

Медицинская

6 июля 2022 г.
среда
№ 26 (8044)

Газета®

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

В столице повышается уровень оказания экстренной медицинской помощи.

Стр. 4

Переход к единому социальному налогу позволит уменьшить «налоговый клин» до рекордных 13% с нынешних 43.

Стр. 5

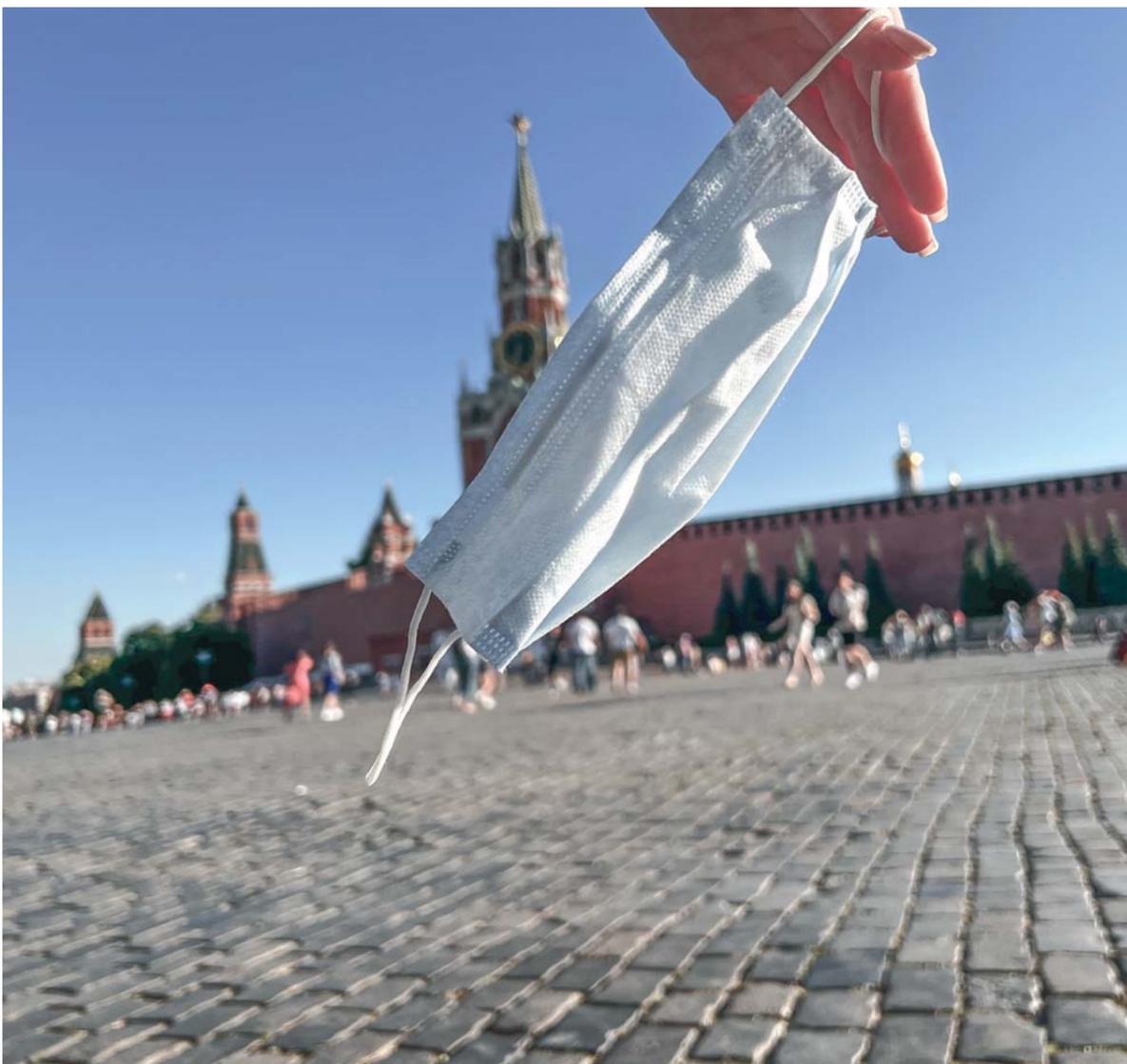
Три года – небольшой срок для изучения вируса SARS-CoV-2 и особенностей его взаимодействия с организмом.

Стр. 10

Перемены

Маски больше не нужны

Роспотребнадзор отменил коронавирусные ограничения



Роспотребнадзор принял решение снять требование по ношению медицинских масок на фоне падения эпидемического процесса по коронавирусу. Постановление подписала глава ведомства Анна Попова.

«Интенсивность эпидемического процесса по COVID-19 падает уже 4 месяца подряд. Поэтому принято решение снять требования по ношению гигиенических масок, ограничения на работу предприятий общепита в ночное время и другие антиковидные меры», – сообщила пресс-служба Роспотребнадзора.

Также сообщается, что в течение последних 4 месяцев недельный показатель заболеваемости COVID-19 сократился более чем в 64 раза с максимального в середине февраля и находится на минимальных значениях с начала пандемии: количество заражённых за сутки составляло 1 июля 3,1 тыс. против 125,8 тыс. 1 февраля. Абсолютное большинство подтверждённых случаев

заболевания (93%) протекают в лёгкой форме – в виде острого респираторного заболевания или вообще без видимых симптомов, причём во всех возрастных группах.

В то же время Роспотребнадзор даёт субъектам Федерации право сохранять определённые ограничения с учётом эпидемиологической обстановки на местах. Жёсткие ограничения к 1 июля оставались только в двух регионах – Ненецком автономном округе и Кабардино-Балкарской Республике.

Частично масочный режим действовал ещё в 11 регионах. В некоторых из них он был отменён сразу после постановления Роспотребнадзора. Отмечается, что сохраняются противоэпидемические меры по своевременному выявлению заболевших и мероприятия, обеспечивающие мониторинг за эпидемическим процессом.

«При ухудшении эпидемиологической обстановки некоторые ограничения могут быть восстановлены», – сообщили в Роспотребнадзоре.

Кроме этого, с 15 июля Правительство России снимает ограничения

на пересечение границы, введённые ранее из-за распространения COVID-19. Об этом сообщил оперативный штаб по итогам заседания под председательством вице-премьера Татьяны Голиковой. Ранее оперативным штабом в связи с улучшением эпидемической ситуации было принято решение об отмене с 14 июня ограничений на въезд в Россию иностранных граждан через воздушные и морские пункты пропуска, но продолжал действовать ряд ограничений на въезд наземными видами транспорта.

Для граждан Белоруссии, прибывающих в Россию авиатранспортом, отменяется требование о тестировании на COVID-19. Для граждан других стран требования о предоставлении результатов ПЦР-тестирования сохраняются, уточнили в оперштабе.

Фёдор СМЕРНОВ,
обозреватель «МГ».

Фото Инны СЕРГЕЕВОЙ.

Официально

Бюджет исполнен с профицитом

Закон об исполнении бюджета Фонда обязательного медицинского страхования за 2021 г. принят на пленарном заседании Госдумы РФ.

Как сообщил председатель Федерального ФОМС Илья Баланин, доходы бюджета фонда составили 2 трлн 631 млрд руб. – с приростом по сравнению с 2020 г. на 239 млрд руб. (10%). Бюджет исполнен с профицитом в размере 61,9 млрд.

Структура доходов стабильная, 88% пришлось на страховые взносы. За неработающее население страховые взносы поступили от всех субъектов страны.

«Из федерального бюджета получено межбюджетных трансфертов на сумму 294,9 млрд руб., в том числе на оказание медицинской помощи по профилю «онкология» – 140 млрд, на компенсацию выпадающих доходов – 35,5 млрд, на обеспечение нестраховых расходов – 117,6 млрд руб.», – пояснил И. Баланин.

Расходы за 2021 г. произведены в сумме 2 трлн 570 млрд руб., с ростом к 2020 г. на 209 млрд (9%).

Реализация базовых программ ОМС в субъектах Российской Федерации осуществлялась за счёт субвенции, всего в территориальные фонды направлено 2 трлн 277 млрд руб. Обеспечен установленный Программой государственных гарантий подушевой норматив в

размере 13 764,6 руб., по сравнению с 2020 г. он вырос на 8,4%.

В рамках базовой программы за счёт субвенции оплачено 786 тыс. законченных случаев ВМП, что на 111 тыс. случаев больше, чем в 2020 г.

На высокотехнологичную медицинскую помощь, не включённую в базовую программу ОМС, направлено 109,7 млрд руб. Общий объём оказанной ВМП за счёт средств бюджета фонда составил 1,102 млн пациентов.

Ещё одна деталь. За период с 2019 по 2022 г. объём финансового обеспечения медицинской помощи по профилю «онкология» вырос в 1,6 раза – с 200,4 млрд руб. в 2019 г. до 317 млрд в 2022 г.

Федеральным проектом «Борьба с онкологическими заболеваниями», реализуемым с 2019 г., предусмотрено ежегодное дополнительное финансовое обеспечение медицинской помощи онкологическим больным за счёт средств федерального бюджета.

Переход на прямое финансирование федеральных медицинских организаций из средств Федерального фонда ОМС позволил увеличить объёмные показатели медицинской помощи на 41,4% (со 166,4 тыс. до 235,4 тыс. случаев лечения). В 2021 г. рост финансового обеспечения онкологической медицинской помощи, оказываемой федеральными клиниками, превысил 81%.

Андрей ДЫМОВ.

В ЦЕНТРЕ ВНИМАНИЯ

Ольга КОБЯКОВА

Директор Центрального НИИ организации и информатизации здравоохранения Минздрава России, доктор медицинских наук, профессор:

Структуру и экономику здравоохранения через 15 лет ожидает трансформация, обусловленная демографическими изменениями в стране.



Стр. 6-7

Новости

Белены объелся

22 июня в 20 часов 48 минут на станцию скорой медицинской помощи города Ишима поступил вызов. Звонивший рассказал о жалобах ребёнка на головную боль, головокружение, сонливость, сухость во рту и расширенные зрачки. На место незамедлительно выехала машина скорой помощи. Как оказалось, два мальчика 2014 и 2012 года рождения попробовали семена ядовитого растения – белены. Спустя час симптомы отравления заметили взрослые, которые и оказали первую помощь. По прибытии на место фельдшера промыли желудки детям. Состояние одного ребёнка стало ухудшаться и было принято решение госпитализировать обоих в областную больницу № 4.

В течение суток дети находились в отделении реанимации под пристальным вниманием медицинских работников. На утро, по словам заведующего отделением Владимира Колмакова, состояние мальчиков стабилизировалось, их перевели в детское соматическое отделение.

Отравление ядовитыми растениями наиболее часто встречается у детей в возрасте 6-11 лет в тёплое время года, особенно в период дачного сезона.

Жанна СТРИЖАК.

Туменская область.

Заслуженная награда

Звание «Почётный гражданин города Йошкар-Олы» присвоили заместителю главного врача поликлиники № 2 Ольге Ершовой.

В поликлинике Ольга Вениаминовна работает 42 года, из них четверть века – заместителем главного врача.

После окончания с отличием Куйбышевского мединститута она 17 лет трудилась участковым педиатром. Своим профессионализмом, доброжелательностью, стремлением постоянно пополнять багаж знаний заслужила уважение коллег и любовь пациентов.

В должности заместителя главного врача была инициатором реализации проектов, способствующих улучшению медицинского обслуживания населения. По её настоянию построено новое здание поликлиники – ранее медучреждение размещалось на первом этаже старого жилого дома. Именно она стала инициатором открытия эндокринологического центра и центра здоровья в поликлинике № 2, которые обслуживают все население города; открытия женской консультации и присоединения к поликлинике Семеновской врачебной амбулатории, размещенной в пригороде столицы.

Особенно проявила себя О.Ершова с началом пандемии коронавирусной инфекции, когда грамотное разведение потоков пациентов, введение в практику выездных пунктов медицинского обслуживания позволило быстро и качественно оказывать квалифицированную помощь.

Много внимания уделяет наставничеству над молодыми врачами, личному консультированию сложных больных. О.Ершова стала 50-м жителем столицы республики, которому присвоено звание почётного гражданина города.

Ольга БИРЮЧЁВА.

Республика Марий Эл.

На пути к профессии

В городе Артёмовском Свердловской области в рамках совместного проекта районной больницы и Центра образования и профессиональной ориентации квалифицированные медицинские кадры начинают готовить со школьной скамьи.

Недавно у юных медиков завершился первый учебный год. Почти 9 месяцев ученики 8-11-х классов разных школ Артёмовского городского округа занимались в специально оборудованном классе с опытными медиками, посещали поликлиники и стационарные отделения больницы, учились наложению повязок, оказанию первой помощи, уходу за больными.

В итоге все сдали квалификационный экзамен по направлению «Младшая сестра (брат) милосердия 3-го разряда». Свидетельства об окончании курса будут внесены в Федеральный реестр сведений о документах об образовании.

«Путь в медицину – долгий, тернистый, но нет благороднее профессии, чем наша. Обидно бывает, когда молодой человек, уже поступив в медицинский вуз или колледж и проучившись какое-то время, понимает, что это была не его мечта. Уникальный образовательный проект, который начал реализовываться в сентябре прошлого года, близко знакомит школьников с работой больницы и помогает им сделать осознанный выбор, это очень важно. Но ещё важнее, чтобы дети, получив через несколько лет диплом об образовании, вернулись в родной город, в нашу больницу. Надеюсь, так и будет, ведь они своими глазами увидели, какие у нас работают доктора, в числе которых много молодых специалистов. Увидели, какое современное в больнице оборудование», – говорит главный врач Андрей Карташов.

Среди нынешних выпускников курса уже есть желающие продолжить учёбу в следующем году. На 2022/2023 учебный год в рамках проекта «Младшая сестра милосердия» планируется набрать группы и для новеньких, и для продолжающих обучение. А кто-то из ребят уже в этом году будет поступать в медицинский колледж или университет.

Алёна ЖУКОВА.

Свердловская область.

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

Наши коллеги

Миссия омских хирургов в Донбассе

Здесь нужны их знания, профессионализм, врачебный опыт

Бригада омских врачей, под руководством главного врача Клинического медико-хирургического центра (КМХЦ) Вадима Бережного провела несколько дней с гуманитарной миссией в Донбассе.

Специалисты КМХЦ – заведующий отделением гнойной хирургии Сергей Лысенко, заведующий травматологическим отделением Андрей Лифанов, заведующий отделением торакальной хирургии Илья Зятьков, Вадим Бережной и главный врач областного онкологического диспансера Дмитрий Маркелов – врачи высшей квалификационной категории, практикующие хирурги и опытные руководители в сфере организации медицинской помощи. Их задачей была не только совместная работа с донецкими и луганскими коллегами в операционных, но и организация доставки в Омск наиболее сложных пациентов для оказания высокотехнологичной помощи.

Командировка омских врачей – их инициатива, которую поддержал губернатор области Александр Бурков и региональное отделение партии «Единая Россия». Регион уже направил в Украину более 110 тонн гуманитарных грузов. Сейчас многие медики готовы отправиться добровольцами туда, где нужны



их знания, профессионализм, врачебный опыт. В отделение «Единой России» поступило уже 14 обращений от медработников с просьбой отправить их в Луганск, Донецк, Мариуполь...

– В настоящее время наши военнослужащие выполняют задачи на передовой – сражаются за мир без нацизма в Донбассе. В этом непростом деле бесценна помощь медиков – они помогают раненым солдатам и оказывают медицинскую помощь мирным жителям, которые становятся невинными жертвами бесконечных артобстрелов ВСУ. Мы отправили на подмогу нашу команду профессионалов во главе с одним из лучших врачей – В.Бережным. Уверен, они сделали всё возможное, чтобы помочь людям, оказавшимся по вине киевского режима в центре боевых действий», – отметил губернатор.

– Местные врачи и медсёстры ведут себя просто героически. На обстрелы внимания уже не обращают. Говорят, мол, надо продержаться, и всё будет хорошо, – поделился первыми впечатлениями В.Бережной.

По его словам, больницы в зоне спецоперации работают по принципу неотложных госпиталей, плановая помощь выглядит также, как в России во времена «бушующего ковида».

– Повреждения и ранения очень тяжёлые, если не сказать фаталь-



ные. Много пострадавших мирных жителей. Особенно тяжело смотреть на детей, искалеченных украинскими минами. Одна из женщин вышла встречать наши танки, а зади в неё выстрелили... Она выжила и поедет в Омск на реконструктивную операцию, – сообщил главный врач центра.



Омские медики также отмечают, что повсюду чувствовали сердечное отношение, благодарность, а ещё видели, с какой надеждой в глазах население встречает россиян...



«Взорванные мосты, каски в кабинетах врачей, дети и взрослые, искалеченные снарядами, команды докторов-волонтеров из Сибири, Алтая, Урала, рисунки детей Донбасса в холлах больницы, кусочки паспорта, извлечённые из раны бойца или осколки в позвоночнике, дивные шолоховские просторы, монументы героям, усыпанные цветами, парки, в ко-

торых тихо играет музыка и вновь потихоньку появляются люди. Такой сегодня Донбасс...», – делится впечатлениями В.Бережной.

Вечером 27 июня была проведена операция по переброске раненых из Луганска в Омск.

– Принято решение о завершении нашей командировки в Донбассе, поскольку у нас были пациенты, нуждающиеся в сложных реконструктивных высокотехнологичных операциях, осуществить которые физически невозможно в прифронтовой зоне, – сказал В.Бережной. – Совместно с военными была спланирована операция, в ходе которой раненые перебросены на специальном транспорте сначала на военный аэродром и под прикрытием перегружены в вертолёт. Звено Ми-8 из трёх вертолётов отправилось на восток. После переброски на аэродром под Ростовом медики Южного военного округа помогли нам стабилизировать пациентов и подготовить их дальше для полёта из Ростова: на самолёте Ил-76 направились в Екатеринбург, а затем в Омск.

В городе на Иртыше борт военно-транспортной авиации встре-



чали автомобили скорой помощи. Из 17 пациентов 11 не могли передвигаться самостоятельно. Все они доставлены в клинический медико-хирургический центр, где уже начато их лечение, подготовка к операциям.

Татьяна БЕРЕЗОВСКАЯ, соб. корр. «МГ».

Омск.

Перспективы

Дальневосточная ипотека для медиков

Правительство РФ приняло решение распространить действие программы «Дальневосточная ипотека» на медицинских работников, проработавших в Дальневосточном федеральном округе (ДФО) не менее пяти лет. Семейное положение и возрастные требования для работников сферы здравоохранения учитываться не будут. Рассмотреть возможность расширения программы на медработников в начале сентября 2021 г. поручил Президент РФ Владимир Путин. В ходе пленарного заседания Восточного экономического форума он особо подчеркнул, что меру поддержки также необходимо предоставить и педагогам.

Расширение программы, по данным Правительства РФ, позволит ежегодно выдавать около 5,5 тыс. льготных кредитов работникам сферы образования и здравоохранения. Всего в трехлетнем бюджете на выдачу «Дальневосточной ипотеки» предусмотрено более 40 млрд руб., из них 9 млрд направят

в 2022 г. Программа действует до конца декабря 2024 г.

Согласно действующей с 2019 г. программе «Дальневосточная ипотека», некоторые категории граждан могут взять кредит по льготной ставке до 2% годовых на строительство или приобретение жилья. Для этого необходимо соответствовать одному из условий: молодая семья, где оба супруга не старше 35 лет; люди в возрасте до 35 лет, имеющие детей не старше 19 лет; участники программы «Дальневосточный гектар»; переехавшие в субъекты ДФО по региональным программам повышения мобильности трудовых ресурсов.

Участники программы могут рассчитывать на ипотеку сроком до 20 лет. При этом необходимо внести первоначальный взнос – не менее 15% от стоимости жилья. Размер кредита не может превышать 6 млн руб., а жильё должно располагаться в ДФО. Для приобретения доступны квартиры в новостройках и строящихся объектах во всех регионах округа. Купить жильё на вторичном рынке (частный дом или

квартира) можно только в сельской местности и ряде моногородов. Также льготные кредиты доступны для индивидуального жилищного строительства.

После получения кредита по программе «Дальневосточная ипотека» и оформления права собственности на жильё собственникам необходимо зарегистрироваться в ДФО в течение 270 дней – с этого момента регистрация должна действовать не менее 5 лет. В обратном случае банк может пересмотреть условия предоставления кредита. Кредиты по программе предлагают 14 банков, в том числе Сбербанк, Газпромбанк, Россельхозбанк и Промсвязьбанк, а также ряд местных кредитных организаций.

Для помощи медикам с приобретением жилья в некоторых регионах России создают собственные программы. Например, в Московской области с 2016 г. за счёт регионального бюджета реализуется программа «Социальная ипотека». Специалисты, проработавшие в Московской области не менее 10 лет и не имеющие в собственно-

сти жилья на территории региона, могут рассчитывать на получение сертификата для приобретения жилья. Кандидат должен быть не старше 50 лет (для женщин) и 55 лет (для мужчин), а также иметь вторую, первую или высшую квалификационную категорию или учёную степень.

По программе 50% от стоимости жилья выдаётся в виде единовременной субсидии, остальные 50% возвращаются в качестве ежемесячных платежей в счёт погашения суммы основного долга. Специалист в течение 10 лет оплачивает только проценты по кредиту. С начала действия программы сертификаты получили 1245 медиков. В 2022 г. запланирована выдача 300 сертификатов.

Примечательно, что в конце апреля этого года Правительство РФ также решило расширить программы «Земский врач» и «Земский фельдшер». Получить меру поддержки – единовременную выплату – теперь могут выпускники медвузов и колледжей (в том числе по целевому направлению), вернувшиеся работать на свою малую родину – в села или посёлки городского типа с населением не более 50 тыс. человек. Такое решение, по мнению властей, позволит решить проблему нехватки медиков в сельских и отдалённых районах.

Леонид ПОЛЯКОВ.

