международного экономического форума отметила, что отсутствие доабортного консультирования в частных клиниках является проблемой, которую необходимо решить. Как считает Н. Долгушина, нужно пересмотреть требования к лицензированию деятельности всех медицинских организаций, которые оказывают услуги по акушерству и гинекологии, включая прерывание беременности.

Она подчеркнула, что доабортную консультацию нужно проводить среди 100% женщин, но в прошлом году такую услугу получили 91% обратившихся в госмедиучреждения, отказались от аборта после этого – 21,4%. Таким образом, указала специалист, удалось сохранить жизни 44 тыс. детей, в случае если бы доабортная консультация проводилась для 100% беременных, на свет появилось бы 69 тыс. детей.

Федеральным законом № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» закреплено право женщины на прерывание беременности. При этом до аборта должно

пройти не менее 48 часов с момента обращения женщины в медицинскую организацию – «время тишины».

В своём выступлении Н. Долгушина также обозначила такие проблемы демографии, как снижение числа женщин репродуктивного возраста (20-30) на 0,6% в год и увеличение (в динамике от 2010 к 2020 г.) количества рожениц старше 30 лет. Роды в возрасте старше репродуктивного, отметила специалист, способствуют младенческой смертности. Кроме того, около 21,7% не рожавших до 40 лет женщин умерли от рака молоч-

ной железы. Поэтому, по словам Н. Долгушиной, нужно приложить все усилия, «чтобы рожать рано стало модно».

«Поскольку женщины откладывают репродуктивный возраст, онкологические заболевания молодёют. Вот данные за прошлый год: примерно 41 тыс. женщин умерли от рака молочной железы. Многие из них не успели стать матерями. То есть это, как мы называем, скрытые материнские потери. Вот что такое позднее деторождение», – сказала она.

Также специалист выступила с инициативой включить в программу ОМС преимплантационное генетическое тестирование (ПГТ) эмбрионов во время подготовки к ЭКО (в том числе среди пар, имеющих генные заболевания, но желающих завести ребёнка). По её словам, ПГТ обходится для семьи в среднем в 300 тыс. руб., а погружение в программу ОМС в дальнейшем позволило бы экономить на лечении ребёнка с

моногенным заболеванием и поддержании его жизни.

Примечательно, что совсем недавно Всероссийский центр изучения общественного мнения выяснил, что больше половины россиян (51%) выступают против вмешательства государства в такой личный вопрос, как планирование семьи и прерывание беременности. Однако с 2016 г. количество противников абортов выросло с 4 до 13%, а число женщин, которые признались, что прерывали беременность, увеличилось в три раза и достигло 29%, а в мае прошлого года в Минздраве России приводили другие данные: по словам заместителя министра Олега Салагая, с 2016 г. количество абортов, проведённых по желанию женщин, а не по медицинским показаниям, снизилось почти на 35%, а в 2020 г. было зарегистрировано около 450 тыс. абортов (против 880 тыс. в 2014 г.).

Леонид ПОЛЯКОВ.

Идеи

Трансфеморальный доступ

В отделе сердечно-сосудистой хирургии НМИЦ кардиологии им. Е.И. Чазова под руководством заместителя генерального директора по хирургии академика РАН Рената Акчурина выполнена имплантация первой российской трансфеморальной системы с транскатетерным аортальным клапаном отечественного производства.

В работе принимали участие коллективы лаборатории гибридных методов лечения сердечно-сосудистых заболеваний этого центра, а также Федерального центра сердечно-сосудистой хирургии Пензы.

В 2022 г. на данную технологию производства и имплантации отечественного транскатетерного клапана получен патент на изобретение. Принципиальное отличие новой системы доставки транскатетерного клапана – возможность его имплантации пациентам высокого хирургического риска через бедренную артерию (трансфеморальный доступ) без искусственного кровообращения и срединной стернотомии. Такое техническое решение снижает вероятность осложнений и существенно сокращает период реабилитации.

После получения разрешения Росздравнадзора и выполненной имплантации аортального клапана трансфеморальным способом планируется внедрение устройства в широкую клиническую практику.

Григорий МАТВЕЕВ.

Начеку

Пройдёт перерегистрация

Федеральная антимонопольная служба (ФАС) России получила с начала 2022 г. 246 заявок на перерегистрацию цен на лекарства в связи с риском их дефактуры, тогда как за аналогичный период 2021 г. было подано 163 заявки. Об этом сообщил заместитель руководителя ФАС Тимофей Нижегородцев в ходе выступления на Петербургском международном экономическом форуме.

Т. Нижегородцев упомянул постановление Правительства РФ № 1771. «Это постановление, которое позволяет устанавливать цены в связи с дефактурой, которая возникает не просто по технологическим, регуляторным причинам, а может возникнуть из-за того, что резко изменились экономические условия, издержки. Так, в нынешнем году поступило больше запросов на регистрацию новой цены по № 1771, но не сильно больше. 246 цен к нам поступило против 163», – отметил он.

По его словам, количество поступивших заявок в 2022 г. составляет чуть более 1% от всех зарегистрированных цен на препараты. Всего с января по июнь 2022 г. ФАС получила 568 заявок на повышение цен на лекарства, за аналогичный период прошлого года – 357. Т. Нижегородцев подчеркнул, что некоторые компании практически не пользуются индексацией «в спокойном экономическом режиме».

Он отметил, что в 2022 г. число заявок на регистрацию новых цен на лекарства возросло на 48% по сравнению с аналогичным периодом 2021 г. В этом году возросло и количество заявок на регистрацию цен на воспроизведённые препараты (дженерики).

Вячеслав ДАШКОВ.

Опросы

«Врач» продолжает звучать гордо

После завершения пандемии COVID-19 отношение россиян к профессии врача практически не изменилось. Хотя деятельность медработников стала менее заметной в информационном поле, средний балл доверия к этой специальности в 2022 г. составил 3,28 из 5 возможных. Для сравнения: в 2020 г. он был выше на 0,5 балла (3,8). Об этом говорят данные опроса Всероссийского центра изучения общественного мнения.

Чаще других высокий уровень доверия медработникам выражает молодёжь 18-24 лет – 3,75 балла, опрошенные с высоким уровнем доходов – 3,63, работники бюджетной сферы – 3,51 балла, жители городов-миллионников – 3,43.

Средняя оценка россиянами положения врача в обществе составила 3,19 балла (на 0,3 балла меньше, чем в 2020 г.). Больше всего статусной эту специальность считают молодые люди в возраст-

те 18-24 лет (3,54). Чем меньше размер населённого пункта, тем выше оценки положения врачей в обществе: на селе статус профессии оценивается на 3,37 балла, а в городах-миллионниках и в столице – на 3,17-3,19.

Средний балл доходности работы в медицинской сфере составил 3,05 балла (2,95 в 2020 г.). Профессия врача выглядит более высокооплачиваемой в глазах женщин (3,18 балла), граждан старше 45 лет (3,26-3,20) и жителей села (3,21).

Россияне по-прежнему хотят видеть своих подрастающих детей и внуков работниками медицинской сферы: за прошедший год средний балл этого показателя снизился на 0,5 и составил 3,41 балла.

Ранее 55% россиян назвали медицинских работников героями 2020 г. На втором месте оказались сотрудники МЧС (31%), на третьем – учёные-вирусологи, разработчики вакцины (22%).

Олег РОМАШОВ.

Криминал

Астраханская халатность

Ленинский районный суд Астрахани признал бывшего заместителя министра здравоохранения региона виновной в халатности (ч. 1.1 ст. 293 УК РФ) – она подписала акты приёма на некондиционную продукцию, в результате областному бюджету был причинён ущерб.

Имя чиновницы не раскрывается. Экс-замглавы ведомства вынесли наказание в виде 1,3 года исправительных работ.

Следствие и суд установили, что чиновница с сентября по декабрь 2020 г. не организовала деятельность ведомства по закупкам медицинских изделий по программе «Развитие здравоохранения Астраханской области». В частности, не обеспечила проведение надлежащей проверки соответствия поставщиков требованиям к участникам и товару, установленным документацией о закупке, не проконтролировала соблюдение заключённых контрактов и дополнительных соглашений и не организовала приёмку медицинских изделий. К тому же после обнаружения нарушений не приняла меры к расторжению контрактов.

Экс-замминистра «при отсутствии законных оснований» вносила в контракты изменения наименований товара, который якобы имел улучшенные характеристики на наличие безопасности работы с микроорганизмами 1-2-й групп патогенности. По мере поставки медицинских изделий она составляла финансовые документы, несмотря на отсутствие в них подписей всех членов комиссии по приёму продукции. «Осознавая, что качество поставленных товаров не было проверено ею и подчинёнными сотрудниками, обеспечила путём подписания данных документов незаконное перечисление бюджетных средств в размере более 92,9 млн руб. на счета поставщиков, которые изначально имели умысел на хищение указанных средств, а в дальнейшем были осуждены за совершение преступления, предусмотренного ч. 4 ст. 159 УК РФ», – пояснили в региональном Следственном управлении Следственного комитета РФ.

Игорь КОРАБЛЁВ.

Астраханская область.

Подписка-2022

ПОЧТА РОССИИ

Подписные издания

Официальный каталог Почты России на второе полугодие 2022

5 900 изданий на podpiska.pochta.ru



Уважаемые читатели!

Оформить подписку на «Медицинскую газету» можно воспользовавшись каталогами:

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

Подписной индекс

ПН014 – на месяц.

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

Юридические лица могут подписаться через отделы подписки региональных почтамтов.

КАТАЛОГ периодических изданий газеты и журналы

II полугодие 2022 года

Избранные издания для бизнеса

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

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

Петербургский международный экономический форум в этом году проходил в сложных условиях, на фоне беспрецедентных экономических санкций против России. Его главным событием стало выступление Президента РФ Владимира Путина о начале новой эпохи, в которой мир уже не будет однополярным. На полях форума прошёл также ряд мероприятий, на которых обсуждались вызовы в здравоохранении последних лет. Что помогло их преодолеть, какие векторы развития отечественной медицины наиболее актуальны сегодня? Эти и другие вопросы обсудили участники дискуссии «Здравоохранение: новые реалии и перспективы трансформации».

Пациент с цифровым профилем

Дискуссию открыло выступление министра здравоохранения РФ Михаила Мурашко, который рассказал об основных переменах в сфере здравоохранения, причём не только в медицине, но и в восприятии населением собственного здоровья: люди начали уделять внимание своему самочувствию, 40% населения воспринимает своё здоровье в качестве «инвестиции» в будущее. Министр отметил, что на сегодняшний день сформирована чёткая концепция цифрового профиля пациента с выработкой персонализированных подходов и рекомендаций для каждого пациента – с его ведением от самого момента рождения, с ЭМК, включённой в общую информационную базу и систему ОМС.

Дальше предстоит выстраивать работу с группами пациентов с хроническими заболеваниями, которым нужна вторичная профилактика обострений. Будет выработан перечень профилактических мероприятий и тех высокотехнологичных вмешательств, которые позволят продлить жизнь, сохранить здоровье, активность. Предполагается создать единый регистр застрахованных, который, по словам министра, станет ключом к тем ресурсам, которые обеспечивают ведение системы здравоохранения по направлениям. Эти положения уже есть в законодательстве, начинается их реализация, отметил глава Минздрава.

Первый заместитель руководителя ФМБА России Татьяна Яковлева высказалась за необходимость развивать искусственный интеллект, машинное обучение, дистанционный мониторинг, все виды и технологии телемедицины, которая показала себя хорошим инструментом помощи в период пандемии. «Нужно переходить к телемедицине «врач-пациент», когда через носимые аксессуары врач может мониторить основные параметры здоровья», – сказала

Дискуссии

ПМЭФ и новые реалии

Вызовы, поставленные перед здравоохранением в последние годы, обсуждались на площадках форума



она, отметив, что Минздрав уже начал такие пилотные проекты, и ФМБА в них участвует.

Кроме того, она обратилась к министру с предложением активно развивать мобильную медицину: «Может, даже надо вводить это в понятийный аппарат. Ковид чётко показал, насколько нам нужна мобильная медицина. В ФМБА формировались бригады из врачей всех регионов, начиная от Дальнего Востока. Нам нужны медицинские госпитали, которые можно быстро развернуть». Высказалась она и за создание технологических платформ, чем и занимается сегодня ФМБА: «Если это незнакомое, новое заболевание, можно было бы быстро создать новый препарат, и если он доказал свою эффективность, оперативно масштабировать его производство».

Сохранить качество подготовки врачей

Сегодня многие задают вопрос, как выход из болонской системы повлияет на качество подготовки будущего врача. Отвечая на него, ректор Первого МГМУ им. И.М.Сеченова Пётр Глыбочко сказал, что в российских университетах удалось удержать качество подготовки, так как сохранили специализацию по всем медицинским специальностям. «Магистратуры у нас работают, и я считаю, что выход из болонской системы не скажется на подготовке врача. Почему? Потому что мы взяли всё лучшее от советской системы, сохранили подход готовить

врача у постели больного. Кроме того, перешли к системе подготовки практикоориентированных студентов, начиная с 1-го курса, мы их обучаем в симуляционных центрах. Создана система электронного медицинского, дистанционного образования, что дало возможность неплохо чувствовать себя в период пандемии».

По его мнению, выход из болонской системы не отпугнёт и студентов-иностранцев: «Мы прогнозируем, что их количество не уменьшится. В нашем университете обучаются 5 тыс. иностранцев – оттока сейчас нет. У нас нет такого количества магистратур, как на Западе, но наше медицинское образование серьёзно востребовано. Уровень и качество подготовки выпускников достаточно хорошие».

Ректор отметил при этом, что пока имеются проблемы в системе НМО, подготовки и переподготовки кадров. Эти вопросы обсуждаются в Госдуме и Совете Федерации, где планируют внести в закон об образовании изменения, согласно которым подготовка и переподготовка врачей будет осуществляться в университетах и медицинских центрах с федеральной лицензией, потому что региональные лицензии, как показывает жизнь, не обеспечивают должного уровня подготовки.

Есть тренд на изменение сути университетов – к образовательным функциям должны добавиться исследовательские и внедренческие: «Мы считаем, что университеты должны иметь коечный фонд не менее 1000 коек, быть

многопрофильными лечебными учреждениями и заниматься не только оказанием медицинской помощи, но и клиническими исследованиями, исследованиями фармпрепаратов, медизделий, оборудования».

В самом Сеченовском университете работает самый мощный клинический центр в стране и Европе – на его базе с 1,5 тыс. коек ведётся более ста клинических исследований. Эту площадку расширяют, привлекают фармпроизводителей. Так, недавно университет подписал договор с госкорпорацией «Росатом», которая вложит 2 млрд руб. в совместное развитие передовой инженерной школы. На площадке ПМЭФ было подписано соглашение между Первым МГМУ и «Уралхим инновация», которое предусматривает долгосрочное сотрудничество в сферах разработки функциональных пищевых продуктов. По мнению ректора, клинические центры дадут возможность формировать большие базы данных, что позволит улучшить качество оказания помощи. Необходимо создавать дата-центры, призвал он. Первый такой дата-центр по патоморфологии уже создан в Первом МГМУ, все ведущие в нём исследования оцифруют и архивируют, данными смогут пользоваться исследователи. Кроме того, в клинических центрах будут формироваться банки биоматериалов. В Сеченовском университете уже действуют биобанки по направлениям онкология и кардиология, где хранятся и регулярно пополняются образцы тканей, цельная кровь, плазма и другие биологические образцы тысяч пациентов. С помощью анализа этих образцов можно будет разрабатывать новые лекарства, повысить точность диагностики и прогнозов терапии.

Нужны углублённые программы

Болезни системы кровообращения – одно из тех направлений, работа по которым может в ближайшее время добавить по меньшей мере 3 года ожидаемой продолжительности жизни. Излишне говорить, как это значимо в аспекте поставленной государством задачи достичь к 2024 г. средней продолжительности жизни 78 лет. По мнению гендиректора НМИЦ им.

В.А.Алмазова, главного специалиста кардиолога Минздрава России Евгения Шляхто, инвестиции должны идти туда, где воздействие на группы высокого риска позволит в короткое время получить быстрый результат. «Для этого нужны углублённые программы в таких группах, которые дадут положительный эффект в увеличении продолжительности жизни. Нужно построить центры управления рисками в регионах, вообще систему управления рисками, что позволит на основе информационных технологий обеспечить бесшовную помощь. Платформенные решения позволят в одном месте отслеживать траекторию пациента, по его цифровому профилю смотреть, как он обеспечен лекарственными препаратами».

Сосудистая программа сыграла ключевую роль, дав в короткое время снижение смертности на 15%, напомнил специалист. Но жизнь меняется, изменились региональные структуры организации помощи, поэтому сейчас кардиологи говорят о конвергенции помощи при острых коронарных синдромах и при острых нарушениях мозгового кровообращения. «Это должны быть общие центры, которые оказывают помощь и тем больным, потому что у высокого процента есть сочетание этих патологий. Мы будем экономить ресурсы, средства, оборудование. Модернизация этих центров повлечёт изменение маршрутизации этих пациентов – туда, где будет восстановлен кровоток сразу, без первичных сосудистых отделений. Система здравоохранения к этому готова», – отметил он.

COVID-19 дал много тяжёлых больных, но и опыт работы с ними. «Была налажена консультация федеральных центров. Но в каждом регионе должны быть созданы центры критических состояний. Ведь таких больных будет всё больше – с болезнями системы кровообращения, цереброваскулярными патологиями, инфекциями. Поэтому создание таких центров позволит снизить смертность на 20-30% и сэкономить средства за счёт своевременного начала лечения, работы квалифицированных кадров, меньшего расхода лекарств и достижения лучших результатов».

Римма ШЕВЧЕНКО,
корр. «МГ».

Проекты

Три действующих на Брянщине проекта сестринской помощи пациентам, поддержанные Фондом президентских грантов РФ, продолжают успешно работать. В своё время «Медицинская газета» рассказывала о реализации проекта «Просто ЗОЖ. Просто медикам» («МГ» № 46 от 18.11.2020).

С той поры продолжается работа по реализации проекта «Школа сестринского ухода в детской паллиативной помощи» и «Дом сестринского ухода в детской паллиативной помощи – с заботой о маме», направленные на совершенствование комплексной системы помощи неизлечимо больным детям и семьям, где они растут. Такие проекты способствуют также повышению квалификации средних медицинских работников.

Сестринская опора

По словам президента Ассоциации сестринского персонала Брянщины Ларисы Третьяковой, это объединение было создано 20 лет назад и включает в себя сегодня больше 7 тыс. медицинских сестёр. И нередко именно от крепости этого звена в немалой степени зависит успешная работа отделений медицинского учреждения, да и его самого.

Скажем, без малого 30 лет работает операционной сестрой в Новозыбковской ЦРБ Ирина Латанова. И все эти годы хирурги относятся к ней как к своему боевому товарищу, на которого можно положиться и в критические моменты.

– Меня бывшие пациенты порой только по глазам узнают, – улыбается Ирина Васильевна. – Ведь с операционного стола видны лишь глаза хирургов и медсестёр... К слову, кто из нас переступил порог операционной, навсегда остаётся именно в этой профессии...

Впрочем, это относится и к другим медицинским сёстрам. Например, несколько десятков лет работает в терапевтическом отделении Рогнединской участковой больницы Елена Червякова, почти три десятилетия отработала уже в отделении реанимации и анестезиологии Почепской ЦРБ Марина Евсикова... И таких на Брянщине – тысячи...

А когда нахлынул коронавирус, первый диагноз ковида в Брасовском районе, например, был поставлен пациенту терапевтического отделения, которым руководит опытный доктор Александр Горбовский. И коллективу отделения в составе его заведующего, а также медсестёр Натальи Протасовой и других, пришлось не только продолжать лечение больных в сложных условиях, но и вместе с ними находиться в течение 2 недель на карантине. Вдали от дома и семей. А медсестры Олеся Задеева, Жанна Алипченкова, Людмила Зинакова вошли в состав специальной ковидной бригады,

испытав на себе все тяготы борьбы с коварным недугом. Ничего, выдюжили. Хотя нагрузки и превышали порой здесь и в других районах области возможности хрупкого женского организма. Недаром же, когда в октябре минувшего года состоялся традиционный Всероссийский конгресс «Здравоохранение будущего: роль медицинской сестры», в дискуссиях приняли активное участие и медицинские сёстры Брянщины. В декабре в онлайн-формате брянская Ассоциация медицинского персонала впервые стала организатором двух масштабных научно-практических конференций, в которых приняли участие в общей сложности больше 2 тыс. слушателей из 55 российских регионов.

Василий ШПАЧКОВ,
соб. корр. «МГ».

Брянская область.

Казалось бы, до наступления 2023 г. ещё далеко, но к его приходу многие доктора готовятся уже сегодня. Дело в том, что именно с нового года начинается реализация программы расширенного неонатального скрининга по всей стране – мероприятия объёмного и непросто.

Сверить часы

Хорошо помню, сколько беспокойства, тревог, волнений вызвало в своё время расширение массового обследования новорождённых до 5 заболеваний. Регионы буквально бурлили: как всё организовать, увязать, где взять тест-бланки и т.д. Сейчас ситуация повторяется. С объявлением программы расширенного скрининга новорождённых на 36 заболеваний у организаторов здравоохранения субъектов РФ и практических врачей забот прибавилось. Шуточное ли дело увеличение сразу на 31 заболевание?!

Ещё в начале нынешнего года, по словам директора Медико-генетического научного центра им. Н.П.Бочкова, главного специалиста по медицинской генетике Минздрава России, академика РАН Сергея Куцева, далеко не всё врачебное сообщество знало о принятии правительством такой программы, не говоря уже о том, какие заболевания будут скринироваться, какие задачи стоят перед специалистами разного профиля. Сегодня же многие неплохо осведомлены, благодаря проводимым различным конференциям, конгрессам, совещаниям. Но вопросы остаются. Их прояснения и ожидают врачи.

– То, что скрининг расширяется с 5 нозологий до 36, медицинское сообщество восприняло с большим энтузиазмом. Но нужно подготовиться к его реализации. С этой целью Российская ассоциация специалистов перинатальной медицины решила провести ряд научно-практических конференций, стараясь сверить часы со всеми субъектами РФ, выяснить положение дел и оказать максимальную помощь (и методическую, и научную, и практическую), – отметил президент ассоциации академик РАН Николай Володин, открывая конференцию, посвящённую совершенствованию неонатального скрининга.

Речь идёт о наследственных заболеваниях, возникновение которых связано с изменением генетического аппарата. Они зачастую манифестируют в неонатальном периоде и приводят или к ранней гибели, или же глубокой инвалидизации.

Скрининг – не самоцель

– Самое важное в скрининге – это не сама процедура, не лабораторный тест, а сколько детей мы спасём в результате его проведения, – подчеркнул С.Куцев.

Заболевания редкие, но их много, поэтому в совокупности это большая проблема. Ещё до появления полногеномных исследований академик РАН Александр Баранов показал, что до 40% коек в стационарах занимают дети с наследственными болезнями.

Сейчас есть возможность лечения более 300 из почти 7 тыс. известных орфанных заболеваний. Но получить хороший результат можно только в том случае, если ещё до появления клинических признаков диагностировать патологию и назначить терапию. Поэтому одна из задач неонатального скрининга – сократить диагностическую одиссею, которая сейчас затягивается на долгое время. Это позволит начать лечение на ранней стадии, сохранить детские жизни и избежать глубокой инвалидизации.

Конечно, внедрение неонатального скрининга затратно, но он – основа основ в снижении младенческой смертности, утверждает Н.Володин. В 1996-1997 гг. в нашей стране она была в 4-6 раз выше, чем в Европе и Японии.

– Как только мы получили оборудование, сурфактанты, отработали все принципиальные моменты,

она начала сокращаться и сейчас в ряде субъектов РФ ниже, чем в большинстве стран Европы, а в среднем по стране ниже, чем в США, – заметил Н.Володин.

Благодаря внедрению расширенного неонатального скрининга, показатель младенческой смертности может уменьшиться ещё на 13-15%.

– Некоторые говорят, что это мало. Но младенческая смертность уже снижена до такого уровня, что каждую десятую долю промилле придётся отвоёвывать. И эти десятки доли будут достигаться всё большими усилиями, – считает С.Куцев.

Проблемы и решения

Глаза боятся, а руки делают

Встретить предстоящий год подготовленными

– Залог успешной реализации программы – в консолидации усилий врачей различных специальностей, – уверен Н.Володин. – Только в этом случае мы сможем не просто выявить отклонение, осуществить дополнительное подтверждающее исследование, но и провести пациента на всех остальных этапах.

По данным Минздрава, за 10 лет с момента расширения неонатального скрининга до 5 нозологий, количество детей-инвалидов вследствие генетических заболеваний сократилось на 30%. Можно предполагать, что с расширением до 36 нозологий цифра будет ещё более значимой.

Естественно, организация скрининга требует больших усилий. Есть проблемы законодательного плана, есть организационные, связанные с тонкостями межрегиональных отношений. Обеспечить каждый субъект супераппаратурой невозможно. Поэтому в стране создаются 10 межрегиональных центров. Ведётся серьёзная работа по подготовке и актуализации клинических рекомендаций, разработке стандартов по каждому заболеванию, создаётся Национальное руководство по скринингу, чтобы 2023 г. встретить подготовленными. На утверждение в Минюсте России находится порядок оказания медицинской помощи пациентам с врождёнными и наследственными заболеваниями, который в себе содержит указание на то, как осуществлять неонатальный скрининг.

По новым правилам

Скрининг будет проводиться в основном с помощью биохимических методов, в частности тандемной масс-спектрометрии, быстрого, высокочувствительного и очень экономичного метода. Как сказал С.Куцев, исследование одного микрообразца крови из пятки новорождённого даёт информацию о концентрации десятков метаболитов: аминокислот и органических кислот. Эти маркёры позволяют сформировать группу риска по целому ряду заболеваний, включая нарушение обмена аминокислот (аминоацидопатия), органические ацидурии и дефекты бета-окисления жирных кислот.

Методом тандемной масс-спектрометрии будут выявляться 29 наследственных болезней. Флуориметрическим методом (галактоземия и дефицит биотинидазы) – 2 наследственных заболевания. Продолжается скрининг на гипотиреоз, муковисцидоз, аденогенитальный синдром путём иммуноферментного анализа. И 2 наследственных заболевания (спинальная мышечная атрофия и

иммунодефициты) диагностироваться молекулярно-генетическим методом.

Скрининг имеет 3 этапа: забор материала (персонал родовспомогательных учреждений пройдёт обучение, как правильно осуществить взятие образцов крови, упаковать и направить в региональную медико-генетическую консультацию). Второй этап – аналитический. Затем следует интерпретация данных и направление на лечение. А далее вступают в свои права специалисты разного профиля. Иммунологи будут вести больных с иммунодефицитами, неврологи – со спинальной мышечной атро-

больше медицинских организаций. Взаимодействие между ними и маршрутизация должны быть чётко отработаны, – считает заместитель главного врача Морозовской детской клинической больницы Ирина Витковская, поделившаяся опытом с коллегами. В Москве неонатальный скрининг расширен до 11 нозологий в 2018 г. Все дети получают лечение как в стационарных, так и в амбулаторных условиях, скорая помощь знает, куда вести пациентов с орфанными заболеваниями.

Участники конференции в свою очередь рассказывали, что уже сделано у них в регионах и что волнует.



фией, врачи-генетики – с аминокислотопатиями, эндокринологи – с врождённым гипотиреозом, аденогенитальным синдромом и т.д. Начиная с акушерской службы и заканчивая узкими специалистами – все вовлечены в этот процесс.

Важно отметить, что скрининг будет проводиться по новым правилам. Взятие образца крови из пяточки будет осуществляться на второй день жизни ребёнка в роддоме, а не в поликлинике, как сейчас происходит в большинстве случаев, на 2 тест-бланка. После чего весь материал поступает в региональную медико-генетическую консультацию. Второй тест-бланк региональная МГК направляет в межрегиональный центр, которых будет в стране 10. В Москве – три (НМИЦ здоровья детей, НМИЦ акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И.Кулакова, Морозовская детская клиническая больница) и по одному в Санкт-Петербурге, Ростове-на-Дону, Краснодаре, Уфе, Екатеринбурге, Томске, Иркутске.

Взгляд из регионов

Участников конференции интересовало, как узнать результаты скрининга? Как будет осуществляться взаимодействие медико-генетического центра с медицинскими организациями? Как проводить поиск пациентов? Все ли сведения, полученные в ходе массового обследования новорождённых, сообщать родителям? Где дети должны лечиться?

– Организация помощи после проведения неонатального скрининга по сути своей гораздо сложнее, чем организация помощи, диспансерное наблюдение пациентов с хроническими заболеваниями, потому что здесь участвует

Галина Слепнева. – Эффективность такого подхода уже доказана скринингом на 5 заболеваний. Так, на сегодня на территории края зарегистрировано 68 детей с муковисцидозом. Своевременное выявление и лечение таких пациентов позволяет существенно продлить им жизни. Уже 10 человек перешли во взрослую сеть.

Однако некоторые моменты, связанные с расширением массового обследования новорождённых, у красноярских организаторов здравоохранения вызывают обеспокоенность. Скажем, как уложиться в обозначенные сроки? Дело в том, что 5 заболеваний, охватываемых неонатальным скринингом, остаются за субъектом, а с 31 заболеванием могут возникнуть сложности: тест-бланки на них придётся отправлять в Научно-исследовательский институт медицинской генетики Томского национального исследовательского медицинского центра РАН, к которому прикрепили регион.

Само движение внутри края напряжённое. Его протяжённость с севера на юг составляет 2,5 тыс. км. Из дальних северных территорий (Норильск, Туруханск, Таймыр) своевременная доставка биоматериала в медико-генетический центр края не всегда возможна, просто погодные условия не позволяют. А тут ещё в Томск надо будет отправлять. Поэтому риски не уложиться в обозначенные сроки существуют. Если, допустим, не получится доставить бланки в течение 1-2 дней в краевой центр, то тогда будут задержки доставки и в Томск.

– Тем не менее, мы прописываем нормативный документ, предусматриваем финансирование на приобретение тест-бланков для расширенного скрининга, средства на оплату курьерской экспресс-доставки, – сказала Г.Слепнева. – Провели совещания и конференции с медицинскими организациями. Начинаем работать с беременными, которые сейчас встают на учёт и у которых предполагаемый срок родов – начало 2023 г., чтобы они тоже были готовы к этим исследованиям. Прорабатываем маршрутизацию мамы с ребёнком в случае выявления отклонений.

Болит голова по этому поводу и у представителей Краснодарского края и других субъектов РФ. Чтобы реализация программы оказалась успешной, был высказан ряд предложений, в частности из регионов прозвучало пожелание создать федеральный склад специализированных продуктов лечебного питания.

– На данный момент это невозможно, потому что обеспечение продуктами питания – ответственность не федерального бюджета, а субъекта, – ответил С.Куцев.

Кстати, конференция прошла с участием ряда ассоциаций: Всероссийской общественной организации детских кардиологов, Общества специалистов по врождённым порокам сердца, Национальной медицинской ассоциации сурдологов, Национальной медицинской ассоциации оториноларингологов. И это объяснимо. Как, например, отметил президент Национальной медицинской ассоциации сурдологов Георгий Таварткиладзе, более чем в 50% случаев тугоухость и глухота обусловлены генетически.

– Цель, к которой мы стремимся, – комбинированный аудиологический и генетический скрининг, – поделился он соображениями.

А президент Национальной ассоциации оториноларингологов России академик РАН Юрий Янов выразил надежду, что если в каждом субъекте неонатальному скринингу будет уделяться должное внимание, то удастся достигнуть больших успехов.

Ожидаемые результаты от внедрения расширенного неонатального скрининга – 12 тыс. сохранённых детских жизней за 10 лет. Это – целый город районного значения.

Валентина ЕВЛАНОВА,
корр. «МГ».

Механизмы движения вперёд

Большой кардиологический форум в этом году приветствовал в своём видеообращении министр здравоохранения Михаил Мурашко, обозначивший вектор дальнейшего развития службы и практические механизмы движения вперёд. Учитывая, что болезни системы кровообращения вносят наибольший вклад в структуру смертности населения – около 40% от общего числа умерших, меры по борьбе с ССЗ обладают наибольшим потенциалом для достижения общенациональной цели – увеличения продолжительности жизни к 2030 г. до 78 лет, сказал он.

По данным Минздрава, в 2021 г. от болезней системы кровообращения умерло 934 тыс. человек, что связано в том числе с осложнениями течения коронавирусной инфекции. При этом структура смертности на протяжении последних 10 лет не изменилась: главенствующей остаётся смертность от ишемической болезни сердца, в втором месте – от цереброваскулярных болезней. Уровень смертности от острого нарушения мозгового кровообращения стабильно превышает уровень смертности от острых коронарных событий более чем в два раза. Министр отметил, что среди скончавшихся от заболеваний системы кровообращения в прошлом году вне стационара не менее 40% приходится на мужчин и 35% на женщин трудоспособного возраста. Все они в последние два года не обращались за медицинской помощью в рамках системы ОМС.

Ещё один резерв в качестве оказания медицинской помощи, а следовательно и в увеличении количества сохранённых жизней, Минздрав видит в работе скорой помощи. М. Мурашко призвал оптимизировать её работу, чтобы сократить потери времени. А с учётом того, что необходимо быть готовыми к новым волнам заболеваемости COVID-19, он призвал регионы внедрять эффективную модель единой центральной диспетчерской службы скорой медицинской помощи и обеспечить централизованное управление системой.

Сегодня борьба с ССЗ является приоритетным направлением государственной политики, реализуемой в том числе в рамках Федерального проекта «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями», заявил министр. За три года реализации проекта удалось существенно укрепить материально-техническую базу кардиологической службы. В 538 региональных сосудистых центрах и первичных сосудистых отделениях

Кардиологи, как и врачи других специальностей, работают в крайне непростое время, сопряжённое не только с продолжающейся пандемией новой коронавирусной инфекции, но и с внешними ограничениями, с которыми столкнулось государство. Эти факторы осложняют повседневную научную и клиническую практику, возможности оказывать высокотехнологичную помощь населению, генерируют новые и новые вызовы перед всем медицинским сообществом. В столь сложных условиях добиться целевых показателей Национального проекта «Здравоохранение» по снижению смертности от сердечно-сосудистых заболеваний возможно только

Деловые встречи

Резервы сохранения жизней

Они обсуждались на Всероссийской научно-практической конференции «Кардиология на марше 2022»

ях введено в эксплуатацию свыше 15 тыс. единиц современного медицинского оборудования, в том числе 363 единицы тяжёлого. Он призвал увеличить темп охвата диспансеризацией и профилактическими медицинскими осмотрами, уделять особое внимание лицам трудоспособного возраста и лицам, не посещавшим медицинские организации более года и более, а также пациентам с хроническими неинфекционными заболеваниями, перенёвшими COVID-19.

Принят и с 1 сентября вступает в силу новый порядок диспансеризации. Его внедрение в практику, как рассчитывают, позволит снизить риски преждевременной смертности населения от хронических неинфекционных заболеваний, включая болезни системы кровообращения. Именно поэтому, согласно документу, особое внимание теперь будет уделяться пациентам с хроническими заболеваниями и высоким риском ССЗ. Охват профосмотрами должен составить не менее 70%, а для людей старше 55-60 лет – 90%. Как рассказал М. Мурашко, в порядке чётко разграничены функции врачей и специалистов путём выделения 12 групп заболеваний и состояний, при наличии которых высок риск развития осложнений ССЗ, требующих обязательного наблюдения. И в зависимости от степени тяжести заболевания конкретизированы контролируемые показатели состояния здоровья, периодичность диспансерных приёмов. «К моменту вступления в силу порядка нужно перестроить работу, сформировать подходы диспансерного наблюдения пациентов с ССЗ согласно новым требованиям», – указал он.