Решения

Аккредитация остаётся в прежнем формате

Министерство здравоохранения РФ не продило приказ № 1179н, которым с начала 2022 г. и до 1 июля был введён специальный режим трудоустройства и работы медперсонала без прохождения аккредитации специалиста. До начала июля медицинским и фармацевтическим работникам с просроченными разрешительными документами придётся пройти аккредитацию, а сотрудникам без свидетельства – получить его.

Формально положения Федерального закона № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан РФ» гласят: если свидетельство об аккредитации сотрудника просрочено (или его нет), у медорганизации нет законных оснований для заключения/продления с медиком трудового договора. Чтобы пополнить ряды персонала инфекционных больниц, а также из-за технических и эпидемиологических ограничений на проведение аккредитации, такое ограничение отменили с начала эпидемии COVID-19 в 2020 г. Затем послабления продлевали несколькими приказами, последний из которых – № 1179н.

Как и другие его версии от 2020 и 2021 гг., документ, кроме прочего, даёт медикам право работать по специальностям, не предусмотренным сертификатом специалиста/свидетельством об аккредитации, а сами разрешительные документы, если истекают, продлеваются автоматически на 12 месяцев. Последняя группа свидетельств, которая была продлена на год, истекла 31 декабря 2021 г.

Чтобы медработники, уже имеющие разрешительные документы, могли избежать проблем с трудоустройством, аккредитацию (включая периодическую) после ряда ограничений полностью запустили заранее, до окончания действия специальных порядков – с 1 июня 2021 г.

Так, Минздрав России провёл ещё одно заседание центральной аккредитационной комиссии, чтобы определить очередную партию прошедших аккредитацию медиков до отмены приказа № 1179н.

Положение об аккредитации, действовавшее с 2016 г., было существенно доработано к началу 2022 г. Оно закрепило норму в 144 часа образовательной активности за 5 лет для прохождения периодической аккредитации, включило, в отличие от предыдущей версии, порядок прохождения такой аккредитации и необходимую для этого форму портфолио.

Кроме того, с 1 марта 2022 г. устранили ранее единое для всех специальностей время прохождения каждого из трёх этапов процедуры – тестирования, ситуационных задач и практических заданий, лимит для каждой специальности установит Минздрав. Количество вопросов при тестировании тоже теперь утверждается отдельно, однако их должно быть не менее 60 (ранее ровно 60). Суммарное число практических заданий и ситуационных задач для каждой специальности, как и ранее, составляет не менее пяти.

В 2022 г. федеральный Минздрав ввёл упрощённый способ подачи документов на периодическую аккредитацию – через личный кабинет Федерального регистра медработников ЕГИСЗ. Ранее и в течение 2021 г. заявители отправляли портфолио и заявления лично, по почте либо по e-mail, что значительно увеличивало сроки прохождения процедуры и привело к многочисленным ошибкам медиков при попытке аккредитоваться.

Игорь КОРАБЛЁВ.

Идеи

Право на досрочную пенсию

Первый заместитель руководителя фракции «Новые люди» и вице-спикер Государственной думы РФ Владислав Даванков обратился к председателю Правительства РФ Михаилу Мишустину с предложением учитывать стаж медиков, работающих в детских оздоровительных лагерях, как дающий право на досрочную пенсию. Сейчас таким правом пользуются медработники государственных медицинских учреждений, включая круглогодичные санатории, но учреждения организации отдыха и оздоровления детей в список не входят.

Предложение В.Даванкова было разработано совместно с представителями Комитета Госдумы по вопросам семьи, женщин и детей и Комитета по охране здоровья. В письме депутат отмечает, что сейчас наблюдается дефицит

медицинских кадров в детских оздоровительных лагерях и мера поможет привлечь к работе квалифицированных медиков.

Порядок получения досрочной пенсии регулируется статьёй 30 Федерального закона «О страхо-

вых пенсиях». На данный момент в документе прописано, что на такую пенсию могут претендовать медики, проработавшие в учреждениях здравоохранения не менее 25 лет в сельской местности и посёлках городского типа или 30 лет в городах (независимо от возраста). В списке профессий, представители которых могут досрочно выйти на пенсию, указаны и медработники детских санаториев, но не лагерей.

В 2021 г. депутат от фракции ЛДПР Евгений Марков предложил изменить формулировку

«учреждения здравоохранения» на «медицинские организации», чтобы на досрочную пенсию могли претендовать работники частных клиник. Комитет Госдумы по труду не принял этот законопроект.

В январе прошлого года возможность досрочного выхода на пенсию получили работники организаций соцобслуживания, предназначенных для граждан с психическими расстройствами, – психоневрологических интернатов для инвалидов старше 18 лет и людей пожилого возраста, а также детских домов-интернатов для умственно-отсталых детей и домов-интернатов для детей с физическими недостатками.

Олег РОМАШОВ.

Криминал

Хищники разделили на троих

Дзержинский городской суд Нижегородской области признал трёх сосудистых хирургов – экс-главного врача Балахнинской центральной районной больницы Максима Кудыкина, сосудистого хирурга больницы скорой медицинской помощи Дзержинска Андрея Васягина и заведующего отделением Нижегородского областного клинического онкологического диспансера Романа Дерябина – виновными в мошенничестве с хищением денег у пациентов и приговорил их к условным срокам (от 3 до 5 лет).

Установлено, что флебологи перед операциями заставляли пациентов платить за расходники, хотя материалы должны были предоставляться по ОМС. Среди потерпевших – 67 пациентов. Врачи вину отрицают и отмечают, что лечили людей, для которых купить расходники по ОМС было нельзя, а материалы требовались срочно.

Как установили следствие и суд, с 2013 по 2017 г. врачи обманом похищали у пациентов средства, предлагая им приобрести расходники. Деньги без договора направ-

лялись ряду компаний, которые были формальными организациями, не связанными с медицинской деятельностью. В среднем пациенты платили от 79 до 125 тыс. руб.

М.Кудыкин, занимавший пост главного врача Балахнинской ЦРБ, проводил консультации пациентов, которые имели серьёзные проблемы с сосудами ног, у некоторых начиналась гангрена пальцев. Он направлял больных в БСМП Дзержинска к А.Васягину. Флеболог назначал операции только после того, как пациенты производили оплату и показывали чеки. В суде уточнили, что затем хирурги делали эндоваскулярные операции, восстанавливая пожилым людям кровоток в артериях.

Во время судебных заседаний медики настаивали, что не брали от пациентов никаких денег – те оплачивали только стоимость расходников, которые по ОМС получить невозможно. Также флебологи заверяли, что не знают поставщиков и не обязаны были их проверять. Они лишь давали реквизиты организаций, которые им по знакомству рекомендовали медицинские представители на конференциях. Основным критерием для выбора

компаний было качественное и быстрое предоставление материалов для операций.

Однако судья к доводам не прислушалась и постановила, что обвиняемые в сговоре провоцировали пациентов на бездоговорную оплату. При этом происхождение расходников не было установлено, так как доказательств поставок указанными организациями нет.

Суд назначил экс-главврачу Балахнинской ЦРБ М.Кудыкину 5 лет лишения свободы условно, аналогичный срок получил и сосудистый хирург БСМП Дзержинска А.Васягин. Завотделением онкодиспансера Р.Дерябин получил 3 года условно. Также врачам запретили заниматься медицинской деятельностью на сроки от 1 до 2,5 года и обязали выплатить потерпевшим ущерб, который в общей сложности составил 5 млн руб., – для этого изъяли автомобили осуждённых. Такое наказание медики получили по эпизодам, которые произошли в период с 2016 по 2017 г., по остальным случаям сроки давности обвинения истекли.

Врачи сообщили, что с приговором не согласны и намерены

его обжаловать, чтобы добиться оправдания.

«Больница никакого расходного материала не покупала, а факт поставки инструментов подтверждали сами потерпевшие и свидетели. Судебно-медицинская экспертиза подтвердила правильность и качество операций, пациенты поправлялись. Возникает вопрос: в чём тут наша вина, каким образом похищались деньги граждан? Меня эти пустые доводы в приговоре не устраивают», – отметил М.Кудыкин.

Защитник медиков А.Сафонов уточняет, что обвинение в мошенничестве построено на том, что при операциях вообще не использовались стенты и расходные материалы. Несмотря на то что показания assistingующих медсестёр и выборочная экспертиза пациентов это опровергают, суд данные несоответствия никак не отразил в приговоре, отметил адвокат.

Уголовное дело по ч. 3 ст. 159 УК РФ (мошенничество в крупном размере с использованием служебного положения) в отношении Кудыкина и Васягина было возбуждено в 2017 г. Тогда следователи выяснили, что врачи выманили у пациента 182,5 тыс. руб. на покупку оборудования для проведения стентирования периферийных артерий. Врачей задержали только в сентябре 2019 г.

Григорий МАТВЕЕВ.

– Валерий Иванович, наступили времена, когда крупные клиники должны быть готовы к работе в условиях поступления большого количества пациентов. Это могут быть и пострадавшие в крупных авариях, и в техногенных катастрофах...

– При крупных чрезвычайных ситуациях или поступлении тяжёлых пациентов с непонятной симптоматикой каждый специалист должен знать свой манёвр. О значении правильной и быстрой сортировки поступающих и уверенной работе мультидисциплинарных бригад в медицине известно давно. Никто не отменял и построение целостной системы оказания помощи пострадавшим, где важную роль играет подготовка специалистов: достойная квалификация, тренинги, обучающие без промедления профессионально действовать в изменяющейся обстановке. Но сегодня для оказания своевременной и качественной медицинской помощи необходимо начинать с условий для работы и оборудования. А дальше уже каждодневный труд, стремление сделать его как можно лучше. И как уже отметил, это регулярные учения, помогающие не растеряться, например, во время поступления большого числа пациентов, нуждающихся в экстренной помощи.

За последние годы в крупных многопрофильных больницах стали создаваться приёмные отделения по принципам блоков «Чрезвычайная ситуация». В своё время одним из первых академик РАН Сергей Багненко реализовал такие подходы в Санкт-Петербургском НИИ скорой помощи им. И.И.Джанелидзе. Предложенная модель оказания экстренной помощи соответствовала тогда лучшим стандартам. Но в Москве пошли дальше и стали строить скорпомощные стационарные комплексы, один из них откроется и в нашей клинике. Больше половины строительных работ уже выполнено. Впереди – отделка и оснащение аппаратурой.

– Почти два года ГКБ № 15 являлась крупнейшим в регионе инфекционным госпиталем по оказанию помощи пациентам с новой коронавирусной инфекцией. Как в таких непростых условиях больнице удаётся продолжить развитие?

– В этом достижении не только нашей клиники. Без поддержки мэрии и Департамента здравоохранения Москвы мы бы не смогли этого добиться. Ещё с июня 2020 г. на территории больницы ведётся строительство нового скорпомощного стационарного комплекса. Работа не прекращалась даже на пиках подъёма заболеваемости COVID-19, потому что все понимали важность данного проекта для системы здравоохранения столицы. Строительство идёт запланированными темпами.

– Если коротко, в чём суть проекта?

– Сконцентрировать в одном корпусе все необходимые мощности, оборудование для экстренной помощи и минимизировать время от доставки пациента на «скорой» до начала экстренного лечения. Чтобы было понятно, проведу небольшую виртуальную экскурсию по новому комплексу. Думаю, она заставит вас вспомнить сериал «Скорая помощь». На первом этаже – въездной отапливаемый тамбур для машин скорой медицинской помощи, зона приёма и распределения пациентов, со стойкой регистрации, гардеробом для верхней одежды, зоной ожидания для сопровождающих с санузлами, в том чис-

Городскую клиническую больницу им. О.М.Филатова Департамента здравоохранения Москвы за время пандемии узнали далеко за пределами столицы. Это лечебное учреждение – одна из многопрофильных клиник, где не только лечили пациентов с подозрением на COVID-19, но и спасали жизни при возникновении осложнений тяжёлых сопутствующих заболеваний. Здесь выполнено порядка 12 тыс. операций больным с новой коронавирусной инфекцией.

Но отсчёт своей истории клиника на Вешняковской берёт вовсе не с 2020 г. Открыта она более 40 лет назад и уже тогда считалась одной из лучших в мегаполисе. Шаг за шагом коллектив создавал условия для применения эффективных средств борьбы с заболеваниями своим трудом, энергией, научной эрудицией и профессионализмом. Опыт работы в изменённых условиях у ГКБ № 15 также немалый. Ещё в 1986 г. (авария на Чернобыльской атомной электростанции)

Наши интервью

Валерий ВЕЧОРКО:

Наша цель — как можно быстрее помочь

ле для маломобильных граждан, помещения для пациентов в тяжёлом состоянии, для пациентов средней тяжести, смотровая экстренного приёма на 14 коек, противошоковый зал на 11, кабинеты компьютерной томографии, изоляционно-диагностические боксы, малая операционная, ангиографическая манипуляционная, магнитно-резонансный и компьютерные томографы, рентгенодиагностическое помещение. На втором этаже – также компьютерный томограф, рентгенодиагностическое помещение, смотровая для пациентов «зелёного» потока на 10 мест, зона ожидания с постом диспетчерской. На третьем – операционный блок с шестью разнопрофильными операционными, отделение интенсивной терапии на 11 коек. На четвёртом – блок диагностических палат на 30 мест, конференц-зал и технические помещения. Всего в новом комплексе будет создано 6 разнопрофильных операционных: нейрохирургическая, гибридная, две общепрофильные, травматологическая, гинекологическая/урологическая.

Разделение потоков поступающих больных по степени тяжести («тяжёлая», «средняя» и «условно лёгкая») позволит максимально быстро провести диагностику и своевременно назначить лечение.

– В чём вы видите основной плюс нового формата?

– Улучшение результатов лечения и, как следствие, снижение показателя досуточной летальности больных в стационаре и количества возникновения осложнений. Второй момент, который не менее важен, нездоровый человек избавляется от необходимости самостоятельно передвигаться по больнице, подвергая себя риску упасть в обморок, заблудиться и т.д. Ведь во главе угла принцип – пациент проходит к врачам, а они проводят ему необходимые обследования в смотровом кабинете или шоковом зале. При этом оснащение их такое, что медицинская помощь оказывается пострадавшему без промедления.



дений давно уже не та, что была десятилетие назад...

– Действительно, полагать, что для лечения травм достаточно интубационной трубки, дренажа, скальпеля и побольше тампонов, неправильно. Стратегия лечения пострадавших в современных клиниках должна быть другой. А учитывая, что при травмах встречаются ситуации, когда успех в спасении больного определяют секунды и минуты, алгоритмы обследования поступающих тяжёлых больных должны быть отработаны до автоматизма. Их нужно знать всем ведущим хирургам, тактика «устранение повреждений» доказала свою высокую эффективность в разных областях.

В нашей стране пострадавшие доставляются в больницу, ближе всего находящуюся к месту ЧП. А дальше результаты лечения в ней, как правило, зависят от опыта дежурного хирурга, который пользуется теми знаниями и навыками, которым его когда-то научили. Однако мировое сообщество давно использует на практике подходы, основанные на доказательствах. Каждый хирург должен иметь полифункциональную подготовку и знать алгоритм диагностики при поступлении любого пострадавшего, как в удовлетворительном состоянии, так и со множественными травмами и ушибами внутренних органов. Не случайно крупные многопрофильные больницы являются ответственными за оказание медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях с большим количеством пострадавших.

Ещё одно дополнение. В Департаменте здравоохранения Москвы создан Кадровый центр. Тестирование и проверку навыков специалистов там проводят буквально в реальных условиях. Для этого город закупил специальное высокотехнологичное оборудование. Центр работает уже год, и за это время оценочные процедуры прошли более 10 тыс. врачей. Проверка уровня компетентности – одна из задач центра, и чтобы

устроиться на работу в московские больницы и поликлиники, врачи должны пройти специальную оценку в этом центре. Кроме того, он занимается повышением квалификации медицинских работников. Здесь же регулярно оценивают профессиональные навыки врачей. Для этого используют тестовые задания, демонстрацию практических навыков на манекенах-симуляторах и решение клинических задач. Но всё это вместе помогает врачам быть более подготовленными к работе в неординарных условиях. Они изучают передовые технологии, применяемые в ведущих клиниках не только по своей, но и по смежным специальностям.

– Но многопрофильность ещё не говорит о том, что специалисты готовы работать в условиях, когда поступает большое количество больных, и решения они умеют принимать быстро. Всё равно требуется перепрофилирование?

– Во время пандемии у нас было очень много пациентов и с тяжёлой сердечной, и с почечной недостаточностью, и с онкологией. Мы всегда используем мультидисциплинарный подход к лечению. А саму больницу перепрофилировали под работу в условиях «красной зоны» всего за неделю.

Я не раз бывал в зарубежных клиниках, мне всегда интересен опыт коллег. Например, в Израиле большинство клиник может мгновенно трансформироваться под разные ситуации и нужды – больница может быть перепрофилирована под военный госпиталь, инфекционный и т.д. У них всё разработано, определены все алгоритмы такой трансформации. А это спасённые жизни. К примеру, в подвале клиники в обычное время стоят автомобили. Но... на случай нужды там даже пол расчерчен, где будет койка стоять, где аппаратура.

Победа в борьбе за жизнь человека часто зависит от того, сумели ли доставить больного вовремя в лечебное учреждение, где ему действительно могут помочь. Второго шанса часто просто нет. Если это не сделать незамедлительно, то через какое-то время будет уже поздно бороться за жизнь.

На днях Президент России публично выразил недоумение по поводу того, что ветеран здравоохранения при стаже 30 лет имеет зарплату в 30 тыс. руб. Ну, допустим, что глава государства действительно до сих пор был не в курсе истинного (а не того, какое рисуют в своих отчётах чиновники) положения дел с зарплатами в медицинской отрасли. Главное другое: вице-премьеру Т.Голиковой принародно поставлена задача обратить внимание на проблему неадекватной оценки труда медиков. От себя так и хочется добавить: обратить внимание в очередной раз.

Врут цифры или люди?

Согласно официально опубликованным данным Росстата, средняя заработная плата российских врачей, работающих в лечебных учреждениях государственной и муниципальной форм собственности, в I квартале 2022 г. составила 92 тыс. руб. У вас меньше? Не спешите удивляться. В документе представлена разбивка по субъектам РФ, из которой становится ясно, что на самом деле разница в зарплатах врачей между регионами достигает 5 раз!

Так, например, максимальный размер оплаты труда у медиков в Ямало-Ненецком автономном округе – 226,8 тыс. руб., минимальный – в Кабардино-Балкарской Республике, всего 45,7 тыс. И это, кстати, тоже средние значения. То есть и внутри регионов есть дифференцировка, возможно, столь же существенная – в несколько раз.

Согласно справке Росстата, к числу субъектов РФ с наиболее высокими средними размерами зарплат врачей относятся Москва (167,7 тыс.), Санкт-Петербург (122,2 тыс.), Мурманская область (118,8 тыс.), Ханты-Мансийский АО (144 тыс.), Камчатский край (154,6 тыс.), Ненецкий АО (171,8 тыс.), Сахалинская (172 тыс.), Магаданская (184 тыс.) области, Чукотский АО (211,3 тыс.), и на вершине финансового благополучия стоят врачи, как уже сказано, работающие в Ямало-Ненецком автономном округе – со средней зарплатой 226,8 тыс. руб. В числе аутсайдеров по среднему заработку докторов уже упомянутая Кабардино-Балкария (45,7 тыс.), Республика Северная Осетия – Алания (49,9 тыс.), Ивановская (55 тыс.), Кировская (57 тыс.) области, Алтайский край (56,8 тыс.). Остальные регионы в промежутке с врачевскими зарплатами от 60 до 80 тыс. в среднем.

Сразу оговоримся: в группе лидеров ни по одному субъекту РФ кроме двух первых вопросов нет. В регионах Севера и Дальнего Востока применяются законные надбавки за особые климатические условия и удалённость. А за что так щедро вознаграждаются труд врачей столичных регионов, точнее, почему так же хорошо, как они, не получают их коллеги из прочих схожих по климату областей и республик страны? Вопрос, который всех интересует, но на который никто не даёт внятного ответа.

И ещё: кто и с какой целью готовит подобные лукавые статистические отчёты, которые ложатся на стол руководству страны? А вот на этот вопрос ответ известен: такая старинная чиновничья забава. Любая средняя сумма не может отражать реальной действительности, потому что максимальные зарплаты получает меньшинство. Однако с учётом супервысоких доходов меньшинства, дополняющих весьма скромные доходы большей части работников отрасли, низкооплачиваемое большинство кажется вовсе не таким уж обиженным.

Обещать не значит исполнить

Как прозвучало на прошедшем недавно в Москве конгрессе по организации здравоохранения, оплата труда – один из основополагающих принципов, который определяет качество работы системы здравоохранения и её кадровый состав, а также обуслов-

ливает недовольство врачей своим общественным статусом. Можно ли требовать от человека, который по размеру дохода не попадает в верхний слой среднего класса, проявлять качества, необходимые врачу, – гиперответственность, эмпатию, стремление к постоянной профессиональной учёбе? Но каким именно образом должна быть решена задача адекватной оплаты труда в медицине: платить всем поровну много или же всё-таки по справедливости, то есть сообразно квалификации работника, качеству и объёму его труда?

Острая тема

Поровну или по справедливости? Без разницы

Дискуссии о повышении зарплаты врачам бессмысленны в корне

– Изменения в сфере оплаты труда медработников – комплексная задача. Во-первых, повышение гарантированных размеров заработной платы, таково наше требование. Во-вторых, остро стоит вопрос существенной межрегиональной дифференциации в оплате труда медиков. Она зависит от экономической ситуации в каждом из субъектов РФ, отсюда и «маятниковая миграция». Как этот вопрос решить силами самого региона? Никак, если не будет помощи из федерального бюджета. Мы принципиально обговаривали и зафиксировали это условие: что выравнивания межрегиональной разницы в зарплатах за счёт того, что у кого-то отняли и кому-то добавили, не будет. От этого принципа следует отказаться навсегда. Без дополнительных федеральных денег реформу оплаты труда в здравоохранении лучше не начинать вообще, – считает председатель Профсоюза работников здравоохранения РФ Анатолий Домников.