И добавил, что принципиально важно составить на каждом участке соответствующий регистр пациентов. «Сделать это необходимо

совместно с территориальными фондами ОМС, а актуализированные списки должны чётко контролироваться при проведении мероприятия по вторичной профилактике. Что касается группы пациентов, не посещавших медицинские организации более 2 лет, с ними необходимо работать таргетно, приглашая их на диспансеризацию и профилактические мероприятия», – отметил министр.

Значимый потенциал снижения смертности несёт и льготное лекарственное обеспечение. Принятое в прошлом году постановление Правительства РФ предусматривает расширение периода лекарственного обеспечения лиц, перенёвших острые сердечно-сосудистые события, с года до 2 лет, что должно способствовать повышению приверженности пациентов к постоянному медикаментозному лечению, снизит риски развития таких событий и их осложнений. «Задача, стоящая перед кардиологической службой, – обеспечить эффективное использование вышеуказанного ресурса путём достижения стопроцентного охвата диспансерным наблюдением и лекарственным обеспечением указанных льготных категорий граждан», – обозначил он.

Приоритетным направлением была названа и цифровая трансформация кардиологической службы, и здесь ключевую роль играет внедрение во всех организациях ВИМИС. В последующем эта система будет интегрирована в программы, использующие искусственный интеллект для помощи в принятии врачебных решений. Чтобы отслеживать эти процессы, надо в каждом регионе сформировать рабочую группу и организовать мониторинговый центр на базе краевой, республиканской, областной или окружной больницы.

Система раннего выявления

План мероприятий по реализации в 2021-2025 гг. концепции демографической политики РФ на период до 2025 г. предусматривает создание системы раннего выявления ССЗ, которая позволит снизить внебольничную летальность от болезней системы кровообращения не менее чем на 10% к 2025 г. Как рассказал генеральный директор НМИЦ кардиологии им. Е.И. Чазова, главный специалист кардиолог Минздрава России, академик РАН Сергей Бойцов, достичь этого возможно за счёт расширения программы диспансеризации граждан, введения дополнительных диагностических исследований, увеличения объёмов ВМП, переоснащения и дооснащения сосудистых центров.

Если говорить конкретнее, то предстоит внедрить в МИС системы поддержки принятия врачебных решений и аналитические системы ЭМК для контроля качества лечения, при этом фокус будет направлен на достижение заданных целевых параметров здоровья в соответствии с клиническими рекомендациями. А для этого предстоит организовать регулярное повышение квалификации кардиологов в терапевтов с акцентом на знание клинических рекомендаций. Особенно беспокоит главного кардиолога работа первичного звена: «На уровне первичного звена нужна активизация фельдшеров, они должны реально работать, а не быть «статистами». Ещё одно слабое место в службе – это преемственность в ведении больного: «Передача информации о выписке пациентов из стационара в поликлинику – это гигантская дистанция, что в конечном итоге оборачивается резкой деэскалацией терапии».

Как сказал С. Бойцов, в поликлиниках с прикреплённым населе-

нием менее 20 тыс. человек, там, где нет кардиологов, планируется создавать кабинеты высокого риска. Уже успешно идёт создание в регионах амбулаторных центров лечения хронической сердечной недостаточности.

Будет внедряться методика ультразвукового исследования сердца в сочетании с нагрузкой на него – эта технология должна полностью вытеснить практикуемую ныне велоэргометрию в диагностических центрах крупных поликлиник. Появится единый консультативно-диагностический центр расшифровки ЭКГ и маршрутизации больных с неотложными состояниями. Догоспитальным тромблизисом, дающим достоверное снижение общей летальности, хотя охватить не менее 90% пациентов; для обучения врачей данной методике будет создан симуляционный центр.

Что касается стационаров, то на базе больниц третьего уровня должны быть созданы организационно-методические центры, обеспечивающие диагностику и контроль больных с ССЗ. Развитие проактивных телемедицинских консультаций и виртуальных обходов позволит активнее работать с медицинскими организациями первого и второго уровней. Кроме того, С. Бойцов высказался за расширение видов и увеличение объёмов плановой ВМП. Он также отметил потребность в широком внедрении таких методов, как фракционный резерв кровотока, оптическая когерентная томография, внутрисосудистые визуализирующие исследования при чрескожных коронарных вмешательствах. Кардиореабилитация должна, наконец, стать реальностью – её объёмы увеличатся до 800 человек на млн населения в год.

Римма ШЕВЧЕНКО,
корр. «МГ».

Инициатива

Специалисты Национального медицинского исследовательского центра им. Е.Н. Мешалкина (Новосибирск) предложили технологически несложный и не затратный, но эффективный подход к решению очень важной проблемы – защите онкологических больных от сердечных катастроф на фоне или после химиотерапии. Известно, что химиотерапевтические препараты обладают высокой кардиотоксичностью, поэтому нередки ситуации, когда онкологический пациент в стадии ремиссии внезапно погибает от сердечно-сосудистой патологии. Это сводит на «нет» все усилия онкологов.

В центре Е.Н. Мешалкина полагают, что переломить ситуацию можно, если перед назначением противоопухолевой лекарственной или химиолучевой терапии проводить онкобольному диагностику, нацеленную на выявление предрасположенности к нарушению сократительной способности сердечной мышцы. Проводить

И лечить, и защищать



эхокардиографию для оценки систолической функции сердца целесообразно при назначении

противоопухолевого лечения пациентам со всеми онкологическими диагнозами.

Как пояснила заведующая научным и клиническим отделами лучевой и инструментальной диагностики НМИЦ доктор медицинских наук Татьяна Берген, в случае, если у пациента есть предрасположенность к патологическим изменениям в миокарде, на фоне противоопухолевого лечения заболевание сердца будет активно прогрессировать. Выявленные на УЗИ скрытые нарушения сократительной способности миокарда указывают на высокий риск инфаркта и смерти при химиотерапии. Это позволяет своевременно назначить препараты для защиты сердечной мышцы и предотвращения инфаркта при кардиотоксичной химиотерапии.

Кардиологи и кардиохирурги центра регулярно видят пациентов с острым инфарктом миокарда, который случается у онкобольных во время или после лечения. Посколь-

ку с недавнего времени в этом учреждении помимо кардиохирургии развиваются ещё два профильных направления – онкология и нейрохирургия, и накоплен наибольший в России опыт лечения коморбидных пациентов с онкологической и сердечно-сосудистой патологией, появилась возможность проводить научное исследование о возможностях кардиопротекции у пациентов со злокачественными новообразованиями.

Предложенный новосибирскими медиками способ одобрен Минздравом России. Решением регулятора началась клиническая апробация нового диагностического подхода в медицинских организациях страны. К клинической апробации нового диагностического подхода уже присоединился НМИЦ им. В.А. Алмазова. Как только накопятся статистически значимые результаты, новая тактика ведения онкобольных будет широко транслирована в клиническую практику.

Елена СИБИРЦЕВА.

Новосибирск.

– Гузель Эрнстовна, на только что прошедшем конгрессе «Оргздрав-22» в обсуждении проблем и задач общественно-го здоровья принимали участие все, кто только мог: депутаты, чиновники, учёные, представители бизнеса, врачебных объединений и пациентских сообществ. Примечательно, что не было диаметрально противоположных мнений, когда бы одна сторона утверждала, что всё в нашем здравоохранении плохо, а другая настаивала, будто всё в полном порядке. В большинстве вопросов оценки совпали. К каким же выводам в итоге пришли эксперты: где самые «узкие места» отрасли и как их устранить?

– Сегодня в России главная проблема общественного здоровья – высокая смертность населения. Из-за сверхсмертности в 2020 и 2021 гг., вызванной всеми причинами, включая смертность от новой коронавирусной инфекции, ожидаемая продолжительность жизни снизилась на 3,2 года и составила только 70 лет. Если в 1990 г. смертность в России была на уровне новых стран ЕС (страны бывшего соцлагеря и прибалтийские республики СССР), то сегодня она на 20% выше, чем у них. А продолжительность жизни у нас стала на 5 лет ниже, чем в «новых» странах ЕС, и на 10 лет ниже, чем в «старой» Европе.

Система здравоохранения могла бы повлиять на снижение смертности населения, однако два напряжённых года пандемии и новые экономические вызовы усугубили и без того немалые проблемы отрасли. Самая острая из них, по единодушному мнению участников дискуссии, – дефицит медицинских кадров. Причём есть существенные различия в кадровой обеспеченности между регионами. Это связано с низким уровнем оплаты труда медиков в большинстве из них по сравнению с Москвой, Санкт-Петербургом и некоторыми другими крупными городами.

К числу наиболее актуальных проблем эксперты также отнесли ослабление роли медицинской науки в решении проблем здравоохранения. Это связано с её недостаточным финансированием, отсутствием единой системы управления научно-производственным комплексом, а кроме того, отсутствием долгосрочных планов развития науки согласно установленным приоритетам.

Далее, все отметили высокую зависимость России от импорта лекарственных препаратов и медицинского оборудования. Чтобы исправить данное положение, необходимо возродить господдержку научно-производственного комплекса страны и ряда отраслей – приборостроение, радиоэлектроника, лабораторное животноводство и др.

В текущем и следующем годах внешние условия для здравоохранения будут чрезвычайно трудными, это очевидно. Чтобы не допустить дальнейшего роста смертности населения РФ, необходимо увеличить объёмы бесплатной медицинской помощи. Как это сделать? За счёт дополнительных финансовых вливаний и эффективных управленческих решений. Первое и главное – выровнять оплату труда медработников во всех субъектах РФ до уровня, сопоставимого с Москвой и Санкт-Петербургом, чтобы избежать оттока кадров из регионов в столицы. Тем самым будет обеспечена равная доступность медицинской помощи жителям по всей территории страны. При этом крайне важно, чтобы равными по стране были именно базовые оклады медработников, а компенсационные и стимулирующие выплаты начислялись по единой системе.

Следующее предложение – централизовать управление отраслью и её финансирование на уровне Минздрава России. Предлагается перейти на оплату расходов медицинских организаций в сельских местностях и труднодоступных территориях по смете, которая

Экспертный уровень

Почему отрасль «прихрамывает» и как её вылечить?

Здравоохранение и демография неотделимы от экономики

Наша страна фактически ведёт отсчёт новой жизни со 2 июля 2020 г., когда Президентом России был подписан Указ «О национальных целях развития на период до 2030 г.». Сохранение населения, здоровья и благополучия людей значатся в этом списке первым пунктом. Согласно Указу, к 2030 г. ожидаемая средняя продолжительность жизни россиянина должна достичь 78 лет. Без сомнения, роль системы здравоохранения в достижении этой цели первостепенна.

Что в реальности мы имеем уже через два года после выхода данного Указа?

За период пандемии COVID-19 в 2020 и 2021 гг. дополнительно умерли почти миллион человек по сравнению с 2019 г. Объяснять этот факт одной только коронавирусной инфекцией было бы обманом, в значительной мере он связан с экономической ситуацией, и с проблемами в сфере охраны здоровья.

О том, на какую ногу «прихрамывает» отрасль, какие меры необходимо принять, чтобы потребность населения России в медицинской помощи была обеспечена в полном объёме, а демографические тренды в стране перестали быть негативными, в интервью «МГ» рассказала ректор Высшей школы организации и управления здравоохранением доктор медицинских наук Гузель УЛУМБЕКОВА.

покрывает их базовые расходы на оплату руда, расходные материалы, лекарства и пр. Такой подход позволяет сохранить на таких территориях больницы, врачебные амбулатории и ФАПы.

В очередной раз эксперты вернулись к тому, что участие страховых медицинских организаций в системе финансирования здравоохранения не оправданно и затратно. Кроме того, прозвучало ещё одно разумное предложение, тоже не в первый раз обсуждаемое на форумах организаторов здравоохранения, но до сих пор почему-то не реализованное – создание системы всеобщего лекарственного страхования населения, чтобы на этапе амбулаторного лечения не только льготники, а все пациенты, которым врач выписал рецепт, получали лекарства бесплатно либо со скидкой.

Чтобы повысить качество подготовки врачей, необходимо повысить оплату труда профессоров и преподавателей медицинских вузов и училищ, возродить престиж преподавательской работы.

Для решения этих и других задач, сформулированных экспертами, в ближайшие 2 года потребуются дополнительное финансирование здравоохранения – около 500 млрд руб. в год. Средства на это в федеральном бюджете есть.

– **Вариантов нет: главное условие высокой результативности системы здравоохранения в любой стране – достаточное финансирование и грамотные управленческие решения.**

– Именно так. Посмотрите на проблемы, обозначенные экспертами, и на предложения по их решению: всё «завязано» на достаточное финансирование, которое в свою очередь является результатом определённой экономической политики. Как говорится, «сколько денег – столько и песен», то есть объёмов бесплатной медицинской помощи. К сожалению, российское здравоохранение находится в состоянии длительного недофинансирования. Доля государственных расходов на здравоохранение в структуре ВВП у нас в 1,6 раза ниже, чем в «новых» странах Евросоюза, и в 2,4 раза ниже, чем в «старой» Европе.

Существенно повлияли на уровень доступности и качество медицинской помощи губительные, непродуманные реформы, которые проводились под видом оптимизации отрасли с 2012 по 2018 г. За это время потоки больных увеличились

на 4%, или на 10 с лишним миллионов человек, а коечный фонд сократился на 13%, или на 160 тыс. Число врачей уменьшилось на 8%, или на 46 тыс.

Это привело к тому, что к началу пандемии мы пришли обезоруженными, без кадрового и коечного резерва. И когда потребовалось отдать все силы на оказание помощи больным коронавирусной инфекцией, оказалось, что свободных кочных мощностей и врачей для лечения других пациентов нет. Отсюда и высокая смертность.

– **Так называемая оптимизация системы здравоохранения на самом деле была попыткой выполнить тот самый Указ Президента РФ от 7 мая 2012 г., который требовал повысить к 2018 г. среднюю зарплату врачей, преподавателей вузов и научных сотрудников до 200% от средней заработной платы в регионе. Естественно, надо было где-то найти деньги. Ничего лучшего, кроме как взять их внутри самой отрасли, не придумали: забрать у одних и отдать другим. А что, альтернативные предложения как достичь указанных целей, не разваливая систему здравоохранения, не рассматривались, или их в принципе не было?**

– Слабость профессионального экспертного сообщества тогда показала себя в полную силу. Смолчали наши крупнейшие объединения учёных и врачей – медицинское отделение Российской академии наук и Национальная медицинская палата, а также научно-исследовательские институты по организации здравоохранения Минздрава и Минобрнауки – ЦНИИОИЗ и НИИ общественного здоровья им. Н.А.Семашко.

Я практически в одиночку научно обосновала недопустимость оптимизации и выступала против неё: обращалась к депутатам Госдумы, в Правительство. К сожалению, бесполезно. Доверие авторам реформы – а это сотрудники Высшей школы экономики и Научно-исследовательского финансового института Минфина, имена которых всем известны, – тогда было абсолютное. В итоге мы получили то, что получили. А сегодня уже с самых высоких трибун говорят о той «оптимизации» как об ошибке.

Хочу отметить, что не только здравоохранение влияет на ожидаемую продолжительность жизни. Есть ещё два фактора – доходы



населения и образ жизни. Доходы людей, как известно, во многом зависят от уровня экономического развития страны. За прошедшие 30 лет темпы развития экономики Российской Федерации по отношению к большинству стран мира катастрофически отстали! Если посмотреть динамику ВВП в период 1990-2020 гг. в постоянных ценах, видно, что в РФ валовой внутренний продукт за 30 лет вырос всего в 1,2 раза, тогда как в Польше – в 2,8 раза, в Южной Корее – в 4 раза, а в Китае – в 14 раз.

Что касается реальных доходов населения нашей страны, с 2013 по 2020 г. они снизились более, чем на 10%. При этом, согласно информации 2019 г., суммарный капитал долларовых миллиардеров в России в долях ВВП в 1,9 раза выше, чем в США, и в 3,2 раза выше, чем в Китае. Иными словами, имеющееся богатство страны распределяется крайне неравномерно: более половины населения страны остаётся с доходами, не превышающими 25 тыс. руб. в месяц.

Ещё несколько важных цифр. Почему Президент РФ заявил о демографии как главной национальной цели? Потому что проблемы не только с высокой смертностью, но и с низкой рождаемостью. Сегодня рождаемость падает таким же темпом, как после распада Советского Союза. Начиная с 2015 г., число родившихся детей сократилось с 1,9 млн до 1,4 млн в год.

– **В такой ситуации цели, поставленные Указом Президента – продолжительность жизни россиянина 78 лет и рост численности населения страны – в принципе достижимы?**

– В принципе, да. Чтобы понять, как исправить положение, надо знать, на какие факторы необходимо воздействовать. Что касается смертности и, соответственно, ожидаемой продолжительности жизни, то это три главных фактора – уровень доходов населения, образ жизни и доступность бесплатной медицинской помощи. Можем ли мы воздействовать на эти факторы и изменить ожидаемую продолжительность жизни в лучшую сторону? Можем абсолютно точно, но для этого, как уже сказано, государственное финансирование здравоохранения необходимо увеличивать ежегодно на 500 млрд руб., чтобы к 2024 г. достичь минимум 4,5-5% ВВП.

Да, пандемия заставила в 2020 г. увеличить расходы на здравоохранение сразу на 33% по сравнению с

2019 г., но этот рывок касался новых пациентов и, соответственно, новых затрат. Он не имеет отношения к решению «хронических» проблем отрасли. А с 2022 до 2024 г. бюджет отрасли снова снизился, и дальше его рост не просматривается.

– **С экономикой отрасли разобрались, теперь – об управленческих решениях. Как вы оцениваете уровень подготовленности организаторов здравоохранения?**

– Необходимое условие – чтобы организатор здравоохранения имел высшее медицинское образование, а достаточные условия – знание экономики и финансов, владение стратегическим и оперативным управлением. К сожалению, этому наших организаторов здравоохранения в большинстве случаев не обучают. Вот и получается, что управленческий опыт приобретается ценой проб и ошибок, а у организатора здравоохранения любая ошибка стоит дорого, так как касается не одного пациента. Исходя из этого, очень важно поднять обучение организаторов здравоохранения на высокий уровень.

Кроме того, нельзя так часто проводить ротацию людей на постах министров здравоохранения в регионах, поскольку у них снижается мотивация работать с полной отдачей: зачем вникать в проблемы отрасли, если тебя в любой момент могут попросить освободить кресло, которое ты занял год назад или того меньше. Даже опытному управленцу, который приходит на должность министра с должности главного врача, требуется минимум 1,5 года, чтобы научиться руководить не коллективом из трёхсот человек, а отраслью, где в среднем 50 тыс. работников и 3 млн пациентов. Тем не менее, именно 1,5 года – средний срок службы глав региональных минздравов в настоящее время. Кстати, аналогичная ситуация с главными врачами медицинских организаций.

– **Страна выходит из состояния пандемии, система здравоохранения уже вернулась в обычный режим работы. Как вы полагаете, этот «обычный» режим должен быть прежним, допандемийным, или необходимо что-то менять?**

– При всём желании не получится вернуться к допандемийному стилю работы. Согласно нашим прогнозам, число людей, которым потребуются медицинская помощь, уже в текущем году вырастет в сравнении с 2019 г. примерно на 20%. Прежде всего это те, кто переболел COVID-19 и нуждается в реабилитации. Кроме того, в связи с тем, что последние два с половиной года ресурсы отрасли были отвлечены на COVID-19, снизилась выявляемость хронических неинфекционных заболеваний на ранних стадиях, возросла их запущенность. Наконец, придут те плановые пациенты, лечение которых по понятной причине откладывали в течение последних 2 лет и дальше откладывать нельзя.

В итоге поток больных вырастет, а кадров, коек и денег в отрасли больше не стало. Пропускная способность системы здравоохранения в настоящее время уже не соответствует реальной потребности населения.

– **Что мы получим в итоге?**

– К сожалению, ничего хорошего. И своё недовольство люди будут опять выплёскивать на тех, кто не виноват – на врачей.

Что необходимо сделать экстренно? Ещё раз повторю: поднять оплату труда медработников, чтобы привлечь дополнительные кадры. Обеспечить всё население лекарствами по рецепту врача. Увеличить объёмы медицинской помощи и тарифы на её оказание. Мы же не можем, образно говоря, забрать деньги у пациентов кардиологического профиля и отдать их на оказание помощи онкологическим больным. Поэтому, чтобы ресурсы хватили на всех пациентов, Минфину придётся раскошелиться.

Беседу вела Елена БУШ, обозреватель «МГ».

КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 23 (2335)

Единственный желудочек сердца (ЕЖ) – врождённый порок сердца (ВПС), характеризующийся нарушением предсердно-желудочковой связи, когда полостями предсердий через митральный и трёхстворчатый клапаны соединяются лишь с одним, хорошо развитым доминирующим желудочком. При этом кровообращение в малом и большом кругах осуществляется параллельно, а не последовательно, как в норме.

Этиология и патогенез заболевания или состояния. Предрасполагающими факторами формирования ЕЖ, как и прочих ВПС, являются следующие: хромосомные нарушения – 5%; мутация одного гена – 2-3%; факторы среды (алкоголизм родителей, краснуха, лекарственные препараты и др.) – 1-2%; полигенно-мультифакториальное наследование – 90%.

Считалось, что указанные причины приводят к агенезии межжелудочковой перегородки, с которой связывали возникновение ЕЖ. Однако исследования, проведённые R.Van Praagh, показали, что данный механизм не является универсальным, так как представляет лишь один из вариантов возникновения ЕЖ, а с точки зрения эмбриологического развития и анатомии этот порок чаще возникает тогда, когда происходит задержка развития одного или обоих желудочков сердца. Для понимания механизмов развития различных анатомических вариантов ЕЖ следует вспомнить некоторые аспекты нормального эмбриогенеза сердца. В ранней стадии развития сердца оба предсердия сообщаются с первичным желудочком, который в свою очередь сообщается с артериальным бульбусом, дающим начало артериальному стволу. Из первичного желудочка образуется левый желудочек (ЛЖ), из синусной части артериального бульбуса – приточный и основной отделы правого желудочка (ПЖ), а из конусной части – выходные тракты обоих желудочков. Следовательно, задержка развития синусной части артериального бульбуса приведёт к отсутствию ПЖ, а единственная желудочковая камера приобретает строение левого желудочка. В таких случаях от ПЖ остаётся только выходная (инфундибулярная) камера – «выпускник», от которого, как правило, отходит тот сосуд, который должен отходить от ПЖ: при нормальном расположении магистральных сосудов – лёгочная артерия (ЛА), а при транспозиции магистральных артерий (ТМА) – аорта (Ао). При задержке развития первичного желудочка единственная желудочковая камера имеет строение ПЖ, а магистральные сосуды независимо от типа их взаимоотношения отходят от выходной камеры. При задержке развития первичного желудочка, синусной части артериального бульбуса и агенезии межжелудочковой перегородки единственная желудочковая полость аналогична по своему внутреннему строению выходному отделу ПЖ.

Особенности гемодинамических нарушений при ЕЖ определяются смешиванием потоков оксигенированной крови из лёгочных вен (насыщение кислородом – 95-100%) и неоксигенированной крови из системных вен (насыщение кислородом – 55-60%) в одной камере, что приводит к той или иной степени артериальной гипоксемии. При равном лёгочном и системном кровотоке результирующая оксигенация составит 75-80%. При возрастании лёгочного кровотока возрастает и системное насыщение. В свою очередь, объём кровотока через малый и большой круги кровообращения (при отсутствии анатомических сужений) определяется относительной резистентностью соответствующих сосудов. При постоянно интенсивном лёгочном кровотоке быстро развивается объёмная перегрузка ЕЖ, обеспечивающего как системное, так и лёгочное кровообращение. В результате развивается застойная сердечная недостаточность (СН), желудочек теряет способность изгонять кровь против высокого системного сопротивления, и всё большая часть крови рециркулирует через лёгочные сосуды. Длительное существование усиленного лёгочного кровотока приводит к изменениям в лёгочных сосудах вплоть до склеротических и повышению лёгочного сосудистого сопротивления (лёгочная гипертензия). В случае сопутствующего стеноза ЛА наблюдается снижение соотношения лёгочного и системного кровотока ниже 1,0, что приводит к значительному снижению системного насыщения, однако СН менее выражена.

При отхождении аорты от рудиментарной желудочковой камеры на пути кровотока из системного желудочка в аорту имеется так называемое бульбовентрикулярное отверстие, представляющее собой по сути дефект межжелудочковой перегородки (ДМЖП). Со временем происходит нарастание обструкции на уровне БВО (субаортальный стеноз), что затрудняет системный кровоток. В ряде наблюдений имеются одновременно препятствия на пути и системного и лёгочного кровотока.

В поддержании адекватной гемодинамики как малого, так и большого кругов кровообращения важную роль может играть открытый артериальный проток (дуктус-зависимые состояния).

Единственный желудочек сердца

Клинические рекомендации (протокол)

Эпидемиология заболевания или состояния. Частота ЕЖ составляет около 0,13/1000 новорождённых, среди всех ВПС – 2,5%, среди «критических» ВПС – 5,5%, в течение первого года жизни без лечения смертность составляет 75%. Наиболее частый вариант – двуприточный ЛЖ с ТМА.

Прогноз естественного течения ЕЖ неблагоприятный: без операции на первом году жизни умирают 55-67%, а к 10 годам – до 90% детей.

Клиническая картина заболевания или состояния. Клиническая симптоматика определяется объёмной перегрузкой сердца и лёгочной гипертензией у пациентов без сопутствующего стеноза ЛА и выраженной гипоксемией – у пациентов со стенозом ЛА.

В случае обеднённого лёгочного кровотока с момента рождения или вскоре после него развивается цианоз. Насыщение крови кислородом составляет 70-80%. Цианоз усиливается при нагрузке (движение, плач, кормление), в том числе, по мере увеличения возраста и роста ребёнка. У 10-15% пациентов отмечают одышечно-цианотические приступы; характер их такой же, как при тетраде Фалло (приступы обусловлены спазмом выводного отдела ПЖ, ограничивающими поступление крови в ЛА). Таким образом, большинство пациентов с ЕЖ находятся в тяжёлом состоянии, обусловленном, в первую очередь, хронической артериальной гипоксемией. Избыточный лёгочный кровоток при ЕЖ встречается значительно реже. Цианоз у таких пациентов в раннем детском возрасте часто отсутствует или нерезко выражен. Нарастание цианоза у пациентов старшего детского возраста обычно связано с прогрессирующим уменьшением лёгочного кровотока в результате развития морфологических изменений в артериальных сосудах лёгких, обусловленных чрезмерным кровотоком.

У большинства пациентов присутствует одышка. В случае обеднённого лёгочного кровотока она имеет место и в покое, также усиливаясь при нагрузке. В случае избыточного лёгочного кровотока одышка нередко сочетается с признаками СН, выраженной в большей или меньшей степени (от чрезмерной потливости и тахикардии до гепатомегалии, отёков, асцита и/или гидроторакса).

Постепенно происходит изменение дистальных фаланг пальцев рук по типу «бараньих палочек» и «часовых стекол», что обусловлено хронической артериальной гипоксемией. Описанные изменения фаланг пальцев кистей чаще распространены у детей, переживших двухлетний возраст, но иногда могут развиваться уже в 3-4 месяца.

В случае сопутствующих субаортального стеноза, гипоплазии дуги аорты или коарктации аорты быстро могут развиваться и прогрессировать симптомы недостаточной перфузии органов и тканей, вплоть до шока. Пациенты с одновременной обструкцией

системного и лёгочного кровотока, как правило, нежизнеспособны.

Помимо специфической клинической картины, около 70% пациентов имеют отставание в физическом развитии, а также сколиоз.

При аускультации лёгких возможно выслушивание застойных хрипов, что характерно для избыточного лёгочного кровотока и развития СН. Картина аускультации сердца определяется, в первую очередь, наличием и степенью выраженности обструкции на уровне БВО и/или лёгочного ствола. Над областью сердца выслушивается систолический шум, причем у пациентов без стеноза ЛА он максимально выражен в 3-4 межреберья. Происхождение систолического шума может быть обусловлено либо прохождением крови из системного желудочка (СЖ) через БВО в камеру-выпускник и далее – в аорту. При стенозе ЛА шум носит грубый характер и максимально выражен над основанием сердца, соответственно уровню стеноза. Систолический шум на верхушке соответствует недостаточности атриовентрикулярного клапана. Следует помнить, что ЕЖ часто сочетается с аномалиями положения сердца, которые меняют локализацию шумов.

оценки степени выраженности НК хорошо зарекомендовала себя модифицированная шкала Ross.

Лабораторные диагностические исследования. На этапе обследования, в том числе перед оперативным вмешательством, всем пациентам рекомендуется выполнить общий (клинический) анализ крови для определения исходного уровня гемоглобина и тромбоцитов.

На этапе обследования, в том числе перед оперативным вмешательством, всем пациентам рекомендуется анализ крови биохимический общетерапевтический для оценки функции печени и почек. Для оценки функции печени целесообразно выполнить исследование уровня общего белка и альбумина, АСТ, АЛТ, билирубина (общий, прямой, непрямой). Для оценки функции почек целесообразно выполнить исследование уровня мочевины, креатинина.

На этапе обследования, в том числе перед оперативным вмешательством, всем пациентам рекомендуется исследование коагулограммы (ориентировочное исследование системы гемостаза) с целью выявления исходных нарушений системы гемостаза, а так-

Диагностика заболевания или состояния

Критерии установления диагноза:

✓ Данные объективного исследования: цианоз, признаки недостаточности кровообращения

✓ Данные эхокардиографии/ангиокардиографии: отсутствие межжелудочковой перегородки, наличие атрио-вентрикулярных клапанов, открывающихся в ЕЖ, наличие камеры-выпускника (рудиментарного желудочка) и отходящим от неё магистральным сосудом.

Жалобы и анамнез. При расспросе пациента (или их родственников в случае маленьких детей) с подозрением на ВПС рекомендуется определить время появления цианоза, наличия или отсутствия его прогрессирования, а также расспросить о наличии и характере одышки для верификации диагноза и оценке общего состояния.

При сборе анамнеза и жалоб у пациентов с подозрением на ВПС, для оценки степени выраженности недостаточности кровообращения (НК), рекомендуется оценить у пациента (или его родственников) наличие и характер потливости.

Физикальное обследование. Во время физикального обследования у пациентов с подозрением на ВПС рекомендуется оценить признаки хронической артериальной гипоксемии (симптом «бараньих палочек», «часовых стекол»).

Для косвенной оценки соотношения лёгочного и системного кровотока, а также тяжести состояния пациента, во время физикального обследования у пациентов с подозрением на ВПС, рекомендуется определить уровень системной оксигенации (насыщение крови кислородом) путём пульсоксиметрии.

Во время физикального обследования у пациентов с подозрением на ВПС, для оценки степени выраженности НК и тяжести состояния пациента, рекомендуется оценить характер и частоту дыхания. При осмотре дыхания пациента может быть физиологическим, с умеренным (втяжением межреберных промежутков) и выраженным (одышка) вовлечением вспомогательной мускулатуры.

Во время физикального обследования у пациентов с подозрением на ВПС, рекомендуется аускультация лёгких для выявления наличия или отсутствия застойных хрипов.

Во время физикального обследования у пациентов с подозрением на ВПС, рекомендуется пальпация живота для выявления наличия или отсутствия гепатомегалии. Тщательно собранный анамнез и данные физикального обследования позволяют точно определить степень выраженности НК и функциональный статус пациента. В детской кардиологической практике для быстрой

же для оценки эффективности последующей (послеоперационной) тромбопрофилактики. На сегодняшний день известным фактом является наличие исходных аномалий свёртывающей системы крови у пациентов с одножелудочковой гемодинамикой. Ввиду этого, таким пациентам целесообразно определение показателей локальных (активированное частичное тромбопластиновое время (АЧТВ), фибриноген, международное нормализованное отношение (МНО), степень агрегации тромбоцитов) и, при наличии возможности, глобальных тестов (тромбоэластография) оценки гемостаза.

Инструментальные диагностические исследования. На этапе обследования, в том числе перед оперативным вмешательством, всем пациентам рекомендуется регистрация электрокардиограммы (ЭКГ) для исключения нарушений ритма и проводимости, а также ишемии миокарда. Наиболее закономерным является отклонение электрической оси сердца вправо (у более 70% пациентов) с признаками гипертрофии ПЖ (у более 94% пациентов). У 50% пациентов отмечаются также признаки гипертрофии ЛЖ. Характерными для ЕЖ являются высоковольтная ЭКГ в грудных отведениях, за исключением V1, преобладание зубцов S над зубцами R или равнозначные комплексы RS. У пациентов с ТМА может отмечаться отсутствие зубцов Q в левых и наличие их в правых грудных отведениях. Для пациентов с ЕЖ в значительной степени характерны нарушения проводимости и ритма различного характера.

На этапе обследования, в том числе перед оперативным вмешательством, всем пациентам с ЕЖ рекомендуется выполнение рентгенографии органов грудной клетки для оценки степени кардиомегалии и состояния лёгочного кровотока, а также определения участков гипо- или гипервентиляции лёгких. У всех пациентов с ЕЖ, независимо от расположения магистральных артерий, наблюдается расширение тени сердца в поперечнике. В большей степени оно выражено у пациентов с увеличенным лёгочным кровотоком. Нередко имеют место признаки увеличения ПЖ, режа – левого. У всех пациентов имеет место увеличение правого предсердия. У пациентов с необструктивным лёгочным кровотоком наблюдается усиление лёгочного рисунка и расширение корней лёгких. В периферических отделах лёгочный рисунок представлен узкими артериальными сосудами, также отмечается симптом «ампутации» крупных артериальных ветвей (картина высокой лёгочной гипертензии). У пациентов с нормальным расположением магистральных артерий или расположении их, как при полной транспозиции со стенозом ЛА, в передне-задней проекции, в области второй дуги, отмечается западение, аналогичное тому, которое обычно имеет место при тетраде Фалло. При корригированной ТМА левый контур сердца

не дифференцируется на первую и вторую дуги и представлен непрерывной, слегка выпуклой или прямой тенью, что связано с левосторонним расположением восходящей Ао. При этом у пациентов со стенозом ЛА по левому контуру сердца определяется выбухание третьей дуги, обусловленное расположением в этой области корня Ао и камеры-выпускника.

Эхокардиография (ЭхоКГ) рекомендуется всем пациентам с подозрением на ЕЖ как ведущий метод диагностики, позволяющий установить окончательный диагноз. Регистрируется отсутствие межжелудочковой перегородки и наличие атрио-вентрикулярных клапанов, открывающихся в ЕЖ. Удаётся определить камеру-выпускник и отходящий от неё магистральный сосуд. При нормальном расположении магистральных артерий определяется митрально-аортальное соединение, при ТМА – митрально-лёгочное. При проведении ЭхоКГ необходимо обратить внимание на следующие моменты: 1) оценка морфологии ЕЖ (левая или правая), его объёма и сократительной функции, положение рудиментарного желудочка; 2) положение магистральных артерий, их размеры, анатомия полулунных клапанов; 3) при дискордантном положении магистральных артерий – размеры БВО и соотношение его с кольцом аортального клапана; 4) анатомия АВ клапанов, степень их недостаточности; 5) размеры межпредсердного сообщения (МПС), открытие артериального протока (ОАП), направление сброса через них; 6) наличие сопутствующих пороков (коарктация Ао, перерыв дуги Ао).