И напомнил, что сегодня в каждом субъекте РФ своя система оплаты труда в здравоохранении, такие полномочия переданы регионам. А некоторые субъекты делегировали это право главным врачам медицинских организаций, в итоге таких систем оказалось бесконечное множество и никакой классификации они не поддаются. Оценить, какие из них эффективные, а какие нет, чтобы взять за образец лучшие практики и масштабировать их, не представляется возможным. Профсоюз уже в течение многих лет настаивает на утверждении федеральных стандартов: определение единой структуры заработной платы, нормативов минимального должностного оклада, единых правил установления надбавок компенсационного и стимулирующего характера. И вот, наконец, внесены изменения в Трудовой кодекс в части самостоятельности субъектов РФ по формированию системы оплаты труда работников бюджетной сферы. Затем Правительство РФ определило, что первой бюджетной отраслью, которая начнёт апробировать новые условия начисления заработной платы на основе единых федеральных норм, станет здравоохранение. Были выбраны семь субъектов РФ с разными климатическими условиями, где должна была проходить пилотная апробация компромиссной модели оплаты труда, с которой согласились разные министерства и эксперты. Но... старт пилотного проекта по переходу на новую систему оплаты труда медиков уже неоднократно откладывался. И, по словам А.Домникова, под большим вопросом, что очередной назначенный срок – июль 2022 г. – тоже не будет перенесён.

Подмена понятий

Советник директора Центрально-го НИИ организации и информати-

зации здравоохранения Минздрава России доктор экономических наук Фарит Кадыров также против парада суверенитетов, когда каждый субъект и каждое муниципальное образование разрабатывают свою систему оплаты труда в здравоохранении. От этой местечковости необходимо уйти. При этом специалист в сфере экономики пояснил, что новая система оплаты труда имеет целью не простое повышение заработной платы врачей, то есть её индексацию, а изменение коренных подходов к распределению фонда оплаты труда между

трудо, уставший от эмоциональных и физических перегрузок врач – в определённом смысле угроза для пациента, который эту угрозу воспринимает и даёт адекватный ответ. Профессор сослался на данные исследования по профессиональному выгоранию российских медиков. Результаты поразили: 82% врачей имеют высокий уровень профессионального выгорания, из них треть высказывают готовность уйти из профессии.

– Цифры, которые демонстрируются экспертами высокого уровня, кажутся мне фантазийными. В ре-

Невозможно повысить зарплату иначе, чем так, как это происходит сейчас – путём оптимизации штата с бесконтрольным расширением служебных обязанностей персонала. По-другому в рамках нынешнего «налогового клина» действовать нельзя. И когда звучат призывы к государству дать дополнительные деньги на здравоохранение, а финансирование медицинской помощи привязано к зарплатам формально занятых в отрасли людей, все эти призывы упираются в жёсткое сопротивление тех, кто отвечает за экономику. Они говорят:

– Изменения в сфере оплаты труда медработников – комплексная задача. Во-первых, повышение гарантированных размеров заработной платы, таково наше требование. Во-вторых, остро стоит вопрос существенной межрегиональной дифференциации в оплате труда медиков. Она зависит от экономической ситуации в каждом из субъектов РФ, отсюда и «маятниковая миграция». Как этот вопрос решить силами самого региона? Никак, если не будет помощи из федерального бюджета. Мы принципиально обговаривали и зафиксировали это условие: что выравнивания межрегиональной разницы в зарплатах за счёт того, что у кого-то отняли и кому-то добавили, не будет. От этого принципа следует отказаться навсегда. Без дополнительных федеральных денег реформу оплаты труда в здравоохранении лучше не начинать вообще, – считает председатель Профсоюза работников здравоохранения РФ Анатолий Домников.

– Изменения в сфере оплаты труда медработников – комплексная задача. Во-первых, повышение гарантированных размеров заработной платы, таково наше требование. Во-вторых, остро стоит вопрос существенной межрегиональной дифференциации в оплате труда медиков. Она зависит от экономической ситуации в каждом из субъектов РФ, отсюда и «маятниковая миграция». Как этот вопрос решить силами самого региона? Никак, если не будет помощи из федерального бюджета. Мы принципиально обговаривали и зафиксировали это условие: что выравнивания межрегиональной разницы в зарплатах за счёт того, что у кого-то отняли и кому-то добавили, не будет. От этого принципа следует отказаться навсегда. Без дополнительных федеральных денег реформу оплаты труда в здравоохранении лучше не начинать вообще, – считает председатель Профсоюза работников здравоохранения РФ Анатолий Домников.

– Изменения в сфере оплаты труда медработников – комплексная задача. Во-первых, повышение гарантированных размеров заработной платы, таково наше требование. Во-вторых, остро стоит вопрос существенной межрегиональной дифференциации в оплате труда медиков. Она зависит от экономической ситуации в каждом из субъектов РФ, отсюда и «маятниковая миграция». Как этот вопрос решить силами самого региона? Никак, если не будет помощи из федерального бюджета. Мы принципиально обговаривали и зафиксировали это условие: что выравнивания межрегиональной разницы в зарплатах за счёт того, что у кого-то отняли и кому-то добавили, не будет. От этого принципа следует отказаться навсегда. Без дополнительных федеральных денег реформу оплаты труда в здравоохранении лучше не начинать вообще, – считает председатель Профсоюза работников здравоохранения РФ Анатолий Домников.

Деньги – благо или зло?

Зарплатный вопрос «испортил» не только отрасль, которая страдает от дефицита кадров, но и часть самих медработников.

– Обратная сторона «красных зон»: заканчивается пандемия, и начинается миграция врачей в поисках оставшихся «красных зон». Формируется отдельный кластер специалистов, которые ориентированы не на повышение профессионального уровня, а просто на получение высоких зарплат. Я считаю, что это очень опасная тенденция, – обозначил неприятное явление профессор кафедры неврологии и нейрохирургии СамГМУ, сопредседатель Всероссийского союза пациентов Ян Власов.

Он также обратил внимание на снижение качества коммуникаций, человеческих отношений и доверия между врачом и пациентом. Неудовлетворённый оценкой своего

– Изменения в сфере оплаты труда медработников – комплексная задача. Во-первых, повышение гарантированных размеров заработной платы, таково наше требование. Во-вторых, остро стоит вопрос существенной межрегиональной дифференциации в оплате труда медиков. Она зависит от экономической ситуации в каждом из субъектов РФ, отсюда и «маятниковая миграция». Как этот вопрос решить силами самого региона? Никак, если не будет помощи из федерального бюджета. Мы принципиально обговаривали и зафиксировали это условие: что выравнивания межрегиональной разницы в зарплатах за счёт того, что у кого-то отняли и кому-то добавили, не будет. От этого принципа следует отказаться навсегда. Без дополнительных федеральных денег реформу оплаты труда в здравоохранении лучше не начинать вообще, – считает председатель Профсоюза работников здравоохранения РФ Анатолий Домников.

– Изменения в сфере оплаты труда медработников – комплексная задача. Во-первых, повышение гарантированных размеров заработной платы, таково наше требование. Во-вторых, остро стоит вопрос существенной межрегиональной дифференциации в оплате труда медиков. Она зависит от экономической ситуации в каждом из субъектов РФ, отсюда и «маятниковая миграция». Как этот вопрос решить силами самого региона? Никак, если не будет помощи из федерального бюджета. Мы принципиально обговаривали и зафиксировали это условие: что выравнивания межрегиональной разницы в зарплатах за счёт того, что у кого-то отняли и кому-то добавили, не будет. От этого принципа следует отказаться навсегда. Без дополнительных федеральных денег реформу оплаты труда в здравоохранении лучше не начинать вообще, – считает председатель Профсоюза работников здравоохранения РФ Анатолий Домников.

– Изменения в сфере оплаты труда медработников – комплексная задача. Во-первых, повышение гарантированных размеров заработной платы, таково наше требование. Во-вторых, остро стоит вопрос существенной межрегиональной дифференциации в оплате труда медиков. Она зависит от экономической ситуации в каждом из субъектов РФ, отсюда и «маятниковая миграция». Как этот вопрос решить силами самого региона? Никак, если не будет помощи из федерального бюджета. Мы принципиально обговаривали и зафиксировали это условие: что выравнивания межрегиональной разницы в зарплатах за счёт того, что у кого-то отняли и кому-то добавили, не будет. От этого принципа следует отказаться навсегда. Без дополнительных федеральных денег реформу оплаты труда в здравоохранении лучше не начинать вообще, – считает председатель Профсоюза работников здравоохранения РФ Анатолий Домников.

Повысить нужно, но нельзя

Фактически точку в споре поставил директор Центра проблем организации, финансирования и межтерриториальных отношений в здравоохранении Финансового университета при Правительстве РФ кандидат медицинских наук Андрей Рагозин. Сказанное им объясняет, почему любые дискуссии о том, из каких источников, по каким критериям и в каком размере повышать зарплату в медицине, бессмысленны по сути своей в условиях нынешней российской экономики.

– Выражение «налоговый клин» никогда не звучит в аудиторской организации здравоохранения, тем не менее это ключевое явление и для финансирования отрасли, и для повышения оплаты труда работников. Завышенный «налоговый клин» – те деньги, которые удерживаются из наших зарплат в виде налоговых, пенсионных и социальных отчислений, тормозят нашу экономику, не позволяют адекватно платить зарплату и адекватно финансировать здравоохранение. В России бытует миф о том, что социальные отчисления платятся работодателем из его средств. Это неправда. Взносы на медицинское, социальное и пенсионное страхование являются частью заработной платы человека, работодатель платит их из вашей зарплаты, – озадачил аудиторию представитель финансового университета. А далее он пояснил, что около 70% средств ОМС уходит на оплату труда, включая «налоговый клин», который составляет 43%.

– Для российских медработников «налоговый клин» – это низкие зарплаты и невозможность их радикально увеличить. Мы говорим о необходимости увеличения зарплат в ситуации, когда на каждый выплаченный работнику рубль надо заплатить 43 коп. налогов.

«Мы уберём экономику, если будем повышать взносы на ОМС», – резюмировал А.Рагозин.

Кстати, важный аспект: в России система финансирования социальных, пенсионных и медицинских гарантий построена на налогообложении труда. При этом она освобождает от солидарного участия в финансировании медицинских гарантий тех людей, кто живёт на доходы от капитала, на криминальные доходы, на «серую» зарплату, в то же время все эти граждане пользуются медицинской помощью без ограничений. А кроме того, большое количество российских предприятий и целых отраслей лоббируют для себя получение льгот и вообще не платят ничего в систему ОМС.

Самое простое решение, которое помогло бы радикально увеличить зарплаты в здравоохранении, – попытаться медицинской отрасли пролоббировать для себя те же льготы по уплате страховых взносов, которые успешно лоббируют для себя цифровая экономика, производители медиапродукции и т.д. Если здравоохранение добьётся для себя хотя бы той же льготы, какую имеют программисты и производители медиаконтента, можно будет спокойно, без привлечения дополнительных затрат автоматически увеличить зарплаты на 15 и даже 20%. Такой рецепт, по его мнению, наиболее очевиден. Однако все эти льготы компенсируются из федерального бюджета, а он не резиновый. Поэтому предложение, адресованное правительству от центра, возглавляемого А.Рагозиным, принципиально новое.

– У нас примерно половина всей экономики теневая, столько же неформально занятых граждан, которые не платят никаких взносов, и производительность труда в три раза ниже, чем в развитых странах. Мы предлагаем заменить всю систему взносов во внебюджетные фонды – ПФР, ФСС, ФОМС – одним универсальным социальным налогом со ставкой 0,82%, то есть 82 коп. с каждого безличного платежа размером 100 руб. Налог удерживается автоматически при каждой транзакции, когда граждане расплачиваются картами за покупки и услуги. Вдумайтесь: объём безличных платежей в России за год в 16 раз больше ВВП, таковы данные Центробанка! Этот факт иллюстрирует утверждение о том, что мы плохо знаем размер теневой экономики в нашей стране. Переход к единому социальному налогу позволит уменьшить «налоговый клин» до рекордных 13% с нынешних 43 и решить задачу повышения зарплат в медицине. В условиях нынешней российской экономики альтернативы этому варианту, по нашему мнению, нет, – резюмировал А.Рагозин.

Елена СИБИРЦЕВА.

Способность к быстрому реагированию на внезапные внешние вызовы российская система здравоохранения как нельзя лучше продемонстрировала в первые месяцы пандемии новой коронавирусной инфекции. Зачёт «по форс-мажору» сдан. Но не менее важно научиться своевременно реагировать на вызовы, с запасом времени на осмысление, расчёты и принятие верных решений.

Выступая на конгрессе молодых учёных, завершающем Год науки и технологий в декабре 2021 г., директор Центрального НИИ организации и информатизации здравоохранения Минздрава России, доктор медицинских наук, профессор Ольга КОБЯКОВА впервые обратила внимание аудитории на то, что структуру и экономику здравоохранения через 15 лет ожидает трансформация, обусловленная изменением демографической ситуации в стране. И чтобы эта трансформация прошла плавно, без стресса для самой отрасли и для населения, к ней нужно готовиться, а точнее – ею необходимо управлять и начать это следует уже сейчас, ориентируясь на прогнозные демографические модели.

Сегодня очевидно, что к демографическим факторам, провоцирующим грядущую трансформацию системы здравоохранения, добавились последствия пандемии, которые также отразятся на изменении потребностей россиян в видах медицинской помощи и её объёме. Эту проблему обсуждали на только что завершившемся Петербургском международном экономическом форуме.

Итак, есть ли у специалистов ЦНИИОИЗ более-менее чёткое представление, какой должна стать система здравоохранения через 15 лет, чтобы соответствовать ожиданиям населения? С этого вопроса началась наша беседа с профессором.

– Прежде всего, надо отметить, что система здравоохранения в принципе не является застывшей. Это высокоадаптивный «организм», он постоянно находится в движении и стремится соответствовать новым условиям, которые обусловлены переменами в социальной и экономической жизни страны. Сейчас мы в ситуации, когда необходима адаптация к очередным изменениям.

Начнём с последствий пандемии. Страна постепенно выходит из длительного периода эпидемиологического неблагополучия, но теперь на первый план выступает бремя хронических неинфекционных заболеваний. Ситуация усугубляется большим количеством осложнений и последствий COVID-19, особенно у людей уже страдающих хроническими заболеваниями. Кроме того, внимание системы здравоохранения к плановым больным было вынужденно ослаблено за последние два с половиной года. Мы будем иметь дело с последствиями несвоевременной диагностики, не проведённой вовремя терапии. Одним словом, заметно увеличится число пациентов с ХНИЗ и потребность в специализированных видах медицинской помощи.

– Ольга Сергеевна, по вашей оценке, насколько отрасль готова ответить на такие запросы? Тем более что делать это предстоит уже не в плановом режиме, а в режиме оперативного реагирования.

– Поскольку данная ситуация была спрогнозирована ещё в 2020 г., очень важные шаги Минздравом России уже сделаны. В частности, начавшаяся в 2021 г. углублённая диспансеризация пациентов, перенёвших COVID-19. Также особое внимание сегодня уделяется людям, которые более 2 лет не посещали лечебные учреждения.

Но вернёмся к важности прогнозных моделей применительно к демографии. Я абсолютно уверена в том, что система здравоохранения любой страны – и Россия не исключение – должна быть конгруэнтна текущей и будущей демографической ситуации. Причём важно заранее понимать характер этих изменений, чтобы через 10-15 лет, когда спрогнозированные перемены станут свершившимся фактом, иметь как раз ту конфигурацию системы здравоохранения, тот кадровый и финансовый ресурс, которые будут удовлетворять потребностям населения страны в медицинской помощи.

Сейчас в России наблюдается изменение возрастной структуры населения с явной тенденцией в сторону его старения. Если в 1959 г. в СССР доля детского населения составляла 11%, то в

В центре внимания

Знать и готовиться

Верный прогноз как главное условие развития медицинской отрасли

2021 г. она снизилась до 6,5%. В то же время доля людей в возрасте 65 лет и старше в настоящее время составляет 15,8%, тогда как в 1959 г. – всего 5,9%. Этот факт нельзя не учитывать.

Уже сейчас понятно, что нам понадобятся дополнительные гериатрические и паллиативные койки в системе здравоохранения, дополнительные пансионаты по уходу за пожилыми людьми в системе социальной защиты. Ещё одна проблема, которая будет только нарастать и находится в центре нашего внимания, – деменция любой этиологии. Люди, страдающие деменцией, нуждаются как в медицинской помощи, так и в уходе. Надо ли говорить, что в этом смысле стратегии развития системы здравоохранения и системы соцзащиты должны быть скоординированы?

Следующий вызов для медицинской отрасли – рост затрат: с увеличением доли пожилого населения увеличивается финансовая нагрузка на систему здравоохранения. Такова реальность, что именно пожилые люди являются основными потребителями медицинской помощи. Современные технологии в области кардиохирургии, онкологии, трансплантологии, гематологии дают блистательные результаты. Но! Данные технологии очень дорогие. А поскольку потребность в их применении возрастает, это становится значительным бременем для бюджета всех развитых стран, включая Россию.

Что делать, не лечить людей? Конечно, лечить! Но наряду с развитием специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи система здравоохранения должна развиваться в сторону первичной медико-санитарной помощи, профилактики и управления общественным здоровьем. Об этом уже неоднократно говорилось с различных трибун, и я «не открываю Америки». Сейчас система здравоохранения и у нас, и во многих развитых странах куративная, то есть она исходно ориентирована на лечение больного человека, а должна стать преимущественно превентивной.

Правда, здесь как раз тот случай, когда проще сказать, чем сделать. Мы бьёмся за увеличение ожидаемой продолжитель-



избыточны, а каких завтра будет недостаточно, какие специалисты окажутся особо востребованы в ближайшей перспективе, какие технологии начнут применяться наиболее активно и сколько денег всё это потребует.

– Действительно, наш институт важное, но всё-таки не единственное звено в цепочке тех научных организаций, вузов, профессиональных сообществ, которые работают над развитием системы здравоохранения под руководством Минздрава России. В то же время ЦНИИОИЗ как головное научное учреждение по организации здравоохранения формирует предложения по улучшению качества и доступности медицинской помощи в нашей стране, а также по снижению смертности от управляемых причин. К числу важных задач,

ровых технологий? Традиционный гуманистический подход как идеология медицины, на первый взгляд, не коррелирует с внедрением систем «умного здравоохранения», которые призваны дистанцировать врача от больного, минимизировать их живое общение.

– Не соглашусь. Никакого противоречия в этих двух процессах я не вижу. Цифровая трансформация отрасли не предусматривает замену врача искусственным интеллектом. «Цифра» – всего лишь инструмент, который не надо ни обожествлять, ни демонизировать. Главная цель внедрения тех продуктов, которые сейчас уже активно используются, – медицинских информационных систем, нозологических регистров, систем поддержки принятия врачебных решений, электронных медицинских карт – соби-

ности жизни, но не менее важен показатель ожидаемой продолжительности здоровой жизни. Я считаю, государству и гражданам необходимо совместно приложить максимум усилий к тому, чтобы продлить не просто годы жизни, а тот её период, когда человек социально и экономически активен.

– Это не утопия?

– Это не утопия совершенно точно. Есть примеры других стран. В частности, интересен проект «Северная Карелия», который в 1970-е годы стартовал в одном из регионов Финляндии. Там была очень высокая смертность от сердечно-сосудистых заболеваний, и за 30 лет этот показатель снизился на 70%. Правда, надо учитывать, что профилактические меры, которые применялись в рамках данного проекта, выходят далеко за границы системы здравоохранения. Мы имеем пример реализации хорошо продуманной и грамотной воплощённой государственной политики по снижению табакокурения и потребления алкоголя, по пропаганде правильного питания, физической активности и прочих элементов здорового образа жизни. Кстати, всё это не просто рекомендовалось, а можно сказать, насаждалось государством весьма императивно, но результат вот такой – отличный.

Существуют примеры других стран, где результат по снижению показателей смертности и инвалидизации не столь впечатляющий, однако тоже существенный. Поэтому я не считаю, что для России реализация масштабных проектов, которые позволят продлить период ожидаемой здоровой жизни человека, – несбыточная мечта. Кстати, у нас в стране уже многое предпринимается в этом направлении. Есть конкретные задачи и результаты антиалкогольной кампании, кампании по борьбе с курением. Не всё так блестяще, как хотелось бы, но уже немало сделано на уровне государства.

– По логике, ваш институт как раз должен быть тем «мозговым центром», где формируются не только долгосрочные прогнозы, но и конкретные планы изменения системы здравоохранения сообразно этим прогнозам: какие койки

которые мы решаем, относится и территориальное планирование медицинской помощи. Здесь мы работаем совместно с национальными медицинскими исследовательскими центрами по профилям, с главными специалистами Минздрава России и регионами. В масштабах страны должно быть рациональное распределение потоков пациентов, организация работы высокотехнологичных медицинских центров, приобретение для них нового оборудования, подготовка кадров по разным профилям для каждой региональной системы здравоохранения. Это всё должно быть обусловлено как экономически, так и с точки зрения доступности помощи населению.

– Как раз сейчас идёт приёмная кампания в медицинских университетах. Те прогнозы по изменению востребованности специалистов разных профилей, о которых вы говорите, учитываются высшей вузовской и последипломной подготовки врачей?

– Да, система медицинского образования тоже адаптируется к процессам трансформации здравоохранения. Начну с того, что для медицинских вузов увеличены контрольные цифры приёма, то есть врачей в стране готовится больше. И это правильно.

Далее, постоянно увеличивается доля целевого набора. Причём по ординатуре эти цифры стремятся к 100%, что тоже правильно. Моё мнение таково: если ты учишься за государственные деньги, то, пожалуй, работа по крайней мере тот срок, который написан в договоре на твоё целевое обучение, и по той специальности, которая нужна твоему региону. Я считаю такое требование абсолютно справедливым.