Компьютерная/магнитно-резонансная томография сердца с контрастированием рекомендуется пациентам с подозрением на ЕЖ в случаях наличия затруднения в установлении морфологии порока при помощи ЭхоКГ. Методика точно отображает анатомию артериальных и венозных сосудов, клапанного аппарата, субстрат субаортального стеноза, внутрисердечную анатомию, объём желудочка, степень гипертрофии миокарда.

Рекомендуется проведение ангиокардиографии (АКГ) (чрезвенозной катетеризации сердца, зондирования камер сердца) всем пациентам с ЕЖ с целью:

- 1) уточнения диагноза при недостаточности данных, полученных в ходе ЭхоКГ.
- 2) Оценки морфологии желудочка.

(Окончание.

Начало в № 23 от 17.06.2022.)

Рекомендуется пациентам с диагнозом «киста нижней челюсти» проведение диетотерапии, включающей челюстную диету для снижения риска патологического перелома челюсти и снижения риска гнойно-воспалительных осложнений.

Рекомендуется пациентам с диагнозом «киста подъязычной и поднижнечелюстной околоушной слюнной железы» проведение диетотерапии с исключением приёма слюностимулирующей пищи с целью снижения риска гнойно-воспалительных осложнений.

Медицинская реабилитация, медицинские показания и противопоказания к применению методов реабилитации

Всем пациентам, перенесшим хирургическое лечение по поводу кисты челюстно-лицевой области, рекомендуется проведение многоэтапных реабилитационных мероприятий, целью которых является полное социальное и физическое восстановление пациента.

Этапы реабилитации пациентов после хирургического лечения:

– назначение антибактериальной терапии в послеоперационном периоде по показаниям. Осуществляют ежедневные осмотры и перевязки. Швы снимают на 7-10-й день после операции, и больного выписывают из клиники для последующего амбулаторного наблюдения на протяжении 3-4 дней.

Пребывание в стационаре:

● койко-день до лечения – 0-2 дня (основной объем клинических исследований должен выполняться на догоспитальном этапе)

● койко-день после операции – 4-10 дней.

Через 5-6 дней после операции цистотомии производят смену бинта йодоформного марлевого. Такую смену осуществляют до 3, реже 4 раз. К концу 3-й недели обычно края раны эпителизируются, и образуется добавочная полость, сообщающаяся с преддверием или полостью рта. Большой самостоятельно промывает ее антисептическими растворами. Постепенно в течение 1,5-2 лет, в зависимости от размера послеоперационной полости, последняя уменьшается и уплощается за счет аппозиционного роста кости.

При наличии большой полости рентгенографическое исследование в течение длительного времени (до 1-2 лет) выявляет участок просветления, имеющий тенденцию к уменьшению и, в последующем,

3.1) Оценки размеров лёгочных артерий.

3.2) Оценки наличия камеры-выпускника и типа вентрикуло-артериального соединения.

4) Оценки характера обструкции ЛА с возможностью устранения стенозов (см. пункт 3.2).

5) Оценки размеров МПС и выполнения процедуры Рашкинда при необходимости (см. пункт 3.2).

6) Оценки и устранения коллатералей между системными и лёгочными венами.

7) Оценки и устранения аорто-лёгочных коллатералей (устранение рекомендовано перед операцией Фонтена).

8) У пациентов с системно-лёгочным анатомозом для оценки его функции.

9) С целью выполнения коронарографии пациентам с клиническими проявлениями стенокардии, ишемическими изменениями на ЭКГ или аномалиями коронарных сосудов.

Иные диагностические исследования. Перед выпиской из стационара всем пациентам с целью контроля после выполненного оперативного вмешательства рекомендуется выполнить электрокардиографию.

Перед выпиской из стационара всем пациентам с целью контроля после выполненного оперативного вмешательства рекомендуется выполнить эхокардиографию.

Лечение

Консервативное лечение направлено на регулирование резистентности лёгочных или системных сосудов.

У новорождённых с резко обеднённым лёгочным кровотоком рекомендуется применение простагландинов для поддержания проходимости ОАП. Среди препаратов наиболее распространено применение алпростадила (применение у детей вне зарегистрированной инструкции). Препарат вводится внутривенно, как правило, в условиях отделения реанимации. Начальная доза составляет 0,02 мкг/кг/мин с возможностью увеличения до 0,05-0,1 мкг/кг/мин, поддерживающая доза – 0,002 мкг/кг/мин. Срок терапии определяется индивидуально.

Рекомендуется применение диуретиков, с целью лечения СН, осложняющей течение ЕЖ, в том числе, при отсутствии отёчного синдрома.

Наиболее часто применяются возрастные дозировки фуросемида (противопоказано применение таблетированной лекарственной формы у детей до 3 лет), доза у детей

– внутривенно 0,5-2 мг/кг или per os 1-2 мг/кг каждые 6-12 часов; спиронолактона, доза у детей – 1-4 мг/кг/сутки.

В ранние сроки после системно-лёгочного анастомоза (СЛА), а также после гемодинамической коррекции (двунаправленный кавопульмональный анастомоз (ДКПА) или операции Фонтена) пациентам рекомендуется проведение тромбопрофилактики. По современным представлениям тромбоэмболические осложнения (ТЭО) занимают одно из ведущих мест в структуре как ранней, так и отдалённой смертности после гемодинамической коррекции. Особенно настораживающим фактом являются случаи тромбозов на фоне проведения лекарственной тромбопрофилактики. С одной стороны, после операций «обхода» правых отделов сердца создаются условия для замедления кровотока, с другой стороны доказанным фактом является наличие исходного, нередко генетически-обусловленного, дефицита факторов свёртывания. Совокупность указанных причин повышает вероятность ТЭО после операции. Для целей ранней тромбопрофилактики наиболее часто применяется гепарин натрия, который, при отсутствии противопоказаний, назначается внутривенно капельно, по мере стабилизации хирургического гемостаза, в большинстве случаев – через 12-24 часа после операции. Начальная доза у детей – 28 ед/кг/час у детей первого года жизни и 20 ед/кг/час у детей старше года. До начала инфузии препарата целесообразно определить АЧТВ, при его значении менее 50 секунд – ввести в/в струйно гепарин натрия в дозе 50 ед/кг. Далее – в соответствии с рекомендациями. Запрещено применение у новорождённых, в особенности недоношенных или имеющих низкую массу тела детей.

Для профилактики гиперкоагуляционных состояний во время тромбопрофилактики гепарином натрия после СЛА, а также после гемодинамической коррекции рекомендуется поддержание АЧТВ в пределах 60-85 секунд. Существуют указания на связь гиперкоагуляционных состояний и низких значений АЧТВ (менее 50 секунд).

Рекомендуется контроль уровня тромбоцитов крови у пациентов в случае применения гепарина натрия свыше 5 суток с целью исключения гепарин-индуцированной тромбоцитопении.

Кисты челюстно-лицевой области

к полному восстановлению кости. В случае инфицирования кровяного сгустка в послеоперационном периоде развивается воспалительный процесс. Необходимо создать отток экссудата между швами, при этом шприцем с тупой изогнутой иглой промыть костную полость растворами антисептиков. Ежедневные промывания в течение 3-4 дней нередко купируют воспаление. При продолжающемся гнойном процессе разводят края раны, промывают ее, вворачивают слизистонадкостничный лоскут в костную полость, далее в нее вводят рыхло йодоформный тампон или турунду с антисептиком. По мере гранулирования раны (2-3 недели) тампон вытесняется, его несколько раз меняют и в дальнейшем удаляют.

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

Всем пациентам при появлении первых симптомов кисты челюсти и мягких тканей челюстно-лицевой области и шеи рекомендуется консультация врача-стоматолога-хирурга для определения тактики профилактических мероприятий, целью которых является предотвращение прогрессирования болезни и возникновения осложнений.

Профилактика возникновения одонтогенных кист воспалительной природы заключается в своевременном и качественном лечении временных и постоянных зубов с осложненным кариесом и купировании перикоронитов.

Выявленные данные с одонтогенными кистами должны быть направлены на лечение к хирургу. Однако врач стоматолог-терапевт не должен забывать, что хирургическое лечение является, как правило, ведущим, но не единственным методом в комплексе лечения кисты. Участие терапевта состоит в активном выявлении заболевания, уточнении вовлеченности в процесс постоянных зубов, корни которых проецируются в зоне кисты и прилежат к ней на основе сопоставления рентгенологических и электроодонтометрических данных. Пломбирование постоянных зубов в зоне радикулярной кисты предшествует хирургическому лечению.

Оптимальным является вариант, когда пломбирование зубов проводится накануне

или непосредственно перед операцией. Это помогает избежать возможного после пломбирования обострения процесса, обусловленного избыточным выведением в полость кисты пломбировочного материала, что трудно предотвратить при отсутствии кости в околоверхней области на значительном протяжении. Перед операцией осуществляют санацию полости рта. Последние удаляют по ходу операции.

После хирургического лечения зубосодержащих кист прорезывающиеся в этой зоне постоянные зубы могут иметь различные проявления местной гипоплазии, то есть кисты временных зубов являются фактором риска для порочного созревания тканей постоянных зубов. Поэтому при проведении диспансеризации эти зубы должны быть под наблюдением участкового стоматолога.

В случае парадентальных, фолликулярных и первичных кист клинко-рентгенологический контроль до полного восстановления костных структур после цистэктомии лучше проводить через 6 месяцев после выполнения операции.

Пациенты с фолликулярными и парадентальными кистами требуют еще и дополнительного наблюдения и лечения у ортодонта.

Наблюдение за пациентом продолжают до полной нормализации клинко-рентгенологической картины.

Всем пациентам при появлении первых симптомов кисты мягких тканей челюстно-лицевой области и шеи рекомендуется выполнение УЗИ мягких тканей шеи для определения тактики профилактических мероприятий, целью которых является предотвращение прогрессирования болезни и возникновения осложнений.

Всем пациентам при появлении первых симптомов кисты верхней челюсти с распространением в полость носа и (или) верхнечелюстную пазуху рекомендуется консультация оториноларинголога для определения тактики профилактических мероприятий, целью которых является предотвращение прогрессирования болезни и возникновения осложнений.

Всем пациентам при появлении первых симптомов кисты мягких тканей шеи с наличием свищевого хода в области глотки или корня языка рекомендуется консульта-

ция оториноларинголога для определения тактики профилактических мероприятий, целью которых является предотвращение прогрессирования болезни и возникновения осложнений.

Организация оказания медицинской помощи

Вид медицинской помощи: специализированная медицинская помощь. Условия оказания медицинской помощи: при кистах незначительного размера (менее и 3 зуба) – амбулаторная.

Показания для госпитализации в медицинскую организацию:

- при кистах незначительного размера (менее и 3 зуба) у пациентов с тяжелой сопутствующей патологией;
- при кистах значительного размера (более 3 зубов) и при нагноении.

Показания к выписке пациента из медицинской организации:

1. Купирование острого воспалительного процесса.
2. Отсутствие рисков послеоперационного кровотечения.

Форма оказания медицинской помощи:

- при нагноении кист – экстренная
- в остальных случаях – плановая.

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

Отрицательно влияют на исход лечения:

- присоединение инфекционных осложнений;
- несоблюдение пациентом ограничительного режима в раннем послеоперационном периоде;
- несоблюдение пациентом диетических рекомендаций.

Контроль показателя проводится через 2-5 дня от начала приёма препарата. Критерием эффективности ацетилсалициловой кислоты считается снижение показателя не менее, чем на 50% от исходного значения. Случаи снижения степени агрегации тромбоцитов менее, чем на 50% от исходного, могут быть связаны с недостаточной дозой ацетилсалициловой кислоты, а также не исключают наличия резистентности пациента к препарату. При наличии резистентности решается вопрос о смене препарата для долговременной тромбопрофилактики (например, на варфарин).

(Окончание следует.)

В отдалённые сроки после СЛА, а также после гемодинамической коррекции пациентам рекомендуется проведение долговременной тромбопрофилактики.

Для целей долговременной тромбопрофилактики после СЛА применяется ацетилсалициловая кислота в дозе 1-5 мг/кг/сутки (для пациентов до 18 лет – применение вне зарегистрированной инструкции); после гемодинамической коррекции применяется ацетилсалициловой кислоты у детей в дозе 1-5 мг/кг/сутки (нередко 50 мг/сутки при весе до 10 кг и 5 мг/кг/сутки при весе более 10 кг, но не более 100 мг/кг/сутки), у взрослых – 50-200 мг/сутки или варфарин в возрастной дозировке, тромбопрофилактики ацетилсалициловой кислотой продолжается не менее 6 месяцев или до момента следующего этапа хирургического лечения. В соответствии с данными литературы, нет значимой разницы эффективности тромбопрофилактики ацетилсалициловой кислотой и варфарином, однако настораживающим моментом является сохранение гиперкоагуляционных состояний, несмотря на проведение тромбопрофилактики. Не исключена целесообразность одновременного приёма ацетилсалициловой кислоты и варфарина для достижения наиболее оптимального состояния свёртывающей системы крови. Рекомендуется исследование агрегации тромбоцитов у пациентов после назначения ацетилсалициловой кислоты с целью долговременной тромбопрофилактики после СЛА или гемодинамической коррекции.

Контроль показателя проводится через 2-5 дня от начала приёма препарата. Критерием эффективности ацетилсалициловой кислоты считается снижение показателя не менее, чем на 50% от исходного значения. Случаи снижения степени агрегации тромбоцитов менее, чем на 50% от исходного, могут быть связаны с недостаточной дозой ацетилсалициловой кислоты, а также не исключают наличия резистентности пациента к препарату. При наличии резистентности решается вопрос о смене препарата для долговременной тромбопрофилактики (например, на варфарин).

Анатолій КУЛАКОВ,
президент Общества специалистов в области челюстно-лицевой хирургии, академик РАН.

Алексей ДРОБИШЕВ,
вице-президент Общества специалистов в области челюстно-лицевой хирургии, доктор медицинских наук, профессор.

Андрей ЯРЕМЕНКО,
вице-президент Общества специалистов в области челюстно-лицевой хирургии, доктор медицинских наук, профессор.

Анатолій КУЛАКОВ,
президент Общества специалистов в области челюстно-лицевой хирургии, академик РАН.

Алексей ДРОБИШЕВ,
вице-президент Общества специалистов в области челюстно-лицевой хирургии, доктор медицинских наук, профессор.

Андрей ЯРЕМЕНКО,
вице-президент Общества специалистов в области челюстно-лицевой хирургии, доктор медицинских наук, профессор.

Современные технологии

Точность
прогнозных
характеристик

Специалисты научного центра «Цифровой биодизайн и персонализированное здравоохранение» Сеченовского университета разработали 3D-модель сердечно-сосудистой системы, которая учитывает сложные физиологические взаимосвязи, регулирующие уровень артериального давления, в зависимости от состояния сердца, сосудов, почек и других органов. «Цифровой двойник» сердца уже в ближайшее время может стать инструментом работы не только учёных и студентов, но и медицинских работников. Разработка уже применяется в качестве образовательного инструмента в вузе.

Созданная 3D-модель позволяет моделировать ситуацию: она показывает, что случится с уровнем давления при возникновении того или иного изменения в состоянии организма. Для обеспечения точности прогнозных характеристик цифрового сердца, эксперты провели исследование основных патофизиологических характеристик и маркёров, отражающих процессы регулирования давления на кардиальном, ренальном и васкулярном уровнях.

Основное преимущество изобретения – это возможность отслеживать в режиме реального времени все изменения и создавать

«цифрового двойника пациента», где учитывается сложное действие лекарственных препаратов, особенности работы сердца при различных заболеваниях, например, артериальной гипертензии или пороках сердца. Также можно гибко адаптировать под разный спектр задач, начиная от обучения студентов и повышения квалификации специалистов (в частности, виртуальная кардиореанимация) до проведения научных исследовательских работ.

«При помощи VR-интерфейса, разработанного нашими специалистами, студенты могут решать различные «кейсы» в области физиологии сердечно-сосудистой системы, а результаты уже интегрированы в общий образовательный контур. Особенность системы в различных, говоря простым языком, «уровнях сложности», где самые базовые закономерности прописаны известными или разработанными уравнениями, а более сложные закономерности могут быть реализованы с помощью самого современного математического арсенала, включая машинное обучение и обработку больших данных. В настоящее время ведётся работа именно над усложнением системы. Мы ищем пути интеграции как можно большего числа физиологических алгоритмов в модель», – сказал директор Института персонализированной медицины вуза Филипп Копылов.

Алексей ПИМШИН.

Новые подходы

Учёные Пермского национального исследовательского политехнического университета впервые разработали новый биомеханический подход к моделированию холединамики в норме и при патологии, включающий в себя проведение 3 этапов: сбор данных о пациенте, персонализированное моделирование с учётом экспериментальных данных, визуализация результатов. Метод поможет заранее оценить успешность операции по удалению желчного пузыря. Этот подход ос-

нован на применении лучевых методов, таких как магнитно-резонансная томография, позволяющих восстановить трёхмерную персонализированную геометрию протоков и пузыря, интраоперационных измерениях давления, реологических свойствах желчи и механических свойствах желчных протоков, которые используются при последовательном расчёте динамики течения желчи в желчном пузыре, внепечёчных желчных протоках и большом дуоденальном сосочке.

Прототип
информационной
системы

Полученный подход позволяет оценить холединамику в норме, при патологии и после проведения оперативного вмешательства для того, чтобы спрогнозировать отдалённые результаты операционного вмешательства и выработать тактику постоперационного лечения. Наконец, приблизить показатели холединамики после удаления желчного пузыря к показателям нормы для конкретного пациента.

Одним из основных этапов является моделирование течения желчи во внепечёчных желчных протоках, где при транспорте желчи играет большую роль податливость стенок.

Результаты исследования течения желчи во внепечёчных желчных протоках учёные представили в журнале Computer Methods in Biomechanics and Biomedical Engineering. В исследовании при-

няли участие и исследователи из Пермского государственного университета им. Е.А.Вагнера, Казанского федерального университета, Московского государственного университета и Института механики МГУ. Разработка выполнена в рамках Программы стратегического академического лидерства «Приоритет-2030».