– В продолжение темы медицинского образования: как бывший ректор СибГМУ вы отлично знаете, что кроется за выражением «качество подготовки врачей», каких усилий это требует. По-вашему, можно ли примирить два процесса, которые навскидку кажутся непримиримыми, – готовить врача, умеющего клинически мыслить, и в то же время превращать его в оператора циф-

рять максимальное количество объективных данных о каждом пациенте и о системе здравоохранения в целом, чтобы на основе этих больших данных заниматься оценкой и прогнозированием состояния общественного здоровья, принимать правильные управленческие решения на уровне отрасли и в отношении каждого пациента. Здесь мы возвращаемся к самому началу нашей беседы: надо не просто видеть картину сегодняшнего дня, но и, пользуясь ресурсами big data, прогнозировать, какой должна оказаться отрасль через год и через 10 лет. Мы окончательно и бесповоротно уходим от статистики пост-фактум к составлению прогнозных моделей и предиктивной аналитике.

Что касается применения цифровых технологий в практике конкретного врача, это должно в конце концов привести к облегчению его труда. Я понимаю сарказм многих коллег по этому поводу, он закономерен при переходе от отрицания к принятию любой инновации. Помню, как в 2013 г. мы с большим трудом внедряли в Томской области региональную медицинскую информационную систему, сколько было скепсиса и сопротивления, зато сейчас всё работает отлично. Меняется не только отношение медиков к информационным системам и цифровым сервисам, но и сами системы совершенствуются. Важно, чтобы их интерфейс был дружелюбным к врачу, понятным, тогда люди с большим стажем работы, золотой фонд нашей медицины, не станут уходить из профессии только потому, что они не понимают, как с этими цифровыми инструментами работать.

И ещё, на мой взгляд, очень важная роль «цифры» заключается в том, что она позволяет освободить врача от выполнения функций, не связанных с оказанием медицинской помощи, в частности, от заполнения документации. С этой задачей прекрасно могут справиться голосовые помощники – программы трансформации звука в текст. Таким образом, движение в сторону «умного» здравоохранения не означает, что врач будет меньше внимания уделять

живому общению с пациентом. Как раз наоборот.

– **Коль скоро мы заговорили о кадрах, охарактеризуйте, пожалуйста, кадровую ситуацию в отрасли в настоящее время, и какие предложения в связи с этим подготовлены экспертами института?**

– Ситуация такова: в Российской Федерации есть дефицит и дисбаланс медицинских кадров. По итогам 2021 г. дефицит врачей составил 24,7 тыс., среднего медицинского персонала – 127,1 тыс. Но этот дефицит существует в большинстве стран, и, по прогнозам Всемирной организации здравоохранения, он будет только нарастать. Сразу уточню, что с размером оплаты труда данная ситуация напрямую не коррелирует.

Сейчас очень активно ведутся поиски способов, как закрыть недостаток кадров в отрасли. Медицинские работники – самый дорогой и самый трудно возобновляемый ресурс. У нас есть гипотеза, что, когда цифровые технологии в здравоохранении начнут работать на полную мощность, это несколько снизит потребность во врачах. Поясню, как это может работать.

Один из цифровых инструментов – дистанционный мониторинг хронических неинфекционных заболеваний. Люди, которые живут в удалённых районах и не имеют возможности посещать врача так часто, как другие, могут находиться под медицинским контролем именно с помощью таких инструментов. На реализацию данной идеи направлен Федеральный проект «Персональные медицинские помощники». Сейчас он только набирает обороты, но уже вскоре, я уверена, мы увидим его результаты.

Также, на мой взгляд, нужно давать в помощь врачам немедицинских работников и все административные функции передавать им. Это тоже позволит высвободить значительную часть времени доктора, которое он потратит на работу с пациентом. Такое перераспределение обязанностей может существенно снизить риски профессионального эмоционального выгорания врачей.

Подводя итог, повторяю, что дефицит кадров в отрасли есть, и, чтобы его нивелировать, наше государство реализует целый ряд важных проектов, в том числе совместно с регионами. Но решить проблему дефицита кадров полностью в ближайшее время будет сложно.

– **Качество управленческих кадров в здравоохранении, их частая сменяемость – тоже горячая тема.**

– Одна из самых актуальных. Именно поэтому наш институт в настоящее время делает акцент на данном направлении, благо у нас подобралась команда не теоретиков, а практиков с большим опытом управленческой работы в региональном здравоохранении, территориальных фондах ОМС, крупных медицинских центрах.

С декабря 2021 г. ЦНИИОИЗ реализует проект «Кадровая платформа организаторов здравоохранения». В нём принимают участие более 1200 человек из всех регионов России, которым предоставлена возможность общения и обмена опытом. В проекте есть образовательная составляющая, когда мы проводим лекции и семинары по запрашиваемым темам. Но главное – проектная деятельность в командах, решение конкретных организационных задач.

– **«Кадровая платформа» объединяет людей, которые в настоящее время уже занимают руководящие должности**

в отрасли, или вы готовите кадровый резерв – тех, кто сядет на «скамейку запасных» и в случае ротации главврачей, замминистров и министров здравоохранения сможет претендовать на эти посты?

– Участниками данного проекта стали и те и другие. Большинство – люди, работа которых в настоящее время связана с организацией здравоохранения, начиная с уровня заведующего отделением или врача-статистика и заканчивая главами региональных департаментов и министерств здравоохранения. Но есть и молодые специалисты, которые видят себя в будущем организаторами здравоохранения. Они прошли отбор, выполнили тестовое задание и приступили к обучению.

Подчеркну: в своих образовательных программах мы в большей мере ориентируемся на практику, нежели на сухую теорию. Перед нами не студенты, а специалисты со стажем, им нужны те алгоритмы, которые они могут взять на вооружение и завтра применить на своём рабочем месте.

Ещё один проект, который реализует институт, – «Клуб министров здравоохранения». С определённой периодичностью мы собираем только министров и обсуждаем самые актуальные для них темы, задаём друг другу вопросы, в том числе неудобные, и пытаемся вместе найти ответы, коллегиально вырабатываем решения сложных задач. С начала нынешнего года состоялось уже пять таких встреч.

– **Хотелось бы вернуться к прошедшему Петербургскому экономическому форуму. В его рамках обсуждалась, казалось бы, далёкая от экономики тема оценки соответствия российской системы здравоохранения ожиданиям пациентов. Организаторы дискуссии назвали её «Удовлетворенность медицинской помощью: всем не угодишь, или пациент всегда прав?» А каков ваш ответ на этот вопрос?**

– Я отвечу так: угодить всем невозможно, но стараться нужно. Важно иметь в виду, что мы не говорим об удовлетворённости пациентов качеством медицинской помощи, потому что оценить качество могут только эксперты. А пациенты оценивают доступность медицинской помощи у себя в регионе и комфортность условий, в которых она оказывается.

В отличие от качества, имеющего чёткие параметры, удовлетворённость медицинской помощью – абсолютно субъективная характеристика, когда персональные ожидания человека совпадают либо не совпадают с реальностью. Причём ожидания у разных людей разные в зависимости от возраста, пола, образования, социального статуса, уровня доходов, места жительства. Тем не менее задача системы здравоохранения не только хорошо лечить пациентов, но делать так, чтобы число людей, которые удовлетворены работой отрасли, росло. Для этого есть инструменты, часть которых требует материальных затрат, часть не требует, нужно просто брать их и использовать.

– **Достижима ли такая цель, коль скоро ожидания пациентов индивидуальны и их оценки субъективны? Одна и та же клиника, оказывая один и тот же вид медицинской помощи в одних и тех же условиях с одинаковым результатом может произвести на одного человека положительное впечатление, а другой останется недоволен. В отсутствие объективных**

критериев можно формально статистически измерять удовлетворенность населения медицинской помощью, но следует ли всерьёз ориентироваться на эти цифры при оценке работы всей отрасли, её региональных сегментов и отдельных учреждений?

– Удовлетворённость населения медицинской помощью, несмотря на свой субъективизм, является очень важным эмоциональным индикатором комфорта жизни проживания человека в том или ином регионе, в той или иной стране. К тому же субъективность оценок, о которых вы справедливо говорите, тоже имеет предел. Например, если людей с разным образованием и жизненным опытом одинаково недружелюбно и даже невежливо встретят в лечебном учреждении, все они будут в равной степени неудовлетворены и возмущены.

Те факторы, которые влияют на удовлетворённость пациента медицинской помощью, более-менее изучены. Что интересно, представление пациентов о том, какие именно параметры влияют на их впечатление от работы системы здравоохранения, и представления организаторов здравоохранения не совпадают вообще. Вот почему нам необходимо не догадываться, а знать наверняка, от чего зависит удовлетворённость пациента, и стараться по мере возможности – естественно, не в ущерб качеству лечения – этого достигать.

– **И всё-таки, почему эта тема обсуждалась в рамках экономического форума? Какое отношение удовлетворённости пациента имеет к экономике здравоохранения?**

– Самое непосредственное. В июне 2022 г. вышел нормативный акт Правительства России, согласно которому данный показатель стал одним из критериев оценки эффективности работы губернаторов. Считается, что коллективное мнение населения о работе системы здравоохранения создаёт фон эмоционального благополучия или неблагополучия в том или ином субъекте РФ. Я с этим абсолютно согласна.

Далее, показатель удовлетворённости пациентов вошёл в перечень условий, по которым оценивается эффективность реализации федерального проекта модернизации первичного звена здравоохранения. Это, как мы все знаем, флагманский проект, на который направлено беспрецедентное количество государственных средств. Так вот, важно не просто освоить деньги, построить здания и купить оборудование, но и поинтересоваться мнением людей, что они вообще-то ожидали от контакта с системой здравоохранения. Наряду с инфраструктурными преобразованиями в отрасли, которые, безусловно, необходимы – строить и ремонтировать, технически переоснащать лечебные учреждения, – крайне важно обращать внимание на другие аспекты организации оказания медицинской помощи, включая и комфортность условий пребывания, и уже упомянутые мною правильные коммуникации между чиновниками от медицины, врачебным сообществом и пациентами. В этом случае эффект удовлетворённости населения работой отрасли будет существенно выше. Вот почему данный разговор состоялся именно на экономическом форуме в присутствии губернаторов и лидеров системы здравоохранения и будет продолжен на конгрессе «Национальное здравоохранение – 2022».

Беседу вела Елена БУШ, обозреватель «МГ».

Обсуждения

«Дорожная карта» для радиотераностики

В России создадут новую отрасль медицины

В то время как во всём мире радиотераностика, или диагностика и лечение злокачественных опухолей с помощью радиоактивных изотопов, активно интегрируется в современные алгоритмы ведения онкологических больных, в нашей стране к новому вектору развития ядерной медицины пока лишь приглядываются. Что нужно для того, чтобы радиотаргетная терапия стала наконец полноправным сегментом российского здравоохранения, обсудили участники дискуссионного «круглого стола» в Санкт-Петербурге под председательством генерального директора Национального медицинского исследовательского центра им. В.А.Алмазова Минздрава России академика РАН Евгения Шляхто и старшего управляющего директора УК «РОСНАНО» Ивана Ожгихина.



Диалог экспертов за «круглым столом», наименованным «Нерешённые проблемы радиотераностики и ядерной кардиологии», намеренно был заточен на «проговаривание» острых углов, поскольку собравшиеся изначально договорились: его результаты должны стать открытой платформой для выстраивания «дорожной карты». Анонсировать и представлять будущую стратегию, как считает Е.Шляхто, можно будет на самом высоком уровне.

Выступающие согласились, что отсутствие широкой доступности радиофармацевтических препаратов, образующих тераностические пары, их ограниченная номенклатура – главный тормоз развития отечественной радиотераностики. Вклад со знаком минус в процесс вносят также недостаток «активных» коек, несовершенство нормативной базы, регулирующей оборот радиофармацевтической продукции. Перечисляя проблемы кардиологии и тераностики в России, эксперты затронули тему высокой инвалидизации и смертности от сердечно-сосудистой патологии – высокие цифры диктуют настоятельную необходимость привлечения новых технологий в визуализации ишемии миокарда. Однако в РФ наблюдается отставание в использовании ядерных технологий в диагностике ИБС, что не секрет. Связано же оно с недостаточной информированностью кардиологов, отсутствием тарифов ОМС на оказание ряда радиологических процедур и пробелами в подготовке специалистов в области ядерной кардиологии.

По заявлению члена-корреспондента Российской академии медико-технических наук И.Ожгихина, компания «РОСНАНО» как технологический инвестор видит в развитии искомого направления огромный потенциал. «Эта область медицины

позволяет не только качественно улучшить предоставляемую пациентам помощь и тем самым продлить, а в ряде случаев спасти их жизни, но и создать в стране новую высокотехнологичную отрасль со своей научной и образовательной школой», – сказал он.

Сформировать новую отрасль невозможно без разработки под неё медицинской техники, справедливо полагает заместитель руководителя Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения Дмитрий Павлюков. А такая разработка, по его убеждению, должна вестись в сотрудничестве с национальными медицинскими исследовательскими центрами и ведущими научными организациями. «В Российской Федерации всегда была сильная фундаментальная база в области ядерных технологий, и их просто недопустимо не использовать в ядерной медицине, особенно в текущих условиях», – подытожил чиновник в своей речи перед участниками «круглого стола».

Собравшиеся в конгресс-центре НМИЦ им. В.А.Алмазова также услышали мнение авторитетных экспертов по таким темам, как ядерная медицина в детской кардиологии; проблемные аспекты внедрения новых радиофармпрепаратов; обеспечение радиационной безопасности при проведении ОФЭКТ-исследований и др. Позитивным моментом, который был отмечен всеми, стало полноценное участие в разговоре наряду с медиками руководителей и представителей компаний, производящих радиофармпрепараты. С аналитическим обзором отечественного рынка радиофармпродукции выступил генеральной директор одного из предприятий госкорпорации «Росатом» Максим Кушнарёв.

Владимир ВЕНИАМИНОВ, соб. корр. «МГ».

Санкт-Петербург.

КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 24 (2336)

(Окончание. Начало в № 25 от 29.06.2022.)

Рекомендуется поддержание целевого МНО (в пределах 2-3) у пациентов, принимающих варфарин, с целью долговременной тромбопрофилактики после гемодинамической коррекции. По данным литературы, случаи ТЭО в средне-отдалённые сроки после гемодинамической коррекции, в большей степени, связаны с нарушением приёма и/или несвоевременного контроля дозы варфарина (МНО), выражающиеся в недостижении целевого МНО.

Всем пациентам с ЕЖ после СЛА и гемодинамической коррекции, а также при наличии наджелудочковой аритмии, для профилактики ТЭО в отдалённые сроки, рекомендуется пожизненное применение лекарственной тромбопрофилактики.

Детям наиболее часто назначается ацетилсалициловая кислота или варфарин в указанных ранее дозах. Имеются данные о высокой частоте гиперкоагуляции на фоне изолированной тромбопрофилактики ацетилсалициловой кислотой или варфарином у детей и указания на необходимость комбинации этих препаратов у пациентов данной возрастной группы для достижения оптимального состояния свёртывающей системы крови (в силу ограниченного опыта применения новых оральных антикоагулянтов).

Хирургическое лечение. Хирургическая коррекция ЕЖ носит паллиативный (одножелудочковый) характер. Выбор той или иной паллиативной операции зависит в основном от состояния кровотока в малом круге кровообращения.

Этап хирургического лечения

Основные цели данного этапа – максимально сбалансировать системный и лёгочный кровоток, обеспечить беспрепятственное смешивание крови на уровне предсердий, обеспечить необструктивный выход из СЖ.

Ввиду высокой вероятности неблагоприятного исхода двужелудочковой коррекции, не рекомендуется её выполнение пациентам с ЕЖ.

Среди паллиативных операций выделяются следующие:

Процедура Рашкинда рекомендуется в качестве неотложной меры помощи у новорождённых при наличии рестриктивного МПС у пациентов. Под рестриктивным МПС понимается наличие сообщения на уровне предсердий, при котором существует разность давлений между правым и левым предсердиями. В этом случае может иметь место сопротивление кровотоку на уровне данного МПС.

Суживание ЛА (операция Muller) и перевязка ОАП (при его наличии) **рекомендуется** в периоде новорождённости при резко увеличенном лёгочном кровотоке с целью ограничения лёгочного кровотока и «защиты» малого круга кровообращения от развития склеротических изменений. Избыточный лёгочный кровоток способствует развитию тяжёлой СН и высокой лёгочной гипертензии.

Рекомендуется создание СЛА у пациентов в периоде новорождённости при насыщении крови кислородом менее 70-75%.

Выраженная гипоксемия часто характерна для тяжёлого стеноза ЛА (нередко при ОАП-зависимом лёгочном кровотоке). Предпочтительное выполнение СЛА – в возрасте до 3 месяцев.

Гемодинамическая коррекция

Следующим этапом выполняется так называемая гемодинамическая (одножелудочковая) коррекция, заключающаяся в создании тотального кавопульмонального анастомоза (синоним: «полный обход» правого сердца). Цель данного этапа – снижение преднагрузки СЖ и увеличение системной оксигенации.

В качестве первого этапа гемодинамической коррекции у детей рекомендуется выполнение ДКПА (синоним: верхний кавопульмональный анастомоз). ДКПА заключается в создании анастомоза «конец в бок» между верхней поллой веной (ВПВ) и соответствующей главной ветвью ЛА. Предпочтительное выполнение – в возрасте от 4 месяцев до года. В большинстве случаев после ДКПА насыщение крови кислородом устанавливается в пределах 80%.

В качестве второго (заключительного) этапа гемодинамической коррекции у детей рекомендуется выполнение анастомоза между нижней поллой веной (НПВ) и ЛА (синонимы: операция Фонтена, нижний кавопульмональный анастомоз). Выполнение одномоментного тотального кавопульмонального анастомоза сопровождалось высо-

кой летальностью, поэтому было предложено разделить операцию на 2 самостоятельных этапа. Данная тактика позволила существенно улучшить результаты гемодинамической коррекции. Наиболее распространённой в настоящее время модификацией операции Фонтена является использование сосудистого протеза (протез кровеносных сосудов синтетический), имплантированного непосредственно между НПВ и ЛА.

Рекомендуется соблюдение следующих возрастных критериев при планировании гемодинамической коррекции:

- для ДКПА – не менее 4 месяцев

Единственный желудочек сердца

Клинические рекомендации (протокол)

- для операции Фонтена – предпочтительнее не менее 2 лет.

Ранний возраст на сегодняшний день не является фактором, препятствующим выполнению ДКПА, тем не менее до настоящего времени оптимальные сроки операции не определены. Одни авторы рекомендуют ДКПА до 6 месяцев, объясняя это пользой от ранней «разгрузки» СЖ, но не ранее 3 месяцев, другие считают оптимальным его создание в промежутке от 6 месяцев до 2 лет, что связывают с максимальным приростом насыщения крови кислородом после процедуры в данной возрастной группе. Сомнения, связанные с выполнением операции до 3 месяцев, оправданы и связаны с более высоким ЛСС у таких детей, возможным повышением частоты осложнений и летальности, неуверенностью в адекватном росте лёгочных артерий после операции и риском неблагоприятного влияния процедуры на мозговое кровообращение. «Возраст» выполнения операции Фонтена так же оспаривается. Одни авторы склоняются к выполнению данного этапа в более старшем возрасте, объясняя это ограниченным «сроком службы» нефизиологичного одножелудочкового кровообращения и неизбежной его декомпенсации. При этом основными показателями к операции выступают такие факторы, как прогрессирование системной гипоксемии и снижение толерантности к физической нагрузке. Другие же, наоборот, стараются перейти к тотальному кавопульмональному анастомозу в более ранние сроки, объясняя подобную тактику пользой от уже упомянутого раннего снижения преднагрузки СЖ.

Рекомендуется соблюдение критериев адекватного развития лёгочного артериального русла у пациентов при планировании гемодинамической коррекции:

- индекс Nakata > 200 мм²/м²
- индекс McGoon > 1,5

Несмотря на вышеуказанные ориентировочные показатели развития лёгочного артериального русла, считается, что небольшие размеры ЛА (индекс Nakata < 100 мм²/м² и McGoon < 1,2) не оказывают значимого влияния на ранние результаты гемодинамической коррекции. Как известно, размеры ЛА могут зависеть от количества крови, притекающей к ним, поэтому абсолютные их значения, возможно, и не самый важный фактор риска. Очевидно, что более важным из них может являться функциональная способность ЛА отвечать на увеличение кровотока в лёгкие после операции, выражающаяся в ЛСС.

Для достижения наиболее оптимальных результатов операции рекомендуется выполнение гемодинамической коррекции у пациентов с сопоставимыми размерами полых вен и лёгочных артерий.

При планировании гемодинамической коррекции у пациентов рекомендуется придерживаться следующих значений показателей гемодинамики малого круга кровообращения:

- среднее давление в ЛА: ≤ 20 мм рт.ст. для ДКПА
- ≤ 15 мм рт.ст. для операции Фонтена.
- лёгочное сосудистое сопротивление: ≤ 5 Ед/м² для ДКПА
- ≤ 4 Ед/м² для операции Фонтена.

У пациентов с АВ недостаточностью выраженной и более степени рекомендуется её коррекция на этапах гемодинамической коррекции. Допустимой и не требующей коррекции степенью АВ недостаточности

считается умеренная (1-2).

Пациентам с субаортальной обструкцией, встречающейся при сопутствующем дискордантном (не от тождественного желудочка) отхождении Ао, рекомендуется устранение обструкции на этапах гемодинамической коррекции.

Выполнение гемодинамической коррекции рекомендуется при следующих значениях показателей сократительной функции сердца у пациентов:

- фракция выброса > 55%
- конечно-диастолическое давление ≤ 12 мм рт.ст.