– В результате исследований мы можем на реальной геометрии внепечёчных желчных протоков пациента визуализировать распределение скоростей, давлений для случаев течения желчи в норме, при патологии и после холецистэктомии. На основании приведённых данных лечащий врач может судить о снижении объёма желчи, поступающей во внепечёчные желчные протоки в послеоперационный период, и назначить определённую дози-

ровку холекинетиков для восстановления желчеоттока до близкого к норме, – говорит автор подхода, доцент кафедры «Вычислительная математика, механика и биомеханика» Пермского университета доктор физико-математических наук Алексей Кучумов.

На основании биомеханического подхода был разработан прототип информационной системы по принятию решений (получено свидетельство о государственной регистрации программы), которая, по мнению авторов, позволит объективизировать опыт, накопленный хирургами, спрогнозировать и оценить отдалённые результаты хирургического вмешательства при лечении желчнокаменной болезни и её осложнений, и, соответственно, снизить число постоперационных осложнений.

Андрей ДЫМОВ.

В медицинских вузах страны

Внимание детям

В Санкт-Петербурге состоялся XII Балтийский конгресс по детской неврологии с международным участием, посвящённый 90-летию кафедры неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики Санкт-Петербургского государственного педиатрического медицинского университета (первой в Европе кафедры детской неврологии). Особое внимание в программе конгресса было уделено вопросам нейрогенетики, перинатальной неврологии, эпилепсии, проблеме инсультов у детей, нервно-мышечной патологии в аспекте диагностики, лечения и реабилитации.

С приветственной речью выступила главный детский невролог Минздрава России, заведующая кафедрой неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики университета, профессор, заслуженный деятель науки РФ Валентина Гузева.

В рамках конгресса состоялось и совещание главных детских специалистов неврологов Минздрава страны. Обсуждались вопросы нейроинфекций, альтернативной терапии эпилепсии, в частности включения в стандарты лечения кетогенной диеты. Рассмотрены проблемы детского инсульта и создания регистра данной патологии.

По итогам совещания принята резолюция с рекомендациями формирования новых клинических рекомендаций лечения неврологических заболеваний у детей.

В шестёрке лучших

В Москве в стенах Национального исследовательского технологического университета «МИСиС» состоялось знаковое событие для молодёжной науки страны – X Всероссийский съезд советов молодых учёных, организованный Координационным советом по

От форума к форуму

делам молодёжи в научной и образовательной сферах при Президенте России. Съезд открыли помощник Президента РФ Андрей Фурсенко, министр науки и высшего образования Валерий Фальков и председатель Координационного совета Никита Марченков.

На съезде председатель Совета молодых учёных Смоленского медуниверситета, член бюро Совета молодых учёных Минздрава России Виталий Амалицкий представил проект развития «ГЕФЕСТ (научно-образовательная кузница биомедицинских кадров)», разработанный обществом молодых учёных университета и научной частью вуза (руководитель проекта – проректор по научной работе профессор Владимир Бекезин).

Проект ГЕФЕСТ был признан одним из шести лучших проектов в номинации «Проекты, направленные на развитие взаимодействия СМУ и СНО, в том числе наставничества» среди 347 заявок, предложенных вузами 76 регионов РФ.

Вектор взаимодействия

На площадке Дома правительства Республики Беларусь с участием премьер-министра страны Романа Головченко и официальной делегации Курской области во главе с губернатором Курской области Романом Старовойтом прошла встреча-переговоры с представителями заводов-производителей медицинских инструментов, изделий и расходных материалов Белоруссии.

Ректор Курского ГМУ профессор Виктор Лазаренко принял активное участие в дискуссии, доложив о возможных векторах взаимо-

действия с бизнес-сообществом Республики Беларусь по мелкосерийному производству разработок Курского ГМУ: хирургических инструментов; изделий медицинского назначения (полимерные раневые покрытия для лечения инфицированных ран и трофических язв, противовоспалительные средства, синтетический герниоимплантат с коллагенстимулирующим и противоспазматическим эффектом, средства для остановки паренхиматозных кровотечений при травме печени и селезёнки).

Новые медицинские
специальности

Кемеровский ГМУ получил лицензию на право ведения образовательной деятельности по новым, востребованным регионом специальностям. Лицензия позволит реализовывать новые образовательные программы на всех уровнях: среднего профессионального образования, бакалавриата, специалитета, магистратуры, а также подготовки научно-педагогических кадров высшей квалификации в ординатуре.

Уже в этом году начнётся обучение по новым специальностям: «Фармация», «Сестринское дело» – среднее профессиональное образование, «Биология (биомедицина)» – бакалавриат, «Клиническая психология» – (специалитет), «Биология (молекулярная биология)» – магистратура, а также «Скорая медицинская помощь» – ординатура.

Появление в перечне образовательных программ, реализуемых КемГМУ специальности «Фармация» со средним профессиональным образованием, позволит

решить проблему дефицита фармацевтических кадров для аптек Кузбасса. Существующая на сегодня потребность составляет более 200 провизоров и фармацевтов, имеющих знания и практические навыки в области обращения современных лекарственных средств и изделий медицинского назначения.

Получение КемГМУ лицензии на обучение по специальности среднего профессионального образования «Сестринское дело» позволит готовить не только бакалавров сестринского дела, но и медицинских сестёр и братьев. При этом речь не идёт об открытии непрофильного для вуза направления подготовки, а лишь о расширении возможностей университета в подготовке медицинских кадров.

По официальным данным, в настоящее время в Кузбассе вакантно 1679 мест для среднего медицинского персонала. Ситуация с кадровым дефицитом врачей скорой помощи не менее острая – количество вакантных мест службы скорой медицинской помощи, согласно актуальным данным, составляет 1160. Для снижения кадрового дефицита и восполнения штатного состава медицинских организаций Кузбасса принято решение о расширении количества образовательных направлений и начале обучения по новым для КемГМУ, но востребованным специальностям.

Вуз получил лицензию на подготовку кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности «Скорая медицинская помощь». Специальность чрезвычайно востребована в условиях развития и модернизации службы скорой

помощи, центров медицины катастроф, горноспасательных частей.

Также в КемГМУ будут готовить бакалавров и магистров биологии. Появление биологов с профилизацией биомедицина и молекулярная биология – насущная необходимость в современных реалиях. Медицина будущего должна стать персонализированной, профилактической и предсказательной, что невозможно без внедрения в её арсенал теоретической базы и инструментарию молекулярной биологии и генетики.

Специальность «Клиническая психология» находится на пересечении таких областей знания как психология, физиология и медицина. В компетенцию таких специалистов входит и разработка мероприятий по профилактике психологических нарушений, обучению методам саморегуляции. Также клинический психолог специализируется на помощи лицам с психосоматическими расстройствами, и неврологическими отклонениями, не выходящими за пределы нормы.

Ещё одним плюсом обучения по данной специальности в КемГМУ является профиль подготовки «Психология здоровья и спорта». Он также даст выпускникам возможность расширить спектр мест своего дальнейшего трудоустройства. Выпускники данной специальности смогут работать спортивными психологами, психологами в детско-юношеских спортивных школах или осуществлять частное консультирование спортсменов.

Лицензирование новых специальностей подтверждает существующий в КемГМУ высокий уровень материально-технического, кадрового и учебно-методического обеспечения подготовки специалистов в области медицины.

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

Добрая народная молва и признание заслуг Олега Яковлева стали высшей наградой за самоотверженный труд. После его ухода из жизни о нём помнят коллеги, кого он восхитил своей кипучей энергией, и следуют его заветам. Об Олеге Григорьевиче вспоминают и бывшие его пациенты, кому он спасал жизнь, помог поверить в свои силы и победить болезнь. Ради достижения целей он жил и работал не покладая рук.

Олег Григорьевич построил новый госпиталь ветеранов войн, организовал научно-исследовательский институт «Международный центр по проблемам пожилых», Первый НИИ «Клинической геронтологии и реабилитации ветеранов войн» медицинского университета «Реавиз» в Самаре. Тридцать лет жизни О.Яковлева была неразрывно связана с госпиталем ветеранов войн. Как вспоминает губернатор Самарской области Дмитрий Азаров, Олега Григорьевича знали в регионе и далеко за его пределами как профессионала высочайшего уровня, посвятившего свою деятельность сохранению, восстановлению и укреплению здоровья земляков, в особенности людей «серебряного возраста» и ветеранов войн. Именно он стал первым президентом Российской ассоциации госпиталей для ветеранов войн.

Отправная точка

Свой трудовой путь он начал в 1986 г. в Самарском госпитале ветеранов войн. В 1996 г. защитил кандидатскую диссертацию, а в 2002 г. – первым в стране докторскую по геронтологии и гериатрии. Писал её на больничной койке после повреждения позвоночника.

На выбор профессии Олега Григорьевича и его старшего брата Вячеслава повлияла мама – Татьяна Ивановна. Она хотела, чтобы сыновья стали врачами. Отец Григорий Иванович – участник и инвалид Отечественной войны поддержал их при поступлении в Саратовский медицинский институт на лечебный факультет. После окончания учебного заведения старший брат начал работать в Куйбышеве, куда переехал и Олег, переведясь в Куйбышевский медицинский институт. Позже в город на Волге переехали и родители. Вячеслав организовал здесь курортное дело, а Олег начал работать в Куйбышевской областной больнице им. М.И.Калинина. Через несколько лет был назначен заведующим гастроэнтерологическим отделением. В его планах было открыть такое же отделение в больнице Безенчукского района, но Яковлеву предложили должность заместителя начальника госпиталя для ветеранов войн, и он дал согласие.

В 1989 г. Олег Григорьевич возглавил это лечебное учреждение, которое давно требовало реконструкции. Именно на его плечи легла вся ответственность, когда правительство области решило построить комплекс зданий нового госпиталя для ветеранов войн. О.Яковлев всегда был созидателем и знал, для кого нужен этот госпиталь: для тех, кто воевал на фронте ВОВ, как его отец; для тех, кто исполнял воинский долг в Афганистане и Чечне. В новое здание медики и пациенты переехали в день 50-летия госпиталя.

Олег Григорьевич по совету тогдашнего губернатора Константина Титова принял актив-

Памяти коллегу

Жизнь дана на добрые дела

Это доказал профессор Олег Яковлев, прослужив верой и правдой десятки лет охране здоровья ветеранов войн

ное участие в формировании Попечительского совета Госпиталя ветеранов войн, объединив под его началом бизнесменов, которые вложили значительные финансовые ресурсы для его развития, приобретения современного оборудования.

Второе дыхание

По воспоминаниям коллег, Олег Григорьевич в работе был настоящим двигателем с колоссальной энергией. Именно под его руководством и по его инициативе в регионе была создана система оказания медицинской помощи ветеранам Великой Отечественной войны. По словам профессора Рудольфа Галкина (начальника Главного управления здравоохранения администрации Самарской области в 1987-2000 гг.), госпиталь под руководством О.Яковлева приобрёл второе дыхание. Это и постановка лечебной работы на высокий уровень, создание музея, привлечение на праздники артистов. В гостях у ветеранов тогда побывали Лев Лещенко, Валентина Толкунова... Неоднократно в госпитале бывал и Мстислав Ростропович.

Но бесспорно большая заслуга Олега Григорьевича в создании научно-исследовательского института геронтологии, получившего название НИИ «Международный центр по проблемам пожилых». Это отметил и председатель Самарской Думы, председатель областного Совета ректоров вузов, академик РАН Геннадий Котельников.

В Самарской области был проведён первый Всероссийский съезд гериатров и геронтологов. Так был сделан серьёзный шаг в развитии науки в области гериатрии и геронтологии, а Самару стали называть центром клинической геронтологии страны. На средства Попечительского совета госпиталя впервые было создано руководство для врачей по гериатрии, вышел в свет первый учебник по геронтологии и гериатрии для студентов медицинских вузов, служащий для них настольным пособием. Для ветеранов была создана энциклопедия пожилого человека. Ежегодно НИИ совместно с учёными СамГМУ проводил международные семинары, которые Олег Григорьевич назвал «Самарские лекции» для гериатров, геронтологов и руководителей госпиталей для ветеранов войн. При нём Самарский госпиталь ветеранов войн трижды признавался победителем конкурса «Лучший реабилитационный центр СНГ», дважды – победителем всероссийских конкурсов «Российская организация высокой социальной эффективности», лауреатом губернской акции «Народное признание».



Олег Григорьевич очень трепетно относился к профессии врача, считая, что не может быть доктора без любви к человеку, был профессионалом и настоящим фанатом своего дела. Как признаёт президент Медицинского университета «Реавиз» академик РАН Владимир Шабалин, Олег Григорьевич был и выдающимся учёным. Работы, вышедшие в результате неустанных исследований, внедрялись в практику российских госпиталей. О.Яковлев автор более 350 научных статей, монографий. Его дело продолжают ученики, которые под его руководством защитили диссертации, другие приобрели практические навыки. Один из его лучших учеников – Александр Каширин стал его преемником и уже 6-й год возглавляет госпиталь ветеранов войн. Поэтому главной задачей стало сохранение и приумножение того, что сделано О.Яковлевым. Ещё при его жизни был написан план стратегического развития госпиталя, которому следует коллектив и

сегодня. И неутомимые труженики – врачи госпиталя крепко держат плоды этих преобразований. Как можно забыть инициативу, которая исходила от него, замечавшего перспективы, научно обоснованные разработки, прогностически выверенные практикой, внедрение которых способствовало улучшению качества и доступности медицинской помощи ветеранам.

Идеи, воплощённые в жизнь

У него всегда было много интересных идей, о которых он рассказывал при встречах журналистам «МГ». Им написана и книга «Записки начальника госпиталя». Несколько лет Олег Григорьевич был автором, ведущим телевизионной программы «Спасибо, врачи», в которой участвовали медики Самарских лечебных учреждений, ветераны войн и гости из Москвы. По словам генерала армии Виктора Ермакова, в госпитале в числе пациентов можно

было встретить и заслуженного ветерана, бравшего Берлин, и военнослужащего ветерана, «громившего» душманов в Чечне. На Самарском госпитале всегда лежала исключительная человеческая ответственность за здоровье участников боевых действий. А наградой за заботу и милосердие было общенародное признание. Олег Григорьевич лауреат премий: в области геронтологии Минздрава России и РАМН, имени Т.И.Ерошевского, губернской и имени академика А.Ф.Краснова, лауреат Всероссийского конкурса «Трудовая слава России – 2000», награждён орденом Русской православной церкви святого благоверного Великого князя Дмитрия Донского. Коллектив лечебного учреждения подал ходатайство в Министерство здравоохранения Самарской области о присвоении областному клиническому госпиталю ветеранов войн имени профессора Олега Яковлева.

Профессиональная судьба сложилась так, что мне посчастливилось побывать на нескольких всероссийских конференциях, организованных О.Яковлевым. О том, что ассоциация начальников госпиталей является влиятельной общественной организацией, я узнал, когда был в Ростове-на-Дону. Бывший тогда начальник областного госпиталя для ветеранов войн Юрий Юношев рекомендовал мне побывать в Самаре. В те времена я курировал область Юга России. Прошло несколько месяцев и меня командировали в город на Волге. Честно говоря, не думал тогда, что буду приезжать в Самару вновь и вновь. Олег Григорьевич умел заинтересовывать людей, уделять каждому время, а конференции, организованные им, запоминались не только деловой программой, но и знакомством с областью. Он был настоящим патриотом волжского региона, много знал о его истории и не мыслил себе жизнь без милого сердцу края.

По признанию медиков, с кем я встречался, беседовал, Олег Григорьевич являлся талантливым руководителем, профессионалом с большой буквы. Поэтому его имя останется в памяти нынешних, да и будущих поколений. Его трудовая деятельность, опыт, который он передал коллегам, сегодня необходим для успешного продвижения вперёд отрасли, отвечающей за здоровье россиян. Свой жизненный принцип он сформулировал так: «Служение защитникам Отечества – святой долг». Этому он и следовал всю жизнь.

Алексей ПАПЫРИН,
главный редактор «МГ».

Наконец-то лето вступило в свои права и позволило отлично провести VIII спортивный фестиваль работников здравоохранения Московской области, посвящённый Дню России и Дню медицинского работника. Знаковое мероприятие прошло в соответствии с планом работы Московской областной организации Профсоюза работников здравоохранения РФ на территории города Орехово-Зуево в спортклубе «Атлант».

Открыли фестиваль председатель областной организации Профсоюза работников здравоохранения РФ Нина Суслонова и почётные гости – председатель Московского областного объединения организаций профсоюзов Валентина Кабанова и заместитель председателя Центрального комитета Профсоюза работников здравоохранения РФ Владимир Беспяткин.

– Профсоюз работников здравоохранения – особый, – отметила В.Кабанова. – Если медицинские работники будут здоровыми, то они смогут помочь тысячам людей. Закономерно, что профсоюз задаёт тон в проведении таких мероприятий. А сегодняшний фестиваль – это подведение итогов спортивной работы за полугодие. На медицинский профсоюз равняются другие отраслевые профсоюзы Подмосковья. Стоит особо отметить, что областное объединение поддерживает активное участие всех профсоюзов региона в этом направлении. Проводим спортивные мероприятия среди вузов и учреждений нашей области. В Подмосковье действует 25 отраслевых профсоюзов, но лидер по пропаганде здорового образа жизни – Профсоюз работников здравоохранения. И это правильный подход. Я желаю не только спортивных успехов, приятного отдыха, но и продолжения такой же активной работы в профсоюзных организациях.

– Мы начинали эти фестивали, когда ещё нашу региональную организацию возглавлял Анатолий Домников, – продолжает В.Беспяткин. – Очень приятно, что новое руководство профсоюза в Московской области не только поддержало эту инициативу, но и сумело придать мероприятию новое звучание. Как следствие – число участников соревнований не сокращается, а увеличивается. Это хорошо видно на прошедшем фестивале в Орехово-Зуево.