Косвенным признаком компримирования сократительной функции СЖ является индекс его конечно-диастолического объёма (мл/м²). В ряде работ отмечена связь исходного увеличения конечно-диастолического объёма СЖ и угнетения его сократительной функции в послеоперационном периоде.

При планировании гемодинамической коррекции у пациентов рекомендуется оценка дополнительных источников лёгоч-

с этапами гемодинамической коррекции.

При планировании заключительного этапа гемодинамической коррекции пациентам с пограничными размерами ЛА (индекс Nakata ≤ 200 мм²/м²) и повышенном среднем давлении в ЛА (15-18 мм рт.ст.) рекомендуется выполнение операции Фонтена с фенестрацией между ЭКК и предсердием.

Не рекомендуется выполнение операции Фонтена пациентам при склеротических изменениях сосудов лёгких и выраженной дисфункции СЖ. Объективными критериями состояния сосудов лёгких являются среднее ДЛА и ЛСС, функции системного желудочка – фракция выброса, конечно-диастолическое давление, индекс конечно-диастолического объёма.

Трансплантация сердца рекомендуется пациентам при тяжёлой дисфункции СЖ.

Послеоперационные осложнения

Наиболее частыми ранними осложнениями после гемодинамической коррекции являются неврологические нарушения, дыхательная недостаточность, синдром верхней

полой вены, повышенная трансудация.

Для снижения риска послеоперационных осложнений рекомендуется ранняя (1-е сутки после операции) экстубация пациента после гемодинамической коррекции.

Основные осложнения нередко связывают с повышением венозного давления в кавопульмональном тракте, что в свою очередь может быть обусловлено колебанием ЛСС в раннем послеоперационном периоде и недостаточной компенсацией лёгочного кровообращения к увеличению кровотока. Искусственная вентиляция лёгких повышает внутригрудное давление и замедляет венозный возврат по системным венам, что является дополнительным фактором повышения венозного давления.

Среди отдалённых осложнений после гемодинамической коррекции наиболее важными являются венозная гипертензия, нарушение ритма сердца, белково-дефицитная энтеропатия, печёночная дисфункция, тромбоэмболические осложнения.

Венозная гипертензия является основной причиной развития и прогрессирования НК (гепатомегалии, асцита, гидроторакса, периферических отёков, цианоза) в средне-отдалённые сроки после операции Фонтена. К факторам, повышающим вероятность развития венозной гипертензии, относятся стенозы ЛА, ДИЛК, недостаточность АВ клапана, стенозы полых вен или сосудистого протеза между НПВ и ЛА (например, вследствие «перерасти» протез), развитие венозных коллатералей, дисфункция СЖ, белково-дефицитная энтеропатия (БДЭП), ТЭО, печёночная недостаточность.

Рекомендуется устранение локальных стенозов ЛА в случае их развития у пациентов после тех или иных этапов гемодинамической коррекции. В большинстве случаев их устранение возможно эндоваскулярным способом.

Рекомендуется эндоваскулярное устранение ДИЛК в случае их реканализации или развития после ДКПА или операции Фонтена при стойких признаках НК. Аорто-лёгочные коллатеральные артерии могут быть не диагностированы до операции или же развиваться в ранние или отдалённые сроки после неё. Реканализация ствола ЛА может происходить спустя 1-2 года после операции (положение справедливо для случаев, где лёгочный ствол был перевязан интраоперационно, и неактуально для пациентов с сопутствующей атрезией лёгочной артерии).

При прогрессировании недостаточности АВ клапана более, чем умеренной степени пациентам рекомендуется проведение корригирующей операции. Коррекция недостаточности АВ клапана может быть выполнена как отдельная процедура, так и одновременно с операцией Фонтена. В ряде случаев это осложнение возникает в отдалённом послеоперационном периоде вследствие перенесённого инфекционного эндокардита или дилатации фиброзного кольца клапана в результате прогрессирующей дисфункции СЖ.

После операции Фонтена в модификации ЭКК пациентам рекомендуется операция по замене сосудистого протеза в случае развития венозной гипертензии вследствие недостаточного размера кондуита относительно роста и развития пациента.

Для увеличения насыщения крови кислородом в случае развития венозных коллатералей после ДКПА пациентам рекомендуется их эмболизация. При отсутствии таких

факторов, как выраженная недостаточность АВ клапанов, остаточные стенозы ЛА и повышенное давление в малом круге кровообращения результаты операции ДКПА хорошие. Однако по мере роста пациента происходит постепенно снижение насыщения артериальной крови кислородом, что обусловлено возрастным уменьшением доли венозного возврата по системе ВПВ, а также развитием лёгочных артериовенозных фистул. Прогрессирующий цианоз в отдаленные сроки после операции ДКПА может быть связан также с развитием коллатеральных сосудов между системами верхней и нижней полых вен, обусловленным разницей давления между ними, приводящей к сбросу крови из ВПВ в НПВ и уменьшению лёгочного кровотока. Гемодинамическими причинами этого осложнения также могут быть обструкция лёгочного кровотока на различных уровнях, повышение ЛСС, дисфункция СЖ или АВ клапанов, тромбоз полых вен и другие факторы, приводящие к повышению венозного давления. По данным А.Магее и соавт. венозные коллатеральные сосуды развиваются в 31% случаев после операции ДКПА. Наиболее часто в роли коллатеральных сосудов выступают непарная и полунепарная вены, а также вены перикарда и передней грудной стенки. Эмболизация венозных коллатералей является эффективным методом повышения насыщения крови кислородом в случаях, когда риск выполнения операции Фонтена повышен.

Рекомендуется трансплантация сердца пациентам при выраженной дисфункции СЖ, рефрактерной к консервативной терапии. Дисфункция СЖ может быть обусловлена как его морфологией, так и исходной тяжестью порока или перенесёнными инфекционными заболеваниями (в том числе миокардитом) в послеоперационном периоде.

Пациентам рекомендуется немедленная госпитализация в стационар при подозрении на БДЭП. Под термином «белок-дефицитная энтеропатия» подразумевается состояние, характеризующееся нарушением всасывания белка в тонком кишечнике. Частота этого осложнения составляет в среднем 3,8%. Сроки развития БДЭП – от месяца до 16 лет (в среднем 2,7 года), при этом у одной трети пациентов осложнение развивается в сроки свыше 5 лет после операции. Причины развития БДЭП после операции Фонтена до сих пор изучены не полностью. Одним из вероятных механизмов является развитие лимфангиэктазий в органах брюшной полости, в том числе и в кишечнике в результате постоянно повышенного венозного и лимфатического давления после операции Фонтена. Клинически БДЭП проявляется гипопальбуниемией, и как следствие этого,

отёками, асцитом, плевральной трансудацией или хилотораксом, иммунодефицитом и гипокальциемией. На поздних стадиях развития большинство проявлений этого осложнения соответствует клинической картине НК. Методом ранней диагностики БДЭП является определение уровня фекального а1-антитрипсина, концентрация которого при БДЭП существенно повышается. Прогноз в случае развития БДЭП, как правило, неблагоприятный. В большинстве работ отмечается высокая летальность среди этих пациентов. Если в течение 5 лет с момента развития осложнения выживаемость составляет около 60%, то через 10 лет остаются в живых менее 20% пациентов.

Медицинская реабилитация и санаторно-курортное лечение, медицинские показания и противопоказания к применению методов реабилитации, в том числе основанных на использовании природных лечебных факторов. В рамках реабилитационного становления, в сроки до 3 месяцев после хирургического лечения ЭЖ пациентам рекомендуется ограничение по употреблению жидкости, а также по физической нагрузке. Употребление жидкости (особенно в течение первого месяца после операции) регламентируется как 60-80% от суточного потребления. В течение указанного периода целесообразно избегать чрезмерных физических нагрузок (импульсивные, силовые игры, быстрый бег, поднятие тяжестей), особенно следует избегать избыточной нагрузки на пояс верхних конечностей (способствует правильному срастанию грудины).

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

Рекомендуется пожизненное наблюдение кардиолога с обследованием пациентов после различных этапов коррекции ЕЖ в специализированных центрах не реже 1 раза в 6-12 месяцев.

Всем женщинам репродуктивного возраста, перенёвшим операцию Фонтена, рекомендуется полное обследование с обязательной ЭхоКГ перед планированием беременности.

В отдалённые сроки после операции Фонтена возможно развитие печёночной дисфункции, поэтому не реже 1 раза в 6-12 месяцев пациентам после операции Фонтена рекомендуется контроль таких биохимических показателей крови как общего белка, альбумина, АСТ, АЛТ, билирубина (общего, прямого, непрямого).

Для оценки сократительной функции сердца, компетентности АВ клапанов, характера кровотока по СЛА, ДКПА и/или ЭКК, а также

с целью исключения гидроторакса/гидроперикарда всем пациентам после различных этапов коррекции ЕЖ рекомендуется проведение ЭхоКГ в течение первого месяца после выписки, далее – не реже 1 раза в 6-12 месяцев.

При недостаточных данных, необходимых для оценки характера показателей кровообращения и полученных в ходе ЭхоКГ после СЛА или этапной гемодинамической коррекции (в т.ч. при планировании следующего этапа) пациентам рекомендуется проведение АКГ с зондированием камер сердца, сроки которого определяются индивидуально.

После СЛА исследование проводится в сроки от 6 до 12 месяцев, после ДКПА – не менее, чем через 12 месяцев. Основные цели АКГ в указанные сроки – оценка возможности выполнения следующего этапа хирургического лечения, в случае его невозможности – оценка функции СЛА и/или ДКПА, степени развития лёгочного артериального русла. После операции Фонтена необходимо АКГ обусловлена, в первую очередь, необходимостью тех или иных эндоваскулярных вмешательств (дилатации или стентирования лёгочных артерий при их стенозировании, устранения ДИЛК, закрытия фенестрации между ЭКК и предсердием), при этом сроки АКГ чётко не регламентированы.

Всем пациентам с ЕЖ, получающим лекарственную тромбопрофилактику, рекомендуется не реже 1 раза в 6 месяцев выполнение коагулограммы (ориентировочное исследование системы гемостаза). Необходимо начать с объективного обследования и обратить внимание на уровень системной оксигенации, признаки НК, на изменение в динамике. Существует мнение о наличии связи микротромбозов с развитием после операции сердечной недостаточности. Среди лабораторных данных важную информацию могут предоставить оценка общего (клинического) анализа крови (гемоглобин, тромбоциты), исследование агрегации тромбоцитов (для пациентов, получающих ацетилсалициловую кислоту), МНО (для пациентов, получающих варфарин), тромбоэластографии.

Рекомендуется применение антибактериальных препаратов системного действия (пенициллины широкого спектра действия, другие бета-лактамы антибактериальные препараты) у пациентов с ЕЖ после различных этапов хирургического лечения, в связи с опасностью инфекционного эндокардита.

Антибиотикопрофилактика назначается в случае необходимости амбулаторных хирургических вмешательств, экстракции зубов и пр.

Организация оказания медицинской помощи, показания для плановой госпитализации:

1. Отсутствие признаков нарастания НК и стабильный функциональный статус пациента (I-II функциональный класс) без тенденции к ухудшению в течение 6-12 месяцев после СЛА, в течение не менее 12 месяцев – после этапной гемодинамической коррекции (для оценки у взрослых пациентов применяется классификация сердечной недостаточности Нью-Йоркской ассоциации сердца (NYHA), для оценки у детей – классификация Ross;

2. Стабильное насыщение крови кислородом без тенденции к снижению.

3. Плановое хирургическое лечение.
Показания для экстренной госпитализации:

1. Ухудшение функционального статуса пациента с прогрессированием признаков НК в течение последних 2-4 недель или дней (для оценки у взрослых пациентов применяется классификация сердечной недостаточности Нью-Йоркской ассоциации сердца (NYHA), для оценки у детей – классификация Ross.

2. Прогрессирование снижения насыщения крови кислородом менее 80% в течение последних 2-4 недель или дней.

3. Подозрение на развитие у пациента БДЭП.

Показания к выписке пациента из стационара:

1. После консервативного лечения:
• уменьшение клинических проявлений НК
• увеличение насыщения крови кислородом.

2. После этапного хирургического лечения:
• системно-лёгочный анастомоз/процедура Рашинда – увеличение насыщения крови кислородом / устранение рестриктивного МПС;

• этапная гемодинамическая коррекция – снижение преднагрузки (уменьшение конечно-диастолического объёма) СЖ, увеличение насыщения крови кислородом.

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

При подозрении на патологию трахеобронхиального дерева до операции необходимо обследовать пациента у пульмонолога.

Лео БОКЕРИЯ,
член Ассоциации сердечно-сосудистых хирургов России, Американской ассоциации торакальных хирургов, Европейского общества грудных и сердечно-сосудистых хирургов, Сербской академии наук, академик РАН.

Вячеслав БЕЛОВ,
доктор медицинских наук (Калининград).

Максим БОРИСКОВ,
доктор медицинских наук (Краснодар).

Ишемическая болезнь сердца (ИБС) – поражение миокарда, вызванное нарушением кровотока по коронарным артериям (КА). ИБС возникает в результате органических (необратимых) и функциональных (преходящих) изменений. Главная причина органического поражения – атеросклероз КА. К функциональным изменениям относят спазм и внутрисосудистый тромбоз. Понятие «ИБС» включает в себя острые преходящие (нестабильные) и хронические (стабильные) состояния.

В рекомендациях Европейского общества кардиологов 2019 г. пересмотра по лечению стабильных форм ИБС введено понятие хронических коронарных синдромов (ХКС) и определены шесть клинических сценариев, наиболее часто встречающихся у пациентов со стабильной ИБС:

1. Пациенты с подозрением на ИБС (с симптомами стабильной стенокардии) и/или одышкой.

2. Пациенты с впервые возникшей сердечной недостаточностью (СН) или левожелудочковой дисфункцией и подозрением на ИБС.

3. Бессимптомные и симптомные пациенты, у которых стабилизация симптомов произошла в сроки менее одного года после ОКС или пациенты с недавней реваскуляризацией.

4. Бессимптомные и симптомные пациенты в сроки более одного года после первичной диагностики ИБС или реваскуляризации.

5. Пациенты с клиникой стенокардии и подозрением на её вазоспастический или микрососудистый характер.

6. Бессимптомные лица, у которых при скрининге выявлена ИБС.

Все эти сценарии классифицируются как ХКС, но связаны с различными рисками будущих сердечно-сосудистых

Стабильная ишемическая болезнь сердца

Клинические рекомендации (протокол)

событий (например, смерть или инфаркт миокарда (ИМ), и риск этот может измениться с течением времени – возрасти вследствие недостаточного контроля факторов риска, неоптимальных изменений в образе жизни и/или неадекватной медикаментозной терапии, или в результате неудачной реваскуляризации. Риск может уменьшиться при условии применения грамотной вторичной профилактики и успешной реваскуляризации. Таким образом, ХКС являются различными эволюционными фазами ИБС, за исключением тех ситуаций, когда клиническую картину определяет острый тромбоз коронарных артерий, то есть ОКС.

В настоящих рекомендациях сохранена прежняя терминология, принятая в РФ.

Этиология и патогенез. В большинстве случаев (~95%) основными причинами развития ИБС являются анатомический атеросклеротический и/или функциональный стеноз эпикардальных сосудов и/или микрососудистая дисфункция. ИБС – заболевание, развитие которого определяется наличием и дальнейшим ростом обструктивной или необструктивной атеросклеротической бляшки. К редким причинам ИБС (<5% случаев) относятся врождённые аномалии отхождения коронарных артерий (КА),

синдромы Марфана, Элерса – Данлоса с расслоением корня аорты, коронарные васкулиты при системных заболеваниях соединительной ткани, болезнь Кавасаки и синдром Гурлер, инфекционный эндокардит, передозировка сосудосуживающих препаратов и некоторых наркотических средств, диффузное стенозирование КА в пересаженном сердце, сифилитический меаортит и ряд других состояний. В данных рекомендациях редкие формы ИБС не рассматриваются. Существует целый ряд модифицируемых и немодифицируемых факторов риска развития ИБС.

Главные модифицируемые факторы риска ИБС:

- дислипидемия
 - артериальная гипертензия
 - сахарный диабет
 - курение
 - низкая физическая активность
 - ожирение
 - стресс, тревога.
- Немодифицируемые факторы риска ИБС:**
- мужской пол
 - возраст
 - отягощённый семейный анамнез по сердечно-сосудистым (подтверждённый диагноз инфаркта миокарда или ишемического инсульта у родственников первой линии, у женщин – до 65 лет, у мужчин – до 55).

Социальные факторы риска, предрасполагающие к массовому распространению ИБС в развивающихся странах:

- урбанизация
- индустриализация
- несбалансированное питание
- низкий уровень развития экономики страны.

Ишемия миокарда возникает, когда потребность миокарда в кислороде превышает возможности его доставки с кровотоком по КА. Главные механизмы возникновения ишемии: снижение коронарного резерва (способности к увеличению коронарного кровотока при повышении метаболических потребностей миокарда), а также первичное уменьшение коронарного кровотока вследствие атеросклеротического стеноза.

Потребность миокарда в кислороде определяют три основных фактора: напряжение стенок левого желудочка (ЛЖ); частота сердечных сокращений (ЧСС); сократимость миокарда. Чем выше значение каждого из этих показателей, тем выше потребление миокардом кислорода.

Величина коронарного кровотока зависит от 3 основных факторов: сопротивления КА; ЧСС; перфузионного давления (разность между диастолическим давлением в аорте и диастолическим давлением в ЛЖ).

(Продолжение следует.)

Представление фундаментальной науки об иммунопатогенезе инфекции, вызванной вирусом SARS-CoV-2, прошло несколько этапов эволюции, однако «белые пятна» до сих пор остаются. Что это за «пробелы» и чему они мешают: разработке диагностикумов и вакцин, выбору максимально эффективных схем терапии или подходов к профилактике?

Такие вопросы планировала задать корреспондент «МГ», отправляясь на встречу с заведующим кафедрой клинической иммунологии и алергологии, руководителем международной лаборатории иммунопатологии Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М.Сеченова академиком РАН Александром КАРАУЛОВЫМ. Но разговор вышел за рамки обозначенных тем и оказался куда более интересным и информативным.

– Александр Викторович, учёных-иммунологов в России в принципе очень немного, но даже среди них нет единства мнений о том, насколько интересны для науки взаимоотношения вируса SARS-CoV-2 с иммунной системой человека. В частности, существует феномен индивидуальной устойчивости организма к воздействию различных инфекционных агентов. Так вот, одни лидеры отечественной иммунологии полагают, что данный механизм можно попытаться использовать в разработке новых вакцин против COVID-19 и противовирусных препаратов, а другие говорят, что тема резистентности к коронавирусу в принципе науке не интересна и с точки зрения практического выхода в клинику ничего не даст. Не всё пока ясно с антителами к SARS-CoV-2: длительность их сохранения после перенесённой болезни и после вакцинации, необходимая концентрация для активного иммунного ответа. Одни эксперты уверены в том, что данный феномен заслуживает особого изучения, другие – что это надуманная проблема. К какой точке зрения склоняетесь вы?

– Ко второй. Почему-то не только за рамками научно-медицинского сообщества, но и внутри него сформировалось представление, будто новая коронавирусная инфекция – пример особо сложного взаимодействия патогена и иммунной системы, каких прежде известно не было. Думать так заставляет непродолжительность приобретённого иммунитета к вирусу SARS-CoV-2.

Среди наших сотрудников и знакомых многие переболели уже дважды, заболевали как привитые, так и непривитые. Я не вижу здесь никакого предмета для особого научного интереса, этот феномен COVID-19 необходимо просто принять как данность. Для всех инфекций характерны какие-либо особенности взаимоотношений иммунной системы и возбудителя, так что вирус SARS-CoV-2 в этом смысле не уникален. Так бывает всегда: часть переболевших получают иммунитет к вирусу на какое-то время, а у части не вырабатывается ни постинфекционный, ни даже поствакцинальный иммунитет. В случае с коронавирусом всё в рамках привычного.

– Означает ли это, что дальнейшие фундаментальные исследования иммунопатогенеза COVID-19 нецелесообразны в принципе, несмотря на пресловутые «белые пятна»? Кстати, насколько часто в инфектологии и вирусологии возникают



Экспертный уровень

В рамках обычной логики

Уникальность коронавирусной инфекции оказалась преувеличенной

подобные ситуации: третий год пандемии, а неясностей всё ещё достаточно?

– На первый вопрос отвечу так: не означает. Продолжать фундаментальные исследования необходимо. А «белые пятна» в понимании наукой того или иного явления остаются всегда, причём не только спустя 3 года, но и значительно дольше. Яркий пример этому – ВИЧ-инфекция. Прошло почти 40 лет, как Люк Монтанье открыл этот вирус, но мы по-прежнему многого не знаем про него. Именно поэтому до сих пор не разработано ни одной вакцины от неё. И лишь недавно наука и медицина достигли видимых результатов в лечении больных, причём речь идёт не о полном излечении, а об относительно эффективной пожизненной терапии.

Таким образом, 3 года для изучения вируса SARS-CoV-2 и особенностей его взаимодействия с организмом человека – период совсем небольшой, учитывая, что это совершенно новый возбудитель инфекции, которая имеет уникальную палитру форм заболевания от бессимптомного до крайне тяжёлого течения. Кроме того, мы наблюдали уже беспрецедентное количество мутаций вируса. Всё это поначалу действительно создало коллективное представление об этом вирусе как о чём-то из ряда вон выходящем и неукротимом. Постепенно туман неизвестности рассеивался именно благодаря тому, что проведена колоссальная научная работа.

И наш коллектив, и другие научные группы начали изучение иммунологических особенностей новой коронавирусной инфекции буквально сразу же, как была объявлена пандемия – в марте 2020 г. Руководитель Отделения медицинских наук РАН академик Владимир Стародубов тогда предложил нам обратить внимание на иммунопатогенез заболевания и в качестве первоочередной задачи провести экспертную оценку использования плазмы переболевших для лечения тяжёлых пациентов.