С добрым напутствием выступили заместитель председателя Федерального фонда обязательного медицинского страхования Елена Сучкова и директор Московского областного научно-исследовательского клинического института им. М.Ф.Владимирского Константин Соболев.

Два года борьбы с ковидом показали, как сильно медицинские работники истосковались по хорошим новостям, поэтому неудивительно, что в 2022 г. зафиксирован настоящий рекорд – в Спартакиаде приняли участие 47 команд со всей



Снимок перед матчем с Н.Суслоновой

Профилактика

Формула здоровья

В Подмосковье прошёл праздник спорта



Соревнования начинаются с поднятия флага

области. Также в соревнованиях участвовали команды Профсоюза работников здравоохранения РФ, Федерального фонда обязательного медицинского страхования и Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения. Таким образом, количество участников и болельщиков превысило 700 человек.

Удивительно и почти волшебным, что за один световой день прошли соревнования по мини-футболу, волейболу, летнему биатлону и увлекательной гребле на байдарках. На каждом – масса эмоций, мощная поддержка болельщиков, море хорошего настроения и позитива. А уж как всех восхитила отдельная программа для детей с аттракци-

онами, сладкой ватой и обедом из полевой кухни – что просто нет слов!

Завершился фестиваль не только торжественной линейкой и вручением медалей победителям, но и розыгрышем подарочного сертификата, который дал право команде-победителю на отдых по программе «Выходного дня» в подмосковном курорте «Красная пахра». Сертификат предусматривает отдых всей команде, состоящей из 5 спортсменов.

Спартакиада проводится обкомом ежегодно и пользуется большой популярностью среди врачей, среднего, младшего медперсонала и всех причастных к спасению наших сограждан. Основная цель – популяризация здорового образа жизни среди медицинских работников.

Победителями стали представители Раменской областной больницы, второе место заняла сборная из Мытищинского района, третье – Егорьевская ЦРБ.

– Мы не в первый раз стали победителями, но после пандемического перерыва это особенно приятно, – делятся медицинские

работники Раменской больницы. – Значит, подготовка команды на уровне. Мы сохранили спортивную форму.

Московская областная организация Профсоюза работников здравоохранения РФ, образно говоря, уже приготовила сани на зиму – в феврале 2023 г. обком проведёт XII зимний спортивный фестиваль – это аналог летнему, только с зимними видами соревнований.

Для молодого поколения будет запланировано незабываемое проведение «IX молодёжного спортивного туристического слёта». Эти две ночи в палатках, с питанием в полевой кухне, песни у костра и бездна романтизма ежегодно привлекают более 250 молодых медицинских работников. В программу слёта входят три спортивных и два творческих соревнования. Отдельно проводятся конкурсы: «Газета от слёта к слёту» и «Конкурс биваков».

Стоит отметить, что расхожее выражение «В здоровом теле –

здоровый дух» – это не пустые слова и не заезженный штамп для организаторов фестиваля.

– Медицинские работники обязательно должны уделять внимание состоянию своего здоровья, – говорит Н.Суслонова. – Ритм работы во многих лечебных учреждениях очень напряжённый. И чтобы его выдержать, выполнять свою работу качественно и быстро, нужно иметь хорошую физическую форму. Надо не забывать об этом. Понимаю, что время ограничено и не всегда его хватает, чтобы уделить должное внимание своему здоровью. Для этого и проводит профсоюз такие фестивали, чтобы напомнить, как здорово заниматься спортом. Очевидно, что тренированный организм легче справится даже со значительными физическими и моральными, умственными нагрузками, которые не редко встречаются в современной жизни.

Медицинский работник должен быть сторонником здорового образа жизни. Нас так учили в институтах. Безусловно, показывать пример пациентам в приверженности здоровому образу жизни очень трудно. Но к этому надо стремиться. И такие соревнования помогают мотивировать себя и коллег заниматься физкультурой, дружить со спортом, быть в хорошей форме.

Алексей ПИМШИН.



Ещё один круг и финиш



Победители в командном зачёте

В отличие от клеточной мембраны с её белковыми каналами, ядерная оболочка двойная и пронизана большими порами, через которые содержимое ядра и цитоплазмы «общаются» друг с другом.

Из цитоплазмы в ядро поступают сигналы, переносимые посредством активированных молекул белков и гормонов, включающих или выключающих генную активность, в обратном же направлении выходят молекулы информационных и иных РНК, необходимые для синтеза тех же рибосом, на которых под «управлением» информационных идёт синтез протеинов. Поступают в ядро и геномы латентных вирусов, например, ВИЧ и раковых, которые с помощью своих ферментов интегрируются в геном клетки. По прошествии определённого времени копии вирусных геномов активируются, их РНК выходят в цитоплазму, в которой и начинается формирование вирусных частиц или пагубная работа мутантных протеинов. Накопление вирусных геномов идёт на протяжении миллионов лет, поэтому такие копии вирусов называют ещё ретровирусами.

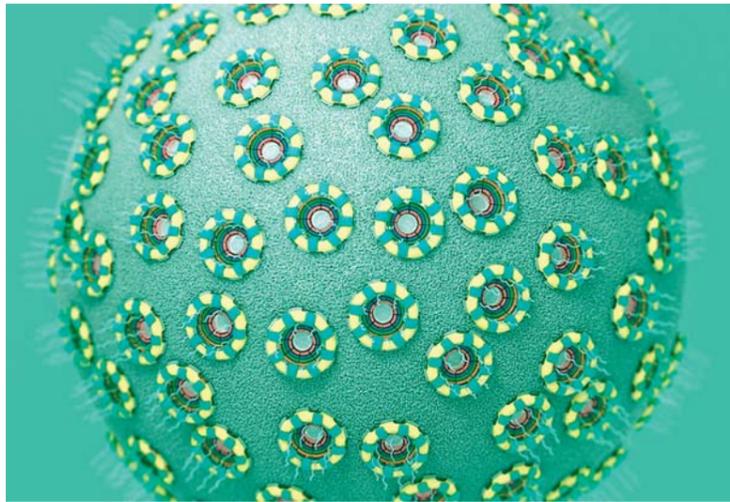
Совсем иное дело ДНК, которая синтезируется и реплицируется – самовоспроизводится – исключительно в ядре и в цитоплазму не проходит. Появление ДНКовых колец в цитоплазме является плохим диагностическим признаком агрессии опухолевых клеток. Та-

Взгляд

Дырки в ядре

кое явление наблюдается на продвинутых стадиях озлокачествления, в норме же ДНК удерживается внутри ядра на «растяжках». Их обеспечивают прикрепление к белковым молекулам ламина, образующего «пленку» под нижним слоем ядерной оболочки. В таком виде молекулы ДНК оказываются доступными для ферментов полимераз, осуществляющих синтез ДНК и РНК, а также транскрипционных факторов, то есть протеинов транскрипции, или переписывания генов. Не следует также забывать и о репарации порывов цепей ДНК, нарушение которой может привести, например, к прогерии, или преждевременному старению. Всё это объясняет интерес самых разных учёных к так называемым комплексам ядерных пор (ЯПК, NPC – Nuclear Pore Complex).

Движение и развитие науки во все времена определялось совершенствованием её инструментария, что позволяло увеличить разрешение. Это видно на примере луп А.Левенгука и криоэлектронного микроскопа, дающего ангстремное увеличение.



Ядро с порами

То, что видели в нуклеопорах в 2016 г., разительно отличается от той детальной картины, которая была представлена во втором июньском номере Science. Новое изображение ЯПК редакция журнала вынесла на обложку номера, в трех статьях которого указывается на то, что общая масса

комплексов достигает 120 Мда, то есть миллионов углеродных единиц. При таком гигантском весе неудивительно, что пору образуют около 1000 нуклеопротеинов (NUP – NucleoProtein), одни из которых формируют наружное кольцо, к которому присоединяются цитоплазмальные «хвосты», удержи-

вающие ядро в клетке. В самой поре имеется внутреннее кольцо и специальные карго-белки, участвующие в трафике веществ из ядра и внутрь его. Диаметр первого достигает 105 нм, а второго не превышает 57, поперечник же поры равен 66 нм. В начале января 2022 г. Nature представил картину ЯПК с разрешением «всего» восемь ангстрем (0,8 нм).

Можно добавить, что в пропуске веществ в ядро и из него со стороны цитоплазмы участвует кольцо из четырех протеинов, а «снизу» пять. Авторы статей подчёркивают, что разные группы детализировали структуру «пористых» элементов, что крайне важно для понимания как этих элементов, так и их соединений. В целом же три статьи демонстрируют самый настоящий триумф экспериментальной и структурной биологии, без понимания которой невозможен дальнейший прогресс клеточных функций и их расстройств в виде двух приведённых выше примеров. Немаловажно и то, что революция разрешения новых подходов способствует нашему пониманию принципов дизайна гигантских ансамблей молекул. Напомним, что в 1962 г. нобелевские премии дали за двуцепочную спираль ДНК, а также 3D-модели гемоглобина и миоглобина. Ни о чём подобном сегодняшнему успеху тогдашние лауреаты и не могли мечтать. Кстати на разрешении структуры гемоглобина, состоящего из четырех цепей, М.Перуц потратил целых 25 лет!

Исследования

Как гласит античная мудрость, миром правит красота, которая тем не менее требует своего утверждения и спонсорства в виде афродизиаков. Считается, что они получили своё название от древнегреческого города Афродизиаса, основанного в 250 км к востоку от Смирны-Измира. Там и сегодня сохранились величественные руины храма Афродиты Прометрон.

времени считалось, что роль последних сугубо вспомогательная. Однако в конце апреля нейробиологи университета Тафтса в Бостоне доказали, что в отростках звездообразных астроцитов активно «работают» калиевые насосы-помпы, которые заодно с ионами металла осуществляют клиренс и Glu, а это важно для жизнеспособности нейронов. Один из генов, который важен для нейронального и глиального раз-

численных отростков, что очень важно при оценке мозговых патологий. Одной из них является эпилепсия, приступы которой вызываются накоплением в телах нейронов нейротоксичного белка тау, образующего клубки. В Университете Сан-Франциско показали, что выключение гена тау, функция белка которого до конца неясна, ведёт к уменьшению выраженности болезни у мышей.

Выводы

Генный квартет

По составу кожной микрофлоры можно говорить о возрасте. Так, после рождения на лице доминирует «кути», или накожная бактерия, потом она исчезает, чтобы вернуться вновь в пубертате и стать причиной фурункулов и угрей.

Бразильцы шли по стопам японского лауреата Нобелевской премии С.Яманаки, который выделил «квартет» генов, введение которых в фибробласты кожи делает их похожими на эмбриональные стволовые клетки. Набор генов включает Oct и Sox, а также Klf и Msc. Достижением бразильцев стало то, что с помощью генного квартета они смогли осуществить омоложение клеток печени непосредственно в организме мышей. Успеху способствовало то, что воздействие осуществлялось всего лишь в течение одного дня, что резко снизило риск трансформации «юных» клеток. Доказательством этого стало то, что даже через 9 месяцев, что составляет треть жизни мышей, ни у одной из них не было опухолей. Важность работы подтвердили специалисты Медицинского университета Вакаяма, подчеркнувшие, что «факторы Яманаки являются обоюдоострыми: да, они действительно омолодили клетки печени, подстегнув регенерацию органа, и мы рады, что кратковременное их применение дало регенерацию, а не опухолевый рост».

Специалисты Европейской лаборатории молекулярной биологии Института биоинформатики насчитали на коже 622 вида микробов (из них 174 ранее неизвестных), 12 грибов, а также 20 вирусов. Среди них встретился и MRSA – золотистый стафилококк, который, как известно, устойчив к метицилину. Проблема с этим кокком в том, что он может время от времени вызвать дерматит. С другой стороны, S.epidermidis широко используется в продуктах по уходу за кожей. В прошлом году одна из австрийских фирм создала вакцину против кутибактерии, вызывающей угри, а трансконтинентальный фармгигант «вложил» в проект по ген-редактированию «угреватой» S.acnes.

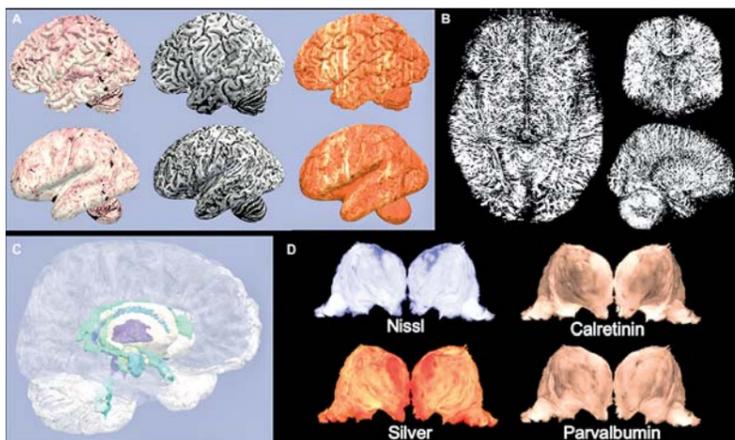
Ген-редактирование может использоваться для селективного выключения гена антибиотикорезистентности, оставляя микроб живым, поскольку он находится в конкурентных отношениях с тем же клостридиумом (C.difficile), способным вызывать кишечные язвы, сдерживая тем самым развитие кишечного дисбиоза. Язвы могут поражать и кожу, особенно после кожных ран. Ещё в 2018 г. Nature писал, что для борьбы с последними необходимо репрограммировать клетки язвенных краёв с помощью переноса генов в составе генома аденоассоциированных вирусов (AAV). Метод был разработан в Институте биологических исследований им. Солка. Авторы писали, что с помощью ген-трансфера можно восстанавливать такую 3D-структуру, как кожа. Их коллеги из университета в Сан-Паулу разработали клеточную регенерацию печени, которая считается самым регенерирующим органом тела.

Бразильцы также чётко показали, что в омоложении важную роль играет также ген Tor, кодирующий фермент топоизомеразу, катализирующую важное «раскручивание» – изменение топологии – ДНК, что необходимо для начала переписывания генов. Блокирование Tor приводило в их опытах к 40-кратному снижению репрограммирования клеток. Авторы трезво оценивают свой подход, заявляя, что требуется огромная работа, чтобы понять молекулярный механизм реювации и клеточного репрограммирования, прежде чем предлагать клиникам наш метод терапии такого заболевания печени, как неалкогольный стеатогепатит.

Подготовил Игорь ЛАЛАЯНЦ, кандидат биологических наук.

По материалам Science, Nature, Nature Neuroscience, Science Advances, Science Translational Medicine, Cell Reports, Nature, Scientist.

Длинный путь



3D-картирование мозга

Афродизиак способствует подъёму нервной активности, обеспечиваемой сложным взаимодействием нервных клеток, возбуждаемых глутаминовой (Glu) аминокислотой и гамма-аминомасляной (ГАМК). Следует упомянуть, что ГАМК-клетку называют ещё интернейрон, или вставочно-промежуточный.

Известно, что развитие коры подразумевает длинный путь миграции нервных стволовых клеток (НСК) из глубины формирующихся полушарий, по ходу которого их потомство разделяется на два упомянутых типа, а также «вычленивает» клетки глии, или «клея» белого вещества. До недавнего

времени, называется сокращенно MaF, так как его мутация ведёт к росту фибросаркомы (Musculoaponeurotic fibrosarcoma), что лишним раз подчёркивает «единство» путей разного клеточного развития. Ген в частности регулирует миграцию нервных клеток и их дальнейшие функции.

Амстердамский университет также в конце апреля представил результаты 3D-картирования мозга, для чего был использован количественный МРТ с «шагом» между срезами всего 200 микрон, или 0,2 мм. Новая мультимодальная база данных будет способствовать дальнейшему исследованию не только клеток, но их много-

Ещё дальше «пошли» в Оксфорде, где с помощью того же МРТ оценили изменения в структуре мозга, вызванные COVID-инфекцией. В исследовании приняло участие 785 человек в возрасте 51-81 год, из них в контрольной группе 384. Анализ выявил изменения в орбитофронтальной коре и извилине. МРТ выявила уменьшение толщины коркового слоя этих отделов. Ещё большие были отмечены в обонятельной коре, лежащей под передним полюсом лобной доли. Оксфордские нейробиологи и радиологи полагают, что эти изменения объясняют нарушение умственных – когнитивных – способностей пациентов, а также anosмию, или отсутствие обоняния. Вирусной инфекцией поражается также поясная извилина, лежащая на внутренней поверхности полушария. Её нейроны «обеспечивают» нам эмоциональный фон нашего существования, поэтому не надо удивляться тому, что жертвы ковида страдают потом от разного рода стрессов, с трудом восстанавливая радость жизни и стремление радоваться её плотским и духовным дарам. Оксфордцы на момент публикации не могли с определённой уверенностью сказать об отдалённых последствиях новой вирусной инфекции, возможности её «реверсии» и реабилитации.

Ракурс

Поражение от победы ты сам не должен отличать

Представитель Российского Красного Креста впервые за 10 лет вошёл в состав правления МКК

В состав правления Международной федерации обществ Красного Креста и Красного Полумесяца (МФОККиКП) от европейского региона вошёл председатель Российского Красного Креста (РКК) Павел Савчук.

Голосование состоялось на Генеральной Ассамблее Международной федерации 19 июня, проходящей в Женеве. В руководящий орган МФОККиКП избирались представители 27 стран; победу одержали представители 20 национальных обществ. Помимо России, в правление МКК вошли, в частности, представители Болгарии, Египта, Исландии, Малайзии, Нидерландов, Новой Зеландии, Саудовской Аравии, Франции, Японии.

«Моя предвыборная программа строилась на 3 основных тезисах, – сказал П.Савчук. – Во-первых, МФОККиКП необходимо приложить усилия для равномерного доступа к гуманитарной помощи и медицине во всём мире. Во-вторых, Федерация должна стать площадкой, на которой представлены интересы и взгляды всех нацобществ, что позволит им стать эффективными каналами для гуманитарной дипломатии и налаживания отношений



между государствами. В-третьих, я убеждён, что МФОККиКП необходимо развивать молодёжное лидерство и волонтерство, давать возможность молодым людям участвовать в принятии ключевых решений и обсуждении дальнейшего развития Федерации».