К тому времени доцент нашей кафедры главный алерголог-иммунолог Департамента здравоохранения Москвы Дарья Фомина уже была активно вовлечена в разработку эффективных методов лечения новой коронавирусной инфекции на нашей клинической базе в ГКБ № 52. В Сеченовском университете тоже было развёрнуто 2 тыс. инфекционных коек, и наши коллеги героически боролись за жизнь больных. У нас не было времени для составления и согласования какой-либо

программы иммунологических исследований, но мы взаимодействовали с нашими коллегами неформально как учёные и врачи вне зависимости от ведомственной принадлежности учреждений, в которых работаем. Угроза была общая, цель ясная, и надо было не конкурировать, а объединяться, что и произошло.

– Мне доводилось слышать от отдельных учёных, что их институты и вузовские кафедры не получили госзадание на фундаментальные проекты по иммунологии COVID-19. И это их удивляет. А без госзадания, как известно, нет финансирования.

ной инфекции, но именно для атопической астмы мы выявили особенности. Нам удалось доказать, что есть определённый тип иммунного ответа, ассоциированный с аллергической астмой, и он является протективным фактором в случае COVID-19.

Другое дело – неатопическая бронхиальная астма и ХОБЛ – там другой тип иммунного ответа, он обусловлен фоновым хроническим воспалением и перестройкой в слизистой, ассоциированной с бронхами, что предрасполагает к более тяжёлому течению коронавирусной инфекции.

– Как это знание можно применить для профилактики

– У вас есть свой ответ на вопрос о причинах непродолжительности иммунитета к SARS-CoV-2 – и постинфекционного, и поствакцинального?

– Многие научные лаборатории в мире, включая нашу, изучали эффективность и длительность постинфекционного иммунитета. Наблюдения совпадают. Первый вывод, впервые опубликованный профессором Рудольфом Валентой: у 20% людей после перенесённой коронавирусной инфекции специфические антитела к рецепторсвязывающему домену вируса вообще не вырабатываются. Второй вывод: вируснейтрализующие антитела, даже

или лечения коронавирусной инфекции?

– Данные выводы очень важны для клиницистов. Изначально все пациенты с астмой и COVID-19 должны рассматриваться как группа высокого риска, они требуют пристального наблюдения, особенно когда генез бронхиальной астмы неизвестен. Если же вариант астмы известен, надо тем более быть начеку: неатопическая астма имеет более тяжёлое течение, чем атопическая. Как правило, это пациенты старшей возрастной группы, имеющие несколько хронических заболеваний, что ещё сильнее ухудшает прогноз течения коронавирусной инфекции.

Наше заключение в целом, а не только применительно к бронхиальной астме, даёт понимание того, что тип иммунного ответа очень важен при прогнозах течения и исхода COVID-19 у пациентов с коморбидностью. Именно предшествующая хроническая патология определяет тип иммунного ответа на коронавирус. Данный раздел принципиально важен для понимания и разработки тактики действий клиницистов, потому что в зависимости от исходного состояния иммунной системы судьба больного решается в первые дни после заражения.

Кстати, как показали наши наблюдения и исследования коллег, вирус SARS-CoV-2 сам по себе не вызывает обострение бронхиальной астмы в отличие от других респираторных вирусов. И ещё очень важное новое знание: в основе первого, экстренного иммунного ответа на коронавирус – продукция интерферона первого типа, и если этого не происходит, заболевание начинается развиваться по тяжёлому сценарию. Подобный сбой может быть вызван пожилым возрастом, хроническими заболеваниями или генетическими дефектами, когда в ответ на патоген иммунитет вырабатывает аутоантитела. Подчеркну: быстрый интерфероновый ответ организма при встрече с вирусом является определяющим.

Поэтому я поддерживаю научные исследования, связанные с неспецифической профилактикой и ранней терапией COVID-19 с использованием интерферона альфа-2b и высокоактивных антиоксидантов – витаминов С и Е. В частности, согласен с выводами, что с помощью препаратов интерферона можно и нужно обеспечивать мукозальный иммунитет людям из групп риска, то есть обеспечивать защиту носоглотки как входных ворот респираторной инфекции.

если они выработались, тоже со временем – в интервале от 2 до 5 месяцев – исчезают. Никакой загадки здесь нет, это результат индивидуальных особенностей иммунного ответа на данный респираторный вирус.

Что касается поствакцинального иммунитета, здесь тоже ничего необычного. Прививки против известных респираторных инфекций никогда не дают пожизненного иммунитета, антитела рано или поздно исчезают. Имеют значение и мутации, поэтому вакцинация против гриппа проводится ежегодно, причём вакцины постоянно обновляются.

Теперь о клеточном иммунитете: формируется ли он к вирусу SARS-CoV-2? Наши американские коллеги обнаружили в костном мозге людей, переболевших коронавирусной инфекцией, особую популяцию – долгоживущие плазматические клетки костного мозга, то есть клетки иммунной памяти, которые способны вырабатывать антитела в течение длительного времени. Локальная популяция этих клеток, специфичных в отношении S-белка вируса, определяется даже через 11 месяцев после болезни. Предполагается, что они могут сохраняться и дольше.

– Судя по тому, что многие люди переболели коронавирусной инфекцией уже неоднократно, в том числе после прививки, клеточный иммунитет формируется не у всех. Видимо, это толкает нас к выводу, что вакцинация – самый надёжный способ обезопасить себя если не от инфицирования, то от тяжёлого течения болезни. Однако, если очередной ожидаемый подъём заболеваемости связан со штаммом омикро или схожими с ним по патогенности вариантами, нужно ли продолжать массовую вакцинацию? Может, не следует так нагружать иммунную систему, коль скоро вирус ослабел?

– Предсказать, как именно будет развиваться дальнейший сценарий пандемии, невозможно, поскольку мы имеем дело с беспрецедентным случаем развития вирусной инфекции на фоне масштабной коллективной иммунизации населения. Это одно из «белых пятен» инфекции, которое нам пока не удалось распознать. Поэтому предстоящей осенью придётся действовать по факту сообразно сложившейся ситуации. На сегодняшний день нет оснований опасаться нового, более опасного штамма коронавируса, поскольку последние му-

Деловые встречи

Сохранить доступность препаратов

Об этом говорили участники XIV Всероссийского конгресса «Право на лекарство»

Несмотря на предпринимаемые государством меры по противодействию внешним экономическим санкциям, эксперты опасаются снижения доступности лекарств для граждан – из-за роста цен, рисков ограничения ввоза незарегистрированных в России препаратов и недоступности инновационных лекарственных средств.

В условиях санкций

Важнейшей задачей государства в нынешних условиях становится сохранение доступности лекарств, сказал президент Лиги пациентов Александр Саверский. Однако сделать это будет непросто. Невозможность увеличить цену на препараты из Перечня ЖНВЛП приведёт некоторых производителей к прекращению производства, прогнозирует он: «Поскольку компания цену поднять не может, а себестоимость объективно выросла, она перестает производить препараты. Они об этом не кричат, а просто тихонечко исчезают с рынка».

Как сказал эксперт, иностранные фармкомпании пока ещё не бегут с российского рынка, а в случае ухода возможным соломоновым решением остаётся передача ими бизнеса своим партнёрам, которое, впрочем, имеет существенные изъяны: уходя, компании прекращают инвестиционную активность, исследования и поддержку общественных проектов, включая школы пациентов и информационно-образовательные программы. В то же время, свалившиеся на головы отечественных производителей возможности могут их и раздвигать. Импортозамещение сталкивается с отсутствием сырья, сложностями его завоза и перебоями в работе логистических механизмов.

По этим причинам, несмотря на внешнее спокойствие, в отрасли имеется очень серьёзное напряжение. Как отметил эксперт, правительство принимает меры для защиты граждан и бизнеса: увеличена максимальная цена контракта, введён мораторий на плановые проверки, разрешён параллельный импорт, введена ускоренная регистрация, разрешено применение офф-лейбл. Но гарантирует ли этот комплекс мер наличие необходимых лекарств на рынке? А.Саверский уверенно отвечает: «Нет! Потому что фармкомпаниям нам с вами ничего не должны. Мы только и видим сейчас, как большая политика рушит бизнес и экономику во всём мире. И возникает вопрос, как сделать так, чтобы были должны. Нужны формализованные обязательства фармкомпаний, чтобы иметь гарантии».

Сделать обеспечение пациентов максимально надёжным могла бы, по его мнению, система планирования с заключением контрактов на поставку от 3 до 7 лет. Но проблема в том, что по-прежнему нет данных о потребности населения в лекарствах. Каждый субъект РФ крутится, как может. Только зная потребности, можно планировать и гарантировать». На рынке медицинских изделий всё выглядит ещё сложнее: от реактивов для анализов до сложнейшего хирургического оборудования производится за пределами России, добавил А.Саверский.

По мнению эксперта, ситуацию усложняет то, что Федеральный закон № 61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств» не действует, он фактически заменён законодательством ЕАЭС: «На сегодняшний день все те меры, которые принимает наше государство в отношении санкций, противоречат

законодательству ЕАЭС, потому что там никакие санкции нет. Это двойное регулирование выглядит очень странно, противоречия велики до такой степени, что возникает вопрос, какие нормы следует применять».

Рост рынка будет высоким

Для экономики России 2022 г. будет одним из самых сложных из-за падения ВВП, высокой инфляции, роста цен на услуги и товары, среди которых лекарства не станут исключением, поделилась выводами директор отдела стратегических исследований DSM Group Юлия Нечаева. Однако «в целом лекарства – это последняя из групп товаров, от которой будут отказываться потребители». Поэтому фармацевтический рынок в этом году показывает положительную динамику относительно прошлого года. Причём если в 2021 г. этот рост происходил за счёт государственного сегмента, а аптечные продажи падали, то в нынешнем, наоборот, наблюдается рост за счёт приобретения населением лекарств за собственные средства (+31% против +15% за счёт госсегмента).

Ю.Нечаева отметила, что все программы, которые существовали до 2022 г., планируется выполнить в полном объёме и в этом году, при этом предусмотрено индексирование расходов в части приобретения лекарств и прочих расходов на 4,3%. В перечень препаратов, полагающихся на программу по ССЗ, входит более 20 наименований; всего на эту меру поддержки в бюджете на 2021-2022 гг. заложено около 10 млрд руб. На программу «Круг добра» в бюджете заложено 78,6 млрд. На том же уровне остаётся финансирование программы по календарю прививок, которое составит 22 млрд (эта сумма не включает средства на закупку вакцины против коронавируса (инфекции)), а на закупку препаратов для антиретровирусной терапии выделят 32 млрд руб. Исходя из динамики распространения COVID-19, на 2022 г. заложены средства на бесплатную госпитализацию 705 666 пациентов с коронавирусом в круглосуточный стационар. На лекарственное обеспечение федеральных льготников регионам выделят 40,7 млрд руб. в форме субвенций и ещё 13,6 млрд в качестве иных межбюджетных трансфертов. На лечение 14 высокотратных нозологий предусмотрено выделение 66,9 млрд ежегодно в 2022-2023 гг.

По прогнозам аналитиков компании, рынок в этом году будет расти столь высокими темпами, какие не наблюдались давно – не меньше 15%. Драйверами роста останутся розничный сегмент и инфляционные процессы, которые произошли в марте – апреле.

В ситуации принятия экстремальных решений

Ряд изменений в нормативно-правовых актах, принятых ввиду экономических ограничений, уже вступил в силу, сказала заместитель директора Департамента регулирования обращения лекарственных средств и медицинских изделий Минздрава России Айсылу Камалетдинова. В частности, это постановление Правительства РФ № 440 об утверждении особенностей внесения изменений в документы, содержащиеся в регистрационном досье на зарегистрированный лекарственный препарат, в случае дефектуры или риска возникновения дефектуры лекарственных препаратов и № 593 об особенностях обращения

лекарственных средств при возникновении дефектуры или риска её возникновения. Эти документы упрощают и облегчают процедуру регистрации и внесения изменений в регистрационные досье лекарственных средств.

Кроме того, в целях реализации данных постановлений Минздрав издал приказ № 339н о межведомственной комиссии по определению дефектуры или риска её возникновения, выдачи соответствующих заключений, о возможности (невозможности) временного обращения серии (партии) незарегистрированного лекарственного препарата и о возможности (невозможности) обращения в РФ серии (партии) лекарственного препарата в упаковке, предназначенной для обращения на территории иностранных государств.

А.Камалетдинова назвала важным такое нововведение: «Частично это пилотировалось в период ковида, но нормативными актами введено впервые. В случае, если опыт будет удачным, соответствующие поправки внесут в 61-й закон и в евразийское законодательство». Она отметила, что в части внесения изменений в регистрационные документы крупные послабления допущены для случаев, если производитель меняет субстанцию: «Мы понимаем, что основной пул вопросов и сложностей сейчас будет возникать в части именно субстанции, замены упаковок, вспомогательных веществ и т.д. Одно из таких значительных упрощений – это замена фармсубстанции без проведения экспертизы, в случае если она включена в государственный реестр лекарственных средств, причём в сократившиеся сроки».

Постановление № 593 регламентирует процедуру ввоза препаратов, в том числе зарегистрированных лекарственных препаратов в иностранной упаковке. «Мы понимаем, что будет необходимость ввозить такие препараты, и для облегчения их допуска на рынок РФ установили процедуру ввоза. Для таких препаратов сохраняется требование маркировки и правило обязательно наклеивать этикетку, которая будет содержать на русском языке необходимый набор сведений для правильного применения препарата. Постановление также даёт возможность ввозить незарегистрированные лекарственные препараты, для этого будет требоваться разрешение Минздрава», – пояснила она.

Как для ввоза препаратов, так и для применения упрощённых процедур основным условием становится наличие препарата в перечне дефектурных или препаратов, которые находятся в зоне риска. Данный перечень будет структурирован по МНН, дозировкам и будет утверждаться межведомственной комиссией. Подать в неё заявление может практически любой субъект обращения лекарственных средств, но с условием – предоставить обоснование, что есть риск дефектуры данного препарата. Обоснования могут быть любые – логистические проблемы и пр. При этом, уточнила А.Камалетдинова, в приказе указано, что в обосновании обязательно должна присутствовать информация о превышении прогнозируемых объёмов потребления препаратов по сравнению с прогнозируемыми объёмами его ввоза или производства.

В условиях резко изменяющихся обстоятельств предусмотреть и прогнозировать ситуацию, касающуюся лекарственного обеспечения, оборудования, технологий,

сложно, и «нужны действия, тренировка которых произошла на фоне пандемии», сказал депутат Госдумы РФ, главный детский специалист онколог-гематолог, президент НИИЦ детской гематологии, онкологии и иммунологии им. Дмитрия Рогачёва Александр Румянцев. По его мнению, одним из первых шагов должно стать устранение проблемы несоответствия законодательства, и в первую очередь это касается ЕАЭС: «Мы столкнулись с тем, что практически невозможно зарегистрировать и использовать клеточные продукты, которые в стране наработаны, невозможно реализовать целый ряд вопросов, связанных с производством препаратов плазмы. Поэтому нужно всё-таки поставить в приоритет принятие решений внутри страны».

Также специалист считает, что в ситуации принятия экстремальных решений по ходу наступающих дефицитов или нарушений логистических цепочек поставок лекарств, оборудования и т.д. государство должно планировать воспроизводство основной части лекарственных препаратов, включая их сырьевые запасы. По его мнению, необходим государственный заказ. Страна должна делать госзаказ конкретно предприятиям фармпромышленности, «особенно это касается недорогих препаратов, уходящих с рынка, потому что в рамках Перечня ЖНВЛП и меняющегося списка они должны быть полностью проконтролированы, и страна должна их закупать у производителей в полной мере, чтобы обеспечить население лекарствами».

Хотя компании из недружественных стран заявили, что не прекратят поставки лекарственных препаратов на рынок нашей страны, проблемы их доступности и качества неизбежно встанут, высказался член Совета Федерации РФ Владимир Круглый. «Уже сейчас возникли проблемы с логистикой, и что будет завтра, мы не знаем. Проблема импортозамещения встаёт очень остро. По заявлению Минздрава, у нас запасов ЖНВЛП для льготных категорий граждан на 6-9 месяцев. Вот этот период нам даётся на рынок, чтобы продвигаться очень быстро в плане импортозамещения», – призвал он.

При этом отметил, что отечественная фарминдустрия за последние несколько лет, особенно за период пандемии, продемонстрировала большой потенциал, высокий технологический уровень. «В первую очередь надо обратиться к производству субстанции, поскольку именно этот раздел у нас очень серьёзно просел. Кстати сказать, в советское время 100% производства субстанции было на территории Советского Союза», – напомнил он. Задача государства состоит в том, чтобы обеспечить максимальное благоприятствование развитию фармпромышленности, что можно сделать путём предоставления кредитов на льготных условиях, запуска государственных программ по стимулированию развития фармпромышленности, убеждён он.

Кроме того, напомнил В.Круглый, огромнейшей проблемой остаётся регистрация и вывод на рынок отечественных медицинских изделий. Он сообщил, что при Администрации Президента РФ сейчас формируется рабочая группа, которая будет заниматься вопросами импортозамещения, в том числе медицинских изделий.

Римма ШЕВЧЕНКО,
корр. «МГ».

тации в сторону варианта омикрон характеризовались ослаблением патогенности, хотя и при более высокой контагиозности возбудителя. Врачам первичного звена целесообразно вести нетяжёлые случаи инфекции на амбулаторном этапе как обычные ОРВИ с симптоматической терапией, на госпитальном этапе применять специфическое лечение. В отношении вакцинации вопрос следует решать индивидуально, особенно у пациента уже имеющегося у пациента титру специфических антител с учётом наличия у него сопутствующей патологии и истории предыдущих иммунизаций. Что касается проведения массовой ревакцинации, пока у иммунологов нет чётких данных в её пользу.

– Вы затронули крайне важную тему ревакцинации. По вашему, есть ли необходимость и возможность персонализированного подхода к иммунопрофилактике COVID-19 в постпандемийной жизни? Мне кажется верной мысль академика Андрея Лисицы о том, что любая болезнь зарождается индивидуально, и обеспечивать её профилактику в режиме конвейерного производства неправильно. «В борьбе с заболеваниями статистика нам не помощник. Не можем мы давать общие рекомендации всей популяции!» – уверен он. Не будет ли верным решением пересмотреть периодичность ревакцинации против COVID-19 и персонализировать её?

– Думаю, когда коронавирусная инфекция окончательно перейдёт в разряд сезонных ОРВИ, прививки будем делать раз в год, как и при гриппе. Решение об этом должны принимать Минздрав России и Роспотребнадзор. Как только они заинтересуются нашим мнением, мы сразу ответим. Пока такого вопроса не было, по-прежнему придерживаемся правила ревакцинации через 6 месяцев. Но я уверен, пересмотр будет уже вскоре. Одно дело – вакцинация противоэпидемическая, в острый период инфекции, и совсем другое – периодическая.

Теперь о персонализированном подходе к вакцинопрофилактике. При периодической вакцинации индивидуальный подход возможен и необходим, безусловно. Уже сегодня, кстати, вакцинация не проводится «поголовно и строем», есть перечень противопоказаний. К абсолютным противопоказаниям относится гиперчувствительность к любому компоненту вакцины, тяжёлые аллергические реакции в анамнезе, беременность и период грудного вскармливания. Индивидуального подхода требуют и люди с тяжёлыми аутоиммунными заболеваниями, первичными иммунодефицитами, пациенты с пожизненным приёмом иммунодепрессантов. При неэффективности вакцинации данная категория пациентов может рассчитывать на защиту от вируса с помощью моноклональных антител, это так называемая пассивная иммунизация.

И как тут не вернуться к нашему разговору о научной инициативе: если бы исследователи сидели в своих лабораториях и ждали, когда им дадут задание и деньги, моноклональные антитела, вакцины и диагностикумы не появились бы в распоряжении медицины в первые же месяцы пандемии. Многие из моих коллег – учёных и врачей – в годы пандемии были настоящими героями. Именно благодаря им мы и сегодня продолжаем наши фундаментальные исследования, работы по созданию новых вакцин и эффективных препаратов.

Беседу вела
Елена БУШ,
обозреватель «МГ».

В наше сверхбыстротечное время профсоюзные организации редко находятся в фокусе внимания общества, средств массовой информации. Всё дело в том, что они сосредоточены на каждодневных делах и заботах медицинских работников. Защита их прав, организация отдыха, охрана труда, если именно это ставить во главу угла, требует нередко настойчивых и последовательных действий. Между тем, решение подобных вопросов в плоскости открытого противостояния с властью в наше время не обещает ничего хорошего. При этом, никто не отменял погоню за жёсткой критикой, скандалами, «чернухой» в журналистике. И не всегда телеканалы и газеты готовы рассказать о том, как профсоюз стремится обеспечить право каждого профессионала, занятого в сфере общественного здоровья, на достойный труд. На примере коллективного договора об этом рассказывает гость «МГ» – председатель региональной организации Профсоюза работников здравоохранения Астраханской области Елена СВЕКОЛЬНИКОВА.

– Елена Владимировна, в представлении ряда так называемых профсоюзов, появившихся в последние годы, именно протест является наиболее предпочтительной формой отстаивания интересов работников здравоохранения. Но ничего кроме, с позволения сказать, хайпа, они добиться не могут. Региональные же организации Профсоюза работников здравоохранения РФ выбирают чаще всего путь переговоров и добиваются успеха. В чём секрет такой эффективной дипломатии?