Отмечается, что РКК впервые за 10 лет вошёл в состав правления Федерации. За кандидатуру России проголосовали 105 из 156 стран, национальные общества которых являются участниками Генассамблеи.

По словам П.Савчука, его избрание стало возможным благодаря «перезагрузке» российской организации. «Мы много

работали над международными проектами и программами, встречались с коллегами из других национальных обществ, и это принесло свои плоды. Нам есть что сказать, и мы готовы выдвигать собственные инициативы, использовать накопленный опыт для совершенствования работы Красного Креста и Красного Полумесяца в мире, чтобы каждый страдающий человек получил помощь», – отметил он. П.Савчук рассказал о планах РКК, в которые входит в том числе внедрение на электронную карту Красного Креста и Красного Полумесяца информации о ЧС по наиболее проблемным

регионам. Кроме того, Россия выступит с инициативой по организации медицинских центров Красного Креста в регионах с недостаточным уровнем здравоохранения, а также по запуску программы стажировок для молодёжи и волонтеров.

В сообщении отмечается, что избрание РКК в состав правления МКК «повысит статус организации внутри международного движения и позволит продвигать интересы, опыт и предложения РКК, национальных обществ субрегиона, в том числе приграничных и русскоговорящих стран на международной арене».

Общероссийская общественная организация «Российский Красный Крест» является старейшей и самой крупной благотворительной организацией РФ. Она ведёт свою деятельность в 84 регионах страны.

Генассамблея МФОККиКП состоит из представителей всех национальных обществ, собирается не реже одного раза в 2 года и устанавливает общую политику федерации. Правление МФОККиКП – орган, который управляет международной федерацией и проводит заседания дважды в год. Избрание в руководящий состав МФОККиКП происходит раз в 4 года.

Жизнь как она есть

Число коронавирусных инфекций растёт, но врачи не видят причин для паники. «Нам постепенно приходится привыкать к тому, что эти волны станут нормой в течение всего года. Это также означает, что мы столкнёмся с такими волнами летом», – сказал кельнский врач-реаниматолог и научный руководитель регистра интенсивной терапии DIVI профессор Кристиан Карагианнидис.

Расслабляться рано

Пока заболеваемость и тяжесть заболевания находятся на уровне волны ВА.2, «не стоит слишком беспокоиться, – сказал он. – В настоящее время у нас наблюдается значительный рост заражений. Но на третьем году пандемии мы должны быть настолько дифференцированными, чтобы внимательно смотреть: сколько инфицированных поступает в больницу, сколько попадает в реанимацию, сколько умирает».

Как сказал глава Национальной ассоциации врачей обязательного медицинского страхования Эндру Гассен, «пока бремя болезней не увеличится в массовом масштабе, меня не так интересует количество инфекций, которые всё равно не регистрируются правильно».

В настоящее время около 230 пациентов с COVID-19 находятся в реанимации и на инвазивной вентиляции лёгких. «Это их тяжёлая судьба, если рассматривать её индивидуально. Однако в сравнении с 83,5 млн граждан Германии это сопоставимо с другими инфекционными заболеваниями». Это подтверждает более низкий патогенный эффект омикрона и общий хороший уровень иммунитета населения.

Генеральный директор Немецкого больничного общества Джеральд Гасс уверен: «Корона в настоящее время не представляет для нас угрозы. Нет значительного увеличения, которое заставило бы нас увидеть перегрузку на горизонте». Проблема клиник скорее в том, что сотрудники отсутствовали из-за действующих правил карантина при уходе за пациентами.

Срок карантина для сотрудников клиник в настоящее время составляет 5 дней. Бесплатный тест требуется на пятый день.

Федеральный министр здравоохранения Карл Лаутербах на этой неделе был обеспокоен новым ростом заболеваемости. «К сожалению, анонсированная летняя волна стала реальностью. Это означает небольшое ослабление в течение следующих нескольких недель», – сказал Лаутербах.

Во время конференции он подчеркнул, что в настоящее время наблюдается летняя волна, которую эксперты ожидали. Теперь следует подумать о том, как может пройти подготовка к предстоящим месяцам, он предупредил о развитии ковида осенью.

Подготовила Инга КАТАРИНА.
По материалам Associated Press,
Ärzte Zeitung.

Ну и ну!

Более 300 жителей страны обратились с жалобами на то, что в общественных местах их укололи медицинскими иглами. Многие из них плохо себя чувствовали, но, к счастью, в их анализах не находили опасных инфекций. Более 10 лет назад от таких же нападений пострадали около 500 человек в Китае. Зачастую цель таких атак не заразить людей, а посеять панику.

Чаще всего за последние месяцы люди жаловались на внезапные уколы иглами в ночных клубах и концертах. Врачи и прокуроры расследуют случаи, но никто не знает, кто за ними стоит и зачем это делает. Также неизвестно, вводили ли жертвам наркотики или любое другое вещество.

Владельцы клубов и полиция стараются повысить осведомлённость посетителей. Один рэп-исполнитель даже прервал своё шоу, чтобы предупредить о риске неожиданного укола иглами.

Похожая ситуация произошла и в Великобритании, где правительство изучает целую серию атак с уколами. Полиция Бельгии и Нидерландов тоже расследует незначительное число примеров.

Один из первых случаев произошёл в мае в Лилле на севере Франции. Восемнадцатилетний Томас Ло пришёл на концерт, принял наркотики и выпил немного алкоголя. Когда он вернулся домой, почувствовал головокружение и головную боль. На своей руке он нашёл след от укола и синяк.

На следующий день симптомы не прекратились. Молодой человек посетил врача, который

Паника на острие иглы

Жители Франции пожаловались на уколы в общественных местах

посоветовал ему отправиться в отделение неотложной помощи. Медики подтвердили след от укола и протестировали след от ВИЧ-инфекции и гепатит. Результаты были отрицательными, как и у других жертв.

Жители Парижа, Тулузы, Нанта, Нанси и других городов Франции тоже рассказали о уколах иглой в ногу без их ведома. Большинство жертв были девушки. У них на теле были характерные следы от укола, а иногда и синяки. Пострадавшие рассказали, что чувствовали слабость.

У двух жертв в анализах нашли наркотик. По данным полиции, они, вероятно, добавили его в алкоголь. Врачи сомневались в том, что в уколах в ночных клубах были запрещённые вещества. Для того, чтобы он смог попасть в организм, наркотик пришлось бы вводить несколько секунд – и жертвы заметили бы это.

«Мы не нашли запрещённых веществ, других субстанций или доказательств того, что жидкость вводили с преступным умыслом. Мы опасаемся того, что жертвам передали ВИЧ, гепатит или любое другое инфекционное заболевание», – заявил глава центра по контролю за отравлениями Нанси Эммануэль Пушкарчук.

По словам специалиста, случаи отличаются друг от друга. У людей



есть следы от инъекций на теле, но у некоторых нет симптомов. Дискомфорт и провалы в памяти не относятся к специфическим признакам. К таким же выводам пришла местная полиция. Правоохранительные органы признали, что случаи не всегда схожи друг с другом, поэтому пока что им непросто выбрать определённый метод работы.

Похожая история произошла в 2009 г. в Китае. Около 500 человек подверглись атаке в Синьцзян-Уйгурском автономном районе. Представители правоохранительных органов задержали более 75 человек. Трех из них

ждало заключение в тюрьме от 7 до 15 лет.

Власти обвинили в нападении сепаратистские группировки в Синьцзяне. Представитель местного управления общественной безопасности Ду Синьтао назвал атаки организованными и спланированными вылазками, цель которых – подорвать социальную стабильность и посеять страх в обществе.

Среди китайцев ходили слухи о том, что шприцы были заражены ВИЧ. В больницы обращались десятки пострадавших, но никаких признаков болезней в их крови не обнаружили.

Рядом с нами

В ожидании нового аншлага

На сценах Смоленска с аншлагом прошли спектакли философского театра Смоленского государственного медицинского университета «Зеркало»: «Дядюшкин сон» (Ф. Достоевский), «Двенадцатая ночь» (В. Шекспир), «Женитьба Фигаро» (П. Бомарше), «Чацкий. Возвращение в Москву» (Е. Расстопчина – А. Грибоедов). Так что Президентский грант «Молодёжный философский театр. Творчество как духовная практика и путь к осмысленной жизни», который коллектив получил на 2022 г., реализован более чем успешно.



С. Синицын

Об этом говорят не только овации зрителей во время спектаклей на сценах областного драмтеатра, Дворца профсоюзов и Культурно-выставочного центра им. Тенишевых, но и опрос социологов университета, проведённый среди студентов города-героя: из 320 опрошенных юношей и девушек 82,2% ответили, что благодаря постановкам коллектива желание чаще посещать театр у них стало не только востребованным, но и более сильным; театральное искусство в целом не привлекает только 10% участников исследования, зато большинство опрошенных – 82,8% – убеждены, что театр способен научить их понимать проблемы других людей.

В рамках реализации Президентского гранта-2022 выступления прошли на сценах до-

мов культуры города атомщиков Десногорска, райцентров Рославля и Красного, санатория-профилактория «Кристалл» в деревне Жуково.

Художественный руководитель труппы доцент СГМУ кандидат философских наук Сергей Синицын, возглавляет «Зеркало» уже шестнадцать лет. Вот творческое кредо Сергея Николаевича:

– Вы задаётесь вопросом, почему наш театальный клуб называется «Зеркало»?

– С древнейших времён зеркало мыслится, как нечто противоречивое, связанное с представлениями о грани между мирами и магической связью отражения и отражаемого. Зеркальное отражение мощно действовало на людей, впервые столкнувшихся с возможностью существования второго «я». Древние зачастую считали, что в зеркале отражён кто-то совсем другой, а ещё – что в нём отражена душа человека! Всё в мире оплетено видимыми и невидимыми связями; всё является отражением чего-то, следствием или причиной.

– Для Шелера и других известных философов зеркало является инструментом самопознания также, как и отражением универсума. «...космос возникает как гигантский Нарцисс, рассматривающий свои собственные отражения в человеческом сознании».

– Мы ищем себя и находим. И всё, что мы делаем, открывает нас с другой стороны подобно зеркальному отражению. И мы надеемся, что через наше творчество зрители смогут с нами познакомиться и вместе с нами радоваться, скорбеть, восхищаться и сопереживать.

Занавес театрального сезона в этом учебном году «Зеркало» опу-

стило, но уже в сентябре студенческую аудиторию города-героя ждут новые встречи с ровесниками, которые в народном театре университета, репетируя новые спектакли, осваивают в качестве хобби ещё и профессию актёра.

Владимир КОРОЛЁВ,
соб. корр. «МГ».

Смоленск.



В роли Дядюшки профессор Владимир Глов

Былое

С верой в справедливость

120 лет со дня трагической гибели писателя Эмиля Золя

29 сентября 1902 г. Париж облетела печальная новость: умер Эмиль Золя. Шестидесятидвухлетний писатель был полон творческих планов и не чувствовал себя старым. За день до этого он с супругой Александриной Меле вернулся в столицу Франции из Медана.

В парижской квартире было холодно, и им пришлось разжечь камин. Ночью супруги проснулись от головной боли и приступов тошноты. На предложение мадам Золя позвать слуг писатель ответил отказом. Он надеялся на то, что боль пройдёт сама собой, из деликатности ему не хотелось никого беспокоить понапрасну. Уже утром слуги сами стали волноваться, почему их не зовут. Войдя в комнату, они обнаружили писателя мёртвым, а его супругу в состоянии обморока. Согласно медицинскому заключению, мужчина умер от удущья, от отравления угарным газом, который проник в комнату из горевшего камина. Оказалось, что дымоход был неисправен. Мадам Золя врачам удалось спасти.

Полвека спустя рассматривалась версия о том, что писатель был убит, так как, возможно, дымоход его квартиры намеренно заблокировал злоумышленник. Такое предположение высказал журналист Жан Бореля в статье «Убит ли Золя?» (1953). Журналист опирался на слова фармацевта Пьера Акина, которому трубочист Анри Буронфоссе признался в том, что специально закрыл дымоход.

Причиной убийства могла послужить общественно-политическая деятельность писателя. В 1898 г. он принимает участие в процессе по обвинению в шпионаже французского офицера-еврея, капитана Альфреда Дрейфуса. В либеральной газете «Аврора» Золя публикует открытое письмо «Я обвиняю» к Президенту республики в защиту офицера. Писатель не сомневается: «дело Дрейфуса» сфабрико-

вано, и капитан невиновен. В итоге к такому же решению приходит и суд. Часть населения Франции, среди которой были сильные антисемитские настроения, с ненавистью упрекает Золя в том, что он защищает еврея и шпиона. Писателю угрожали, однако доказательства того, что его убили, получить не удалось. Были у Золя и тревожные предчувствия: незадолго до трагедии он рассказывает супруге, что видел во сне, как они вдвоём горели в топке.

А. Пузиков в монографии «Золя» отмечает, что будущему писателю в детстве угрожала серьёзная опасность: «Двухлетним ребёнком он перенёс тяжёлое мозговое заболевание. Что это было? В то время разные болезни нередко обозначались одним словом: человек с больным сердцем умирал «от удара»; неразделённая любовь, семейные огорчения и прочее и прочее вызывали «чахотку»; нынешние менингиты, энцефалиты именовались «воспалением мозга». Однако маленький Эмиль поправился, благодаря жизненным силам.

Друзья Золя запомнили писателя как человека честного в своих поступках. Они дорожили дружбой с ним. На Монмартрском кладбище в Париже можно увидеть бюст Золя, созданный скульптором Филиппом Солари. Эмиль и Филипп подружились в детстве, в частном пансионе «Нотр-Дам», расположенном в окрестностях Экса, города, в котором жила семья будущего литератора. В речи, произнесённой на похоронах Золя, писатель Анатоль Франс подчеркнул: «Сквозь чисто внешний пессимизм, сквозь мрачный колорит, лежащий на некоторых его страницах, отчётливо проступают глубокий оптимизм и упрямая вера в победу разума и справедливости». В этом может убедиться каждый, кто обратится к творчеству Золя, человека высокой нравственности и признанного мастера натуралистического романа.

Павел ЧУЙКОВ,
внешт. корр. «МГ».

Почему бы и нет?

Благотворительный фонд поддержки медицинских работников «Врачебное братство» создан в 2011 г. для помощи отечественным медикам, оказавшимся в сложной жизненной ситуации. За годы работы помощь оказана более чем 500 медикам, а сумма поддержки уже приближается к 50 млн руб.

Чтобы рассчитывать на эффект, родители должны очень хорошо изучить особенности заболевания, характерные именно для их ребёнка, учитывать все нюансы его поведения и нарабатанные в течение года навыки, которые поможет закрепить дельфинотерапия. А самое главное – отдавать себе отчёт в том, что результат зависит от вы-

предусмотрен комплексный подход: совместная работа логопеда, психолога в сочетании с дельфинотерапией и арттерапией! Дима вернулся оттуда другой, это очень заметно. Я искренне признательна фонду за возможность туда поехать!»

А дочери врачей из подмосковного города Домодедово, 6-летней

«Наши дети возвращаются другими»



Дельфины дарят малышам счастье!

Традиционной является и обратная связь, причём обычно слова благодарности подкрепляются снимками, видеозаписями, свидетельствующими об эффективности работы фонда. Так, в июне три семьи врачей прислали «Врачебному братству» фотоотчёты о том, как их тяжело больным ребятишкам помогли занятия дельфинотерапией, организованной и оплаченной фондом. «Мы сотрудничаем с сочинским дельфинарием «Морская звезда», который очень любит наши маленькие подопечные и их родители», – говорит исполнительный директор фонда Елена Приходова. Она подчёркивает, что дельфинотерапия – дорогостоящее мероприятие и помогает не всем.

полнения комплекса мероприятий, которые определит лечащий врач. Обычно курс длится 10 дней и, включает в себя, помимо плавания с дельфинами, систему занятий со специалистами, разработанную с учётом особенностей развития ребёнка. «Судя по всему, у наших ребят контакт с дельфинами сложился, – отмечает Е. Приходова. – Курс подобной терапии впервые прошли два Димы, сыновья врачей из Москвы и Уфы, страдающие детским аутизмом, 8 и 6 лет. И результат оказался очень хорошим».

Екатерина, кардиолог из Москвы, воспитывающая 8-летнего сына одна, поделилась впечатлениями: «Честное слово, я не ожидала такого эффекта. Оказалось, там

Ане, фонд оплатил занятия с дельфинами второй раз. Малышка борется с комплексом заболеваний, включающим в себя ДЦП, спастический тетрапарез, двустороннюю тугоухость, задержку психомоторного и речевого развития.

И хотя, по словам Е. Приходовой, в этот раз у Анечки не всё прошло гладко, в какой-то момент даже пришлось восстанавливать доверие девочки к дельфинам, в итоге всё сложилось наилучшим образом, о чём свидетельствуют присланные родителями материалы.

Помимо эмоциональных родительских писем, фонд получает и медицинские отзывы. В данном случае врачи сообщили о конкретных достижениях ребят: Дима из Москвы стал чаще обращаться к маме, задавать вопросы (этого не было вообще), Дима из Уфы теперь проявляет существенно больше эмоций, а Анечка научилась пользоваться ложкой и горшком, появилось понимание отдельных слов и попытки звукоподражания.

«Первым более или менее чётким произнесённым словом оказалось «Омега», – пишет мама девочки. – Аня это сказала в бассейне, забыв, что так зовут дельфинку. Логопед говорит, что дельфины – не какое-то сверхволшебное исцеляющее средство, но мощный катализатор тех процессов, к которым мозг ребёнка был в принципе подготовлен. И здесь они быстрее проявляются. Действительно, я наконец-то вижу отдачу от того, над чем мы трудились почти год».

Алёна ЖУКОВА,
корр. «МГ».
Москва.