– Основной принцип работы Астраханской областной организации Профсоюза работников здравоохранения РФ, действительно, диалог, умение услышать вторую сторону и договориться. Это представительство и защита индивидуальных, коллективных социально-трудовых, профессиональных, экономических и иных прав и интересов медиков – членов профсоюза. В своей деятельности мы независимы от органов исполнительной власти, органов местного самоуправления, работодателей, их объединений, политических партий и других общественных объединений, им не подотчётны и не подконтрольны. Взаимоотношения с ними строим на основе социального партнёрства, взаимного диалога и сотрудничества. Только так и никак иначе. Девиз нашего профсоюза: добиваться лучшего для медицинских работников – достойной заработной платы, безопасных условий труда, комфортного отдыха и успешной жизни. Секрет, наверное, в принципиальности и в позиции, которая отвечает интересам медицинских работников. Власть понимает, что речь идёт не о политических амбициях, а о желании помочь людям самой гуманной профессии. Кроме того, настойчивая и последовательная работа всегда даёт больше результатов, нежели «всплески» политической активности новых профсоюзов.

– Защита профессиональных интересов медицинских сестёр, врачей и сотрудников, не участвующих непосредственно в лечебном процессе, дело сложное. В то же время пандемия, наверное, усложнила конструктивные диалоги с руководством лечебных учреждений. Однако

Акценты

Елена СВЕКОЛЬНИКОВА:

«Мы выступаем за конструктивный диалог»



вам и вашим сотрудникам приходится разбираться в весьма непростых ситуациях... Поделитесь с нами, часто ли медицинские работники обращаются с жалобами в профсоюзные организации по поводу нарушения их прав?

– Да, действительно, обращения медицинских работников, членов профсоюза, были нами зафиксированы в основном в период пандемии. В марте 2020 г. обкомом профсоюза открыт телефон горячей линии. Обратиться по нему за правовой или информационной поддержкой мог любой медик, даже не член профсоюза. Так, к примеру, в том же 2020 г. правовым инспектором труда была оказана помощь в ответ на 1557 (цифра из открытого отчёта) обращений.

В данное число входят и отказы в назначении досрочной пенсии медицинским работникам, а также оказание юридических консультаций при заключении коллективных договоров.

– Все ли главные врачи больниц и поликлиник области заключили коллективные договоры?

– Почти. Процент заключения коллективных договоров в медицинских учреждениях нашего региона держится на уровне 89%.

– Как вы считаете, что предпочтительнее – типовая форма

Отраслевое соглашение – важнейший документ системы социального партнёрства, который предусматривает взаимные обязательства сторон не только по вопросам заработной платы, но и компенсаций работникам, условий охраны труда, дополнительных гарантий и льгот медработников.

На основе данного соглашения в дальнейшем разрабатываются и заключаются коллективные договоры в учреждениях, подведомственных Министерству здравоохранения области.

– По большому счёту, суть профсоюза – в солидарности: вместе, объединившись, сообща, легче справиться с любыми проблемами... Возможно, активисты выступают с какими-то инициативами по совершенствованию отраслевого и коллективного договоров?

– Да, конечно. Как я уже говорила, коллективные договоры заключаются как раз на основе отраслевого соглашения. При этом, в каждом отдельном медицинском учреждении этот документ имеет свои особенности. Их-то, как раз

договора или обязательно надо учитывать специализацию каждой клиники?

– Однозначно необходимо учитывать специализацию каждого конкретного учреждения. Больницы и поликлиники могут быть подчинены разным ведомствам: Минздраву, ФМБА, Роспотребнадзору, то есть там различная система оплаты труда, рабочего времени, разные ставки и т.д. И это важно отметить и прописать при заключении коллективных договоров.

– Удалось ли с помощью коллективного договора разрешить какие-то конфликтные ситуации?

– Сам по себе коллективный договор направлен на предотвращение спорных ситуаций в любом медицинском учреждении. Это основа благоприятной обстановки в коллективе, выстраивания конструктивного разговора работодателя с подчинёнными. Ведь это документ, который содействует решению вопросов трудовых отношений и исполнению взаимных обязанностей всеми участниками рабочего процесса. Когда есть согласие и дух товарищества, производительность труда повышается! Это универсальный и гибкий метод усовершенствовать взаимодействие работников и руководителей.

– А в этом вопросе вы взаимодействуете с региональным Министерством здравоохранения?

– Безусловно. Каждые три года мы заключаем новое отраслевое соглашение с нашим штабом отрасли. Последнее мы подписали буквально 30 мая текущего года, оно будет действовать до 2025 г.

– На ваш взгляд, в чём отличия и сильные стороны этого отраслевого соглашения?

– В нём есть принципиальные отличия от прежнего документа. Новое соглашение предусматривает изменения, которые произошли с 2019 г. в трудовом законодательстве и иных нормативно-правовых актах.

Например, в новом документе водителям скорой помощи был сохранён дополнительный отпуск за непрерывный стаж работы свыше 3 лет. Кроме того, увеличен минимальный размер дополнительной оплаты не освобождённым от основной деятельности председателям первичной профсоюзной организации. Теперь он будет составлять не менее 30% от должностного оклада.

Также в документе определены минимальные размеры дополнительного отпуска за работу во вредных условиях труда в соответствии с классами вредности по результатам специальной оценки условий труда.

– На этот документ опираются и первичные организации, и работодатели при заключении коллективных договоров. Может, стоит продлевать отраслевое соглашение, что называется, автоматом?

– Нет, «автоматом» как при сдаче экзамена, не получится. При заключении нового отраслевого соглашения необходимо учитывать те изменения, которые происходят за три года в российской законодательстве, в общей ситуации в стране и т.д. Поэтому пролонгировать его без пересмотра не представляется возможным.

и обсуждают профсоюзные активисты, внося свои предложения. Обком профсоюза поддерживает первичные организации, которые неформально подходят к утверждению коллективного договора. Мы в курсе каждого заключённого такого соглашения и помогаем отстаивать активистам обоснованные дополнения или изменения.

– Поделитесь вашими ближайшими планами?

– В современном здравоохранении существует множество нерешённых проблем. Начиная с кадрового дефицита в отрасли, продолжая низкими зарплатами педагогов в медицинских колледжах и заканчивая платными медицинскими осмотрами у студентов высших учебных медицинских учреждений. И кому, как не профсоюзу, заниматься решением этих задач? Проблем ещё очень много. И время такое, когда их вряд ли станет меньше. Все болевые точки трудно и перечислить. Но дорогу осилит идущий. Профсоюз вместе с органами управления здравоохранением нацелен на обсуждение и поиск путей решения проблем и осуществление эффективных действий по защите интересов работников жизненно важной отрасли. Мы не должны допустить, чтобы в период экономической нестабильности пострадали медицинские работники. Государство обязано позаботиться о людях, занятых в крайне сложной и ответственной области. Развитие медицины должно остаться приоритетом для правительства.

Беседу вёл
Алексей ПИМШИН.

Инициатива

На площадке Кадрового центра Департамента здравоохранения Москвы реализуется образовательная онлайн-программа для врачей различных специальностей, оказывающих паллиативную помощь детям. Она помогает не только повысить уровень квалификации медицинских работников при работе с такими пациентами, но и налаживать более глубокое взаимодействие специалистов амбулаторного звена со службами паллиативной помощи.

Во время обучения врачи в медицинской организации также учатся применять индивидуальный подход в лечении паллиативных пациентов, создавать необходимые условия для поддержания и оказания качественной психологической, медикаментозной помощи ребёнку и его родителям. Очень важно,

Междисциплинарный «паллиатив»

чтобы специалисты медицинской организации обладали этими навыками, даже если такой пациент всего один на медучреждение.

По словам директора центра паллиативной помощи Департамента здравоохранения Москвы Нюты Федермессер, за последние 5 лет из разрозненных хосписов сложилась единая работающая система. «Система не может работать эффективно и качественно, если все её участники постоянно не учатся новому, не обмениваются друг с другом опытом. Учиться самим и учить друг друга быть профессиональными, внимательными и человечными – очень важно», – подчеркнула она.

Также Н. Федермессер отметила, что этот курс нацелен на объеди-

нение усилий врачей-специалистов и врачей по паллиативной помощи: «Нам очень важно, чтобы те врачи, которые не занимаются оказанием паллиативной помощи детям, – участковые педиатры, неврологи, онкологи и другие – приобрели знания и умения в данной области, это поможет им ориентироваться в работе с тяжёлыми пациентами».

Как рассказал главный специалист Департамента здравоохранения Москвы по паллиативной помощи детям Юрий Суханов, в образовательную программу включены не только необходимые теоретические знания, но и ситуационные задачи, основанные на реальной практике: «Главной задачей паллиативной помощи является сохранение и повышение качества жизни паци-

ентов и членов их семей. Врачами медицинских организаций, которые работают с детьми, необходимо обладать высоким уровнем профессиональной подготовки, включая навыки эффективной коммуникации для продуктивного взаимодействия с ребёнком и семьёй. Разработанная нами образовательная программа позволяет взглянуть на уже знакомую патологию глазами врача паллиативной помощи, освежить знания по вопросам обезболивания, нутритивной поддержки, а также дополнить их актуальными практическими наработками», – отметил он.

Врачи медицинских учреждений обучаются алгоритмам работы с юными пациентами, командному взаимодействию со службами паллиативной помощи детям, а

также детальной оценке физических, эмоциональных, социальных потребностей, ценностей и предпочтений пациентов и их семей. Специалисты также рассматривают психологические подходы к медицинскому сопровождению. Ведущими спикерами выступают врачи по паллиативной медицинской помощи детям, педиатры, детские онкологи.

По завершении программы проводится итоговая аттестация в форме тестирования. После чего врачам, успешно завершившим обучение, начисляются баллы по системе непрерывного медицинского образования.

Борис ЕФИМОВ.

Некоторые считают, что сон – это маленькая смерть (но ею не является даже кома). Прогресс науки, которую не так давно называли производительной силой наряду с промышленностью и земельными угодьями, хорошо виден на её «изломе». Недаром любители животных ругали вивисекторов за то, что те производили экстирпации частей мозга, например мозжечка у кошки, чтобы посмотреть, как она после этого будет ходить (с помещением соответствующих иллюстраций в университетские учебники физиологии).

Пандемия, вроде бы заканчивающаяся, познакомила широкие массы с таким грозным осложнением, как цитокиновый шок, или шторм, развивающийся на фоне «выброса» агрессивных белков цитокинов, подстёгивающих кинетику деления иммунных клеток. Но та же иммунология знала об этом около полувека назад, только называла цитокиновые интерлейкины – белки, служащие для межклеточной связи, – пирогенами, поскольку они «подхлестывали» температуру. Так, одна из статей была озаглавлена «Сон-эффект эндогенного пирогена (IL-1)», то есть интерлейкина (IL-1). В ней говорилось о том, что IL-1 «промотирует» сон (скорее сонливость), который предупреждает антибиотик анизомицин, снимающий лихорадку (начало его названия подразумевает некую неоднородность, которая характерна, например, для анизотропии СВМ, или космического микроволнового фона). Авторы статьи полагали, что сомногенная активность эндогенного пирогена связана со свойствами последнего.

Греки связывали сон с «приходом» бога Гипноса, в Риме же призывали Морфея, а мак называли «сомниферум» – приносящий сон (отсюда и сомнамбула, или амбуляция – хождение во сне). Сегодня сомнологи изучают сон не только на уровне ЭЭГ (биотоков) и регистрации REM-фазы быстрых движений глаз, но используя смарт-девайсы.

Взгляд

Инсомния

Зигмунд Фрейд, которого весьма язвительный автор «Лолиты» назвал в одной из своих книг «венским шарлатаном», был неплохо знаком с античной мифологией, откуда обозначенный им «Эдипов комплекс», и Талмудом «знанием». В книге последнего упоминается Иосиф (Бог «мне умножающий»), проданный братьями в рабство, и Даниил («Бог мне судья»), представитель народа, угнанного после пленения в Вавилон с его «Божьими воротами» (так переводится имя этого града в Месопотамии-Междуречье). Призывали правители речных долин «книжных» героев неспроста, а в силу непреодолимой потребности понять смысл виденных ими снов. Кстати, в долине реки, названной пришлыми македонцами в честь водного бога Ни, даже фараоны спали, преклонив голову на камень или вырезанную из него подставку. В первой же книге Бытия говорится, что Ева – «жизнь» произведена была из ребра усыпленного Адама – «земли».

В книге «Исследования истории», вышедшей в 1895 г., Й.Брейер и З.Фрейд описали ночные кошмары Анны О., а через четыре года ученик опубликовал своё «Толкование снов». При отсутствии знания обычно пишутся объёмистые труды, в которых за неимением опытных данных для толкования наблюдений открывается большой простор. К сожалению, и при изучении сна долгие десятилетия на вооружении была единственно ЭЭГ.

Толкователи снов и сонники были в почёте в том же Междуречье, о чём свидетельствует древний клинописный «Эпос о Гильгамеше», увидевшем два сна о судьбе своего друга Энкиду. А в одном из снов герой увидел своё сошествие в подземный мир, по-

этому нет ничего удивительного в том, что в Ад сошестввал и «помазанник» (по крайней мере это упомянуто в одном из «сокрытых» апокрифов, в другом рассказано, что блудница Юдифь отрезала голову спящему Олоферну). Галлюцинации как нечто иное и отличное от снов «посещают» неустойчивые умы наяву. Но их сближает со сном появление у приверженных к алкоголю, который также вызывает и вполне физиологичный сон. Правда выпивших затем мучает похмелье, которое может быть связано с нарушением «оттока» продуктов обмена в мозге. Известно, что во сне происходит расширение лимфатических сосудов, по которым и очищается мозговая ткань, недаром лишение сна может довести человека до сумасшествия в силу токсического поражения нейронов.

Сон характеризуется возрастанием активности интернейронов, синтезирующих гамма-аминомасляную кислоту (ГАМК), которая является естественным «успокаивающим» средством. Недаром её используют для введения пострадавших в терапевтическую кому. До её использования в невропатологической практике врачам приходилось полагаться на везение и надеяться на возвращение сознания к человеку с травматическим повреждением мозга (TBI – Traumatic Brain Injury). Исследованию возвращения сознания недавно были посвящены статьи специалистов Университета Стоуни Брук (США). Главным результатом учёных стало выявление ведущей роли таламуса, активность клеток которого восстанавливает нейросети корковых отделов мозга. Можно предположить, что она важна и для пробуждения после сна, который может быть и летаргическим. Также проявляется



Спящая египтянка

в виде нарколепсии. На другом полюсе людей мучает бессонница, при которой не помогают снотворные (в лице древнего люминала).

Врачи-сомнологи жалуются на людей, обращающихся к ним с жалобами на плохое качество сна, что те пытаются сами справиться с возникающими проблемами. Сомнологи Техасского университета в Остине (США) после изучения «сонной» практики 137 человек выяснили, что почти половина из них (47%) до обращения в клиники пользовались аптечными средствами. Учёные пришли к выводу о необходимости обучения гигиене сна. С другой стороны, нейробиологи признают, что в своё время большие надежды возлагались на мелатонин, открытый в эпифизе, или шишковидной железе мозга ещё в 1958 г. Однако несмотря на то, что мелатонин участвует в регуляции суточного ритма, пока для избавления людей от бессонницы он не помогает. Сон довольно трудно изучать, потому что в мозг страдающего сонливостью или бессонницей не «залезешь». К тому же как можно помочь человеку с мутацией в одном из генов, кодирующих белок, в котором аминокислота пролин заменена в 385-м положении на аргинин, или тирозин-362 на гистидин (Sleep). Нет сомнения и во влиянии гена, отвечающего за синтез в гипоталамусе и за наши основные инстинкты, пептида, цепочки аминокислот, названного «орексин». В норме синтез его

во время сна подавлен, поэтому спящий обходится без еды 8 часов, что трудно представить себе днём. Но к утру уровень орексина поднимается, и люди встают с желанием поесть. При нарушении работы генов, «управляющих» орексином, возникает семейная форма укорочения пребывания во сне, на что в Калифорнийском университете Сан-Франциско обращали внимание в журнале PNAS. Кстати нарколепсию связывают с падением уровня орексина. Два года ранее Lancet описал нарушения сна у астронавтов, летавших на шаттлах и МКС.

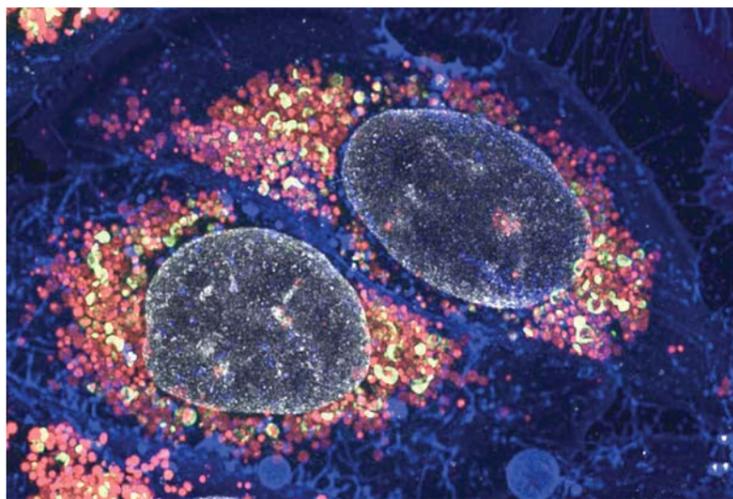
Возможно, что скоро на помощь сомнологам придут смарт-подушки, описание которых дал журнал AMI. Они сделаны из пористого материала полидиметилсилоксана (PDMS), не мешающего дыханию, и снабжены многочисленными гибкими электронными генераторами (FENG). Они с помощью гибких печатных цепей (FPC – Flexible Printed Circuits) осуществляют мониторинг положений головы в покое и при поворотах, а также предупреждают падение с кровати. Авторы уверены, что их подушки найдут широкое применение в исследовательских центрах и клиниках, помогая следить за пациентами. Хочется надеяться, что изучение сна благодаря развитию электроники поднимется на новый уровень, в котором, конечно же, сохранится и классическая электроэнцефалограмма.

Исследования

Геном представляет собой совокупность хромосом, полученных от отца и матери, каждая из которых содержит большую «ленту» ДНК, где как на «стене» записаны разные гены, кодирующие те или иные протеины и не кодирующие их. ДНК в хромосомах представлена хроматином в виде последовательности белковых «шпуплек» из гистонов, на которые намотана её спираль. Под действием разных факторов «намотка» молекулы ДНК ослабевает, в результате чего протеиновые факторы переписывания информации, хранящейся в генах, получают доступ к ним. Так описывается включение генной активности в клеточных ядрах. Те, в свою очередь, окружены двойной мембраной с порами, белки которых образуют Nucleic Pore Complex (NPC), регулирующий вход и выход из ядра. В него входят молекулы транскрипционных факторов и гормонов, а из него – молекулы РНК, несущие информацию о синтезе того или иного протеина, а также другие регуляторные РНК. В норме комплексы не «выпускают» в цитоплазму ДНК, и её появление вне ядра может свидетельствовать о клеточной трансформации.

Под нижней мембраной ядра располагается слой, или плёнка – ламина белка, естественным образом названного ламин. С помощью ламина осуществляется «растяжка» нитей ДНК, на которых идёт активный синтез иРНК для синтеза ферментов репарации вещества генов. Мутации ламина ведут к нарушению одного из важнейших клеточных процессов, что становится видным даже под

Маленькие старцы



Зелёные повреждённые митохондрии, красные нормальные

обычным микроскопом в виде искажения правильной округлой или овальной формы ядер. Понятно, что изменение активности генов в ядре отражается на митохондриях, вырабатывающих клеточную энергию, и состоянии белков и микротрубочек веретена деления стволовых клеток органов и тканей. Их дефицит приводит к старению организма, наблюдаемому в конце жизни и убывающему у детей с прогерией.

Большинство протеинов синте-

зируются в их неактивной форме, например в виде трипсиногена поджелудочной железы, который после расщепления превращается в довольно агрессивную протеазу трипсин, расщепляющий белки до аминокислот в тонкой кишке (то же касается пепсиногена, для активации которого нужна соляная кислота (HCl) желудочного сока. Так и ламин синтезируется в виде преламина, который получил название «прогерин». Он метилируется (добавляются метильные

группы –СН₃), в результате чего не может активироваться, и в норме метилирование подавляется действием фермента с длинным названием изопренилцитостеин карбоксиметилтрансферазы (ИКМТ). Сначала сотрудники Каролинского института (Швеция), а также университеты китайского Хуаньчжона и Нью-Йорка показали на мышах, что инактивация ИКМТ предупреждает старение клеток и увеличивает их деление. К тому же включение гена ИКМТ приводит к «улучшению» клинических фенотипов у мышей с моделью прогерии, а также увеличению их продолжительности жизни.

Затем учёные Национального исследовательского центра в Мадриде сумели подавить ненужную активность прогерина, реставрировав при этом нормальный ламин, что способствовало излечению подопытных мышей от прогерического синдрома (CV). Ещё один процесс, который ведёт к накоплению аномально сворачивающихся протеинов, обретающих нефункциональную 3D-форму и нейроток-

сичность, ведёт к предстарческой, или пресенильной деменции (так её описал в 1908 г. А.Альцгеймер). В том же Нью-Йоркском университете при содействии Исследовательского центра деменции в Орэинджбурге показали, что у мышей с моделью «немецкой» болезни идёт закисление лизосом цитоплазмы (телец-сом), в которых идёт лизис патогенов и клеточного «мусора» (NNS). Повышенная кислотность лизосом ведёт к увеличению в цитоплазме нейронов пузырьков-везикул с аномально сложным пептидом (цепочкой аминокислот), называемым «амилоид». Это и является основой образования нейротоксических бляшек Альцгеймера, которые в норме окружены лизосомами. При мутации в гене предшественника амилоида Amyloid Peptide Precursor (APP) происходит повышение проницаемости лизосомальной мембран, что и ведёт к выходу из них клеточных «ядов». Авторы описали увиденные ими при этом ядовитые «цветы» PANTHOS (Poisonous Anthos, сравни: антология, антоциан, хризантемы), которые в норме окружают бляшки и «перерабатывают» отложения амилоида. Тем самым учёные представили две мишени для атаки будущих лекарственных средств.

Подготовил Игорь ЛАЛЯНИЦ,
кандидат биологических наук.

По материалам Advanced Materials Interfaces, Communications Biology, Frontiers in Neurology, Lancet, PNAS, Progress in Neurobiology, Regulatory, Integrative and Comparative Physiology, Sleep, Cardiovascular, eLife, Nature Neuroscience.

Осторожно!

Никто из нас не застрахован

В лондонских сточных водах был обнаружен полиовирус

Представители общественного здравоохранения Соединённого Королевства призвали врачей быть настороже в отношении случаев полиомиелита и настоятельно призвали жителей проверить, сделаны ли им прививки на данный момент. Источник вируса остаётся загадкой.

До сих пор здесь не было зарегистрировано ни одного случая заболевания. Но с уровнем вакцинации ниже 90% в некоторых лондонских общинах опасаются, что это не продлится долго. Появление полиовируса в Лондоне является напоминанием о том, «что ни одна страна не застрахована от повторного заражения полиомиелитом или его повторного появления, пока болезнь не будет ликвидирована повсеместно», — говорит Оливер Розенбауэр, представитель Глобальной инициативы по ликвидации полиомиелита Всемирной организации здравоохранения.

Полиомиелит ликвидирован в большинстве стран мира, но вирус по-прежнему носит эндемический характер в Афганистане и Пакистане. И ещё 30 стран в Африке, Европе и на Ближнем Востоке в настоящее время обозначены как «страны

вспышки», где вирус недавно циркулировал. Распространение происходит либо из-за дикого вируса, сохраняющегося в Афганистане или Пакистане, либо из-за вируса ОПВ, который вновь приобрёл способность вызывать заболевание у непривитых людей.

В Соединённом Королевстве вирус был обнаружен в образцах, взятых в период с февраля по июнь на заводе по очистке сточных вод Beckton, который перерабатывает сточные воды 4 млн человек в северном и восточном Лондоне. Первоначально это не вызвало тревогу; программы мониторинга сточных вод в Великобритании обычно обнаруживают несколько таких проб каждый год, выделяемых недавно прибывшими, получившими ОПВ.

Такие следы сточных вод обычно довольно быстро исчезают. На этот раз вирус продолжал появляться в Лондоне в течение нескольких месяцев, и в последних образцах было обнаружено несколько близкородственных версий вируса. Генетические изменения предполагают, что вирус продолжает развиваться, что является признаком того, что он может распространяться среди небольшого числа людей.



Джозеф Свон, сотрудник ВОЗ по коммуникациям с полиомиелитом, говорит, что более широкое распространение маловероятно, учитывая в целом высокий охват вакцинацией в Великобритании, которая, как и большинство богатых стран, использует несколько доз вакцины против убитого вируса. И подчёркивает, что пока нет прямых доказательств того, что вирус распространяется от человека к человеку. Но официальные лица призывают людей про-

верить, что они и их дети получили все рекомендуемые дозы вакцины.

Выявление полиомиелита в Лондоне — второе в этом году место, где обычно нет вируса. В марте у непривитого 3-летнего ребёнка в Израиле, у которого развился паралич, был диагностирован полиомиелит, и в этом году страна обнаружила полиовирус в 25 пробах сточных вод, в основном в Иерусалиме или его окрестностях. Вирус там также является штаммом вакцин-

ного происхождения, но это штамм типа 3, не имеющий отношения к вирусу типа 2, обнаруженному в Лондоне. По словам Розенбауэра, быстрое выявление как в Израиле, так и в Великобритании демонстрирует, что там работают системы эпиднадзора за полиомиелитом.

В ответ Израиль и Палестинская национальная администрация активизировали усилия по вакцинации, и с марта вирус не обнаруживался в сточных водах. Но COVID-19 усложнил работу,

говорит Итамар Гротто, эпидемиолог-инфекционист из Университета Бен-Гуриона в Негеве. По его словам, как общественность, так и сотрудники общественного здравоохранения устали после пандемии и многочисленных кампаний по вакцинации против COVID-19, а в некоторых группах возросло недоверие к вакцинам.

Чиновники в Лондоне в настоящее время берут пробы в канализационных системах вверх по течению от очистных сооружений Бектона, чтобы посмотреть, смогут ли они сузить источник вируса и, возможно, более точно нацелить кампании вакцинации.

ОПВ, которая занесла вирус как в Соединённое Королевство, так и в Израиль, имеет преимущества в регионах, где распространяется полиовирус. Она не только дешёва и проста в применении, но и живой вирус в вакцине все ещё может размножаться в реципиенте, вызывая сильную иммунную защиту в кишечнике, которая может остановить дальнейшую передачу вируса, помогая усилить защиту общества от будущих вспышек. И хотя время от времени он эволюционирует, чтобы восстановить свою вирулентность, чиновники здравоохранения начинают внедрять более стабильную форму ОПВ, которая, как они надеются, снизит риск этих реверсий.

Тем временем, говорит Розенбауэр, «главное, что могут сделать страны — это обеспечить строгий надзор за болезнями и высокий охват вакцинацией, чтобы свести к минимуму риск и последствия повторного появления».

Ситуация

И вновь продолжается...

Власти Франции обеспокоены ухудшением ситуации с коронавирусом. Французское ведомство здравоохранения уверено в необходимости возобновления масочного режима. Рост числа заражённых во многом может быть обусловлен официальной отменой масочного режима в мае текущего года. Поэтому министр здравоохранения страны Брижитт Бургиньон обратилась к соотечественникам с призывом вновь носить маски в общественном транспорте. Её заявление было вызвано увеличением случаев заражения COVID-19 в государстве.

«Я прошу носить маски в транспорте... Речь идёт о просьбе, а не о распоряжении», — цитируют главу ведомства парижские СМИ.

Кроме того, министр посоветовала французам вернуться к ношению масок и в помещениях.

Газета Figaro отмечает, что на данный момент во Франции ежедневно фиксируется около 80 тыс. случаев заражения COVID-19. Для сравнения, за неделю до этого число равнялось 50 тыс. инфицированных. Власти страны, которые уже успели окрестить это седьмой волной коронавируса, выступили с призывом о



«бустерной» вакцинации для людей старше 60 лет.

В настоящее время в стране активно идёт процесс ревакцинации населения, в ходе которой дозу вакцины уже получили около 41 млн жителей страны.

Из-за нехватки медперсонала во Франции закрываются и множество отделений неотложной помощи или переходят на сокращённый график работы из-за нехватки сотрудников. Возмущённые жители организуют гражданские коллективы и собирают подписи с требованием восстановить круглосуточную работу неотложек.

Как говорит глава отделения скорой помощи для взрослых в больнице Пел-

легрен в Бордо Филипп Рёвель, «сейчас много больных, но, главное, недостаточно врачей. Поэтому мы вынуждены ограничить приём пациентов и тратить оставшиеся у нас ресурсы на пациентов, которым это действительно необходимо».

Такая же ситуация наблюдается почти во всех городах Франции. Ф.Рёвель отмечает все отделения неотложной помощи, которые полностью или частично закрылись.

Анестезиолог в Энен-Бомон, основатель сообщества «Здравоохранение в опасности» Арно Шиш отмечает, что «этот феномен распространён равномерно по всей территории (Франции). Не-

много трудно поверить в то, что он касается всех типов больниц, теперь в том числе и университетских, а также частных клиник».

Врачи предупреждают о проблемах, и что в первую очередь страдают жители: в больничном центре города Альпы Верхнего Прованса неотложка больше не принимает новых пациентов после 18:30. Так недавно женщине пришлось срочно доставить сюда своего сына. Принимая во внимание его состояние, его приняли, но на это ушло много времени.

Против сложившейся ситуации одно из гражданских обществ пытается привлечь жителей региона, собирая подписи под петицией. Коллектив намерен добиться, чтобы в дело вмешались политики. «Мы требуем возвращения к нормальной работе, чтобы неотложки работали круглосуточно. Нам не нужны обещания, мы хотим реальных конкретных действий», — подчёркивает Элиан Мевуйон, организатор общества для борьбы против закрытия неотложек в Маноске.

Таким образом, спасение отделений неотложной помощи станет первым острым вопросом, который необходимо будет решить новому министру здравоохранения Брижитт Бургиньон.

Ракурс

Заморить червячка

Интервальное голодание может ускорить восстановление повреждённых нервов

В ходе эксперимента с использованием мышей, учёные Имперского колледжа Лондона показали, что кишечные бактерии при голодании увеличивают выработку метаболита, известного как 3-индолпропионовая кислота (IPA). Как известно, данное вещество необходимо для регенерации нервных волокон, называемых аксонами — нитевидными структурами на концах нервных клеток, которые отправляют электрохимические сигналы другим клеткам организма.

В рамках исследования специалисты оценивали регенерацию нервной ткани у грызунов с повреждённым седалищным нервом. Половину животных подвергали прерывистому голоданию, то есть сначала мыши сколько хотели ели, а потом питались через день. Другая половина могла употреблять пищу без ограничений. Это продолжалось 10 или 30 дней до операции, а восстановление мышей наблюдали в течение 24-72 часов после разрыва нерва.

Выяснилось, что длина отросших аксонов была примерно на 50% больше у мышей, которые голодали. Также у таких животных было обнаружено повышенное содержание некоторых веществ, в том числе IPA. Чтобы удостовериться, приводит ли IPA к восстановлению нервов, грызунов пролечили антибиотиками. Таким образом, им очистили кишечник от бактерий. Позднее им внедрили генетически модифицированные штаммы Clostridium, которые могли или не могли продуцировать IPA.

Оказалось, если бактерии не вырабатывают 3-индолпропионовую кислоту, регенерация нарушается. Это доказывает, что IPA, которая вырабатывается этими бактериями, может активировать регенерацию повреждённых нервов.

Ранее проводились исследования, дающие противоречивые выводы относительно интервального голодания. Одни учёные заявляют об эффективности такого способа борьбы с ожирением. Другие не согласны с этим мнением.

Подготовила Юлия ИНИНА.

По материалам Science, BFM TV, OCH, Nature, Figaro.

Былое

Придуманый мир

250 лет назад родился французский философ Шарль Фурье

Мать долго считала своего мальчика слабоумным – тихим дурачком. Шарло был одиноким кротким ребёнком, который всегда был обращён внутрь себя. Часто он застывал на месте и задумывался, не сразу реагируя на оклики. Над чем думал, никогда и никому не рассказывал. Он мог не спать несколько ночей кряду, обдумывая какой-нибудь вопрос. Почти не играл со сверстниками, предпочитая музыку и чтение. Общение с ними его не интересовало. Да и те не жаждали видеть его в своём кругу. Им больше нравилось потешаться над ним, тем более что был он застенчив, незлобив и словно не замечал насмешек. Иногда он по двадцать раз возвращался за какой-нибудь вещью и снова уходил, опять позабыв про неё, так как был совершенно поглощён размышлениями. При этом обладал отличной памятью. Никто и никогда не видел его смеющимся. Шарло был неуклюж и слаб физически.

Учился Шарль Фурье хорошо и с интересом, но курс гимназии не окончил: банкротство отца, купца из Безансона, заставило его работать приказчиком с 13 лет. Всю жизнь он занимался самообразованием, читая без системы, но много. К научным, особенно философским трудам впоследствии неизменно испытывал предубеждение. С самого детства он был очень рассудителен, но в семье привыкли смотреть на него, как на человека, который ни к чему не пригоден. Слишком уж часто он уносился мечтами в какие-то неведомые края, виртуальное пространство было ему интереснее, чем реальное. Этот измышлённый мир можно было устроить по-своему, определить для него законы бытия, правила жизни, особенности быта... Тут можно было изменить те социальные институты и обычаи, которые не выглядели в его глазах справедливыми и правильными. Он был полным хозяином этого социума. И в его виртуальном мире всё шло как по маслу – удобно, правильно, хорошо и доброжелательно. А вот снаружи многое было непродуманно, несправедливо и недружелюбно. И его занимала простая мысль о том, что можно было бы перестроить и внешний мир таким образом, чтобы установить справедливые законы, благодаря чему изменятся люди, у которых больше не будет повода для взаимной вражды и зависти, войн и преступлений. Ведь в его выдуманном мире всё текло идилично плавно и мирно. Оппонентов не было: Шарло не голосовал против самого себя, и установленные им правила были обязательны к исполнению, не подвергаясь сомнению со стороны населения его лабораторной планеты.

Как складно всё выходит

Идея была проста: начать с преобразования в небольшом поселении, создав фаланстер – своего рода коммуны; увидев процветание которой, прочие населённые пункты и государства постепенно встанут на тот же путь; и мир изменится – все увидят и поймут... И снова наступит золотой век, которому даже не нужно будет золото – бессмысленный металл, годный лишь для ювелирных украшений. Он придумывал этот мир, воображал блестящие перспективы его развития. Несколько хуже то, что он решил, что придуманный утопический мир может стать реальностью, надо лишь досконально проработать его частности и детали, все хорошенько объяснить людям. И тогда каждый из них немедленно хлопнет себя по лбу, воскликнув: «Вот ведь как складно выходит! И как я сам до этого не додумался!» Он был склонен к несбыточным идеям, хотя ему казалось вполне возможным достижение такого положения дел, когда свободный труд станет счастьем и радостью для всех людей. И реки потекут

целебным медом в кисельных берегах, а в них отразятся прекрасные дворцы, и жители такой страны скажут, умирая: «Я жил в Аркадии». Эта вера в возможность утопии выглядела очень наивной, но она была искренней.

Фурье пришёл к мысли, что естественный порядок вещей, созданный Божьим Промыслом, искажился. Судьба человечества предначертана Богом, им установлены законы, по которым движутся тела небесные и земные, и человеку нужно познать эти законы и следовать им. Но Божий замысел затуманили философские концепции и системы, взявшиеся исправлять дело рук Господа и «написавших 400 000 ни к чему не годных томов». Лишь отрешившись от этих ложных доктрин, можно найти новую науку, которую и «открыл» Фурье, – теорию страстного влечения.

В основе сотворения мира лежат математические законы движения, которое составляет главное свойство всего сущего. Движение может быть материальным, органическим, инстинктивным, аномальным, осевым. И.Ньютон открыл первый вид движения, остальные «открыл» Фурье.

Законы для всех родов движений одинаковы, и основной закон социального движения заключается в тяготении. Как и частицы материи, люди приводятся во взаимное столкновение страстным влечением, которое Бог наделил большей силой, чем разум. Философы убеждают подавлять страсти, но не понимают главного: «Философские капризы, известные под именем обязанностей, не имеют ничего общего с природой; обязанности идут от людей, а страсти, от Бога». Если страсти приносят вред, то виноват в этом только общественный порядок. Бог не создал принуждения, дав людям страсти и влечение к производительным работам. Следует изменить общественную жизнь так, чтобы ни одна страсть не оставалась неудовлетворённой и не вступала в антагонизм со страстью других людей; тогда утоление всех «страстных влечений» приведёт к «согласию между творением и творцом» и всеобщему счастью. Нужно изучить духовную природу человека и на полученных данных построить общественный порядок.

Фаланстер

Люди должны объединиться в фаланги, по 1600-1800 человек (не считая детей и стариков), чтобы получить именно 810 людей в соответствии с 810 характерами. Каждая фаланга устроится на своей земле размером в 1 квадратную милю. В центре будет жилище (фаланстер), с залами для читален, концертов и балов, аудиториями для лекций, зимними садами, стеклянными галереями, обсерваторией, телеграфом, паропроводом – просто, изящно и удобно; бедняки смогут пользоваться тем, что пока доступно лишь миллионерам. Главное – громадная экономика.

Современные ему экономику и нравственность философ назвал «нищетой и развратом». Трудится треть населения, прочие ничего не делают или разрушают. Этим нахлебников Фурье поделил на три группы: домашние (большая часть женщин, почти все дети, прислуга); социальные (армии, 1/2 фабрикантов, 9/10 купцов, 2/3 агентов транспорта, сборщики податей); дополнительные (законники, богачи, арестанты, больные и отщепенцы – падшие женщины, нищие, воров). Трудящаяся часть населения обеспечила бы себя и всех дармоедов при

правильной организации работы, неэффективность которой обусловлена отсутствием кооперации и увлечения своим делом. Это ведёт к бесполезной трате труда и уменьшению продуктов, могущих быть произведёнными таким же числом людей; появлению плохих товаров; отвращению к труду, недовольству рабочих своим положением, вражде к общественному укладу. Покупатель становится оппонентом продавца, фабрикант – врагом рабочих, подданные – противником правительства. В итоге – всеобщее недовольство, хаос и эгоизм. Иронизируя над «свободой» граждан европейских государств, Фурье говорил, что голодный пролетарий может позавидовать обеспеченному рабу Древнего мира. И всё это из-за философов, в течение 2,5 тыс. лет выработавших свои теории общественной жизни.

Этика тоже вызвала возмущение Фурье: «Современное законодательство любовные отношения организует таким образом, что создаёт всеобщую лживость, толкает оба пола к лицемерию и тайному возмущению против законов». Недозволенная любовь процветает: «Из числа любовных связей вообще супружеские связи составляют только одну восьмую», из которой «99% супружеских пар преданы вероломству, тайным образом нарушая супружеские обязанности», превращающие брак в каторгу. Рисуя картину семейной жизни: неверность супругов, ссоры, дети, представляющие обузу... Фурье (он никогда не был женат) говорит об унизительном положении женщин. Именно он являлся автором словца «феминизм».

Сенсуалистическая мораль

В распределении продуктов Фурье не допускал индивидуальной свободы. Он предполагал управление в виде избранного ареопага, состоящего из опытных и мудрых, но этот орган мог издавать не распоряжения, а указания, следовать которым было необязательно. Во главе каждого фаланстера стоял унарх, далее шли дуархи, триархи, тетрархи, пентархи, гексархи, гептархи, октархи, эннеархи, декархи, онзархи, дузархи – число 12, видимо, было для философа обсессивно значимым или сакрально-мистическим. Во главе мира находился осевой омниарх, столицей должен был стать Константинополь. Функции правителей Фурье точно не определял: распространение коммуны упростит управление, и само государство отождествится с фаланстером. Каждый член фаланстера выбирает друзей и соединяется с ними в группы. Совместная работа юношей и девушек приведёт к их сближению, затем к браку, но он не непременно следствие; а заключив союз, необязательно сохранять верность. Выступив против «временного разврата», Фурье предложил конкуренцию анархии. В свободе отношений между полами выразилась его сенсуалистическая мораль, не сдерживаемая никакой духовностью. Философ, впрочем, предупреждал, что не следует понимать эту свободу как оргию. Он предлагал установить в фаланстере три любовные корпорации: супруги, объединённые законом; дамуазели, редко меняющиеся связи; и галантные, для коих любовные правила не отличаются строгостью.

В 1808 г. он написал сочинение «Теория четырёх движений и всеобщих судеб», положившее начало его учению. Фурье думал, что его систему осуществит Наполеон, и даже предостерегал читателей от



того, чтобы они не строили новых зданий: нынешние дома не пригодятся в будущем гармоническом обществе; не уезжали в колонии: скоро все будут счастливы у себя дома; обзаводились детьми: по наступлении гармонии «дети, имеющие более 3 лет, будут истинной драгоценностью». После публикации книги он оставил работу и жил на пенсию в 900 франков, которую по завещанию матери выдавали ему сёстры. Не дождавшись проку от Бонапарта, Фурье обратился к правительству с предложением осуществить его систему, рассылал сочинения учёным, писателям, государственным мужам, королю. Книга вызвала лишь насмешки, но в 1816 г. философ неожиданно получил деньги на издание сочинения «Трактат о домашней и земледельческой ассоциации», представляющего полное изложение его доктрины (1822). В том же году Фурье заявлял, что если теперь его система будет введена, то через год она докажет свою успешность; тогда в 1824 г. гармонический порядок будет введён во всех цивилизованных странах; в 1825 г. к нему примкнут варвары и дикари; а в 1826 г. фаланстеры покроют земной шар.

Сочинения Фурье не имели успеха ещё и в силу несовершенства их формы. Растекаясь в мелочах и не обладая литературным талантом, он постоянно сбивался, уплывал мыслью в сторону, любовался деталями, погрязал в подробностях, затушёвывал главную идею. Рыхлые тексты пухлых книг не имели единства и цельности. Утомительные подразделения текста на рубрики, главы, параграфы с непонятными знаками лишь увеличивали путаницу. Заботясь о слоге и стиле, Фурье забывал о доказательности мыслей, отталкивая читателей и апломбом, с каким говорил о себе и своих открытиях, ставя их выше открытий Ньютона. И тут дело не только в особенностях стиля: избыток неологизмов, фантастические картины грядущего, введение в философскую доктрину искусственных и бездоказательных тезисов, из которых следуют ещё менее доказательные выводы и следствия, величавое ощущение собственной посвящённости и особой значимости, нарушения мышления с невозможностью выделить основные идеи на фоне второстепенных, необычная символика, странная систематика – всё это позволяет предположить у Фурье, по крайней мере, шизо-типическое расстройство.

Учение Фурье постепенно распространялось. Среди его последователей были поэты и художники, сочинявшие песни, писавшие сатиры, рисовавшие картины из жизни коммун. Было осуществ-

влено примерно 40 попыток организовать фаланстеры. Ни один из них не просуществовал более 12 лет, большинство умирало после 3-5 лет, полных борьбы с неблагоприятными внутренними и внешними условиями.

Верую, ибо абсурдно

Но Фурье верил в силу своей системы. Кредо этого человека вполне могло выглядеть, как выражение Тертуллиана: «Верую, ибо абсурдно». И он переставал считать абсурдным то, во что уверовал, поставив между верой надежды и уверенностью знания знак равенства. Он не переставал думать о трудностях социального, экономического, производственного взаимодействия внутри своей системы, но находил решения, всегда подгоняя их под ответ, напечатанный на последней странице собственного решебника. Он конструировал систему только из тех звеньев, которые казались целесообразными исключительно с точки зрения его глобальной концепции, пренебрегая оптимальными идеями и не учитывая наиболее вероятных и даже очевидных трендов развития ситуации, если те шли вразрез оной. Он не знал человеческой психологии, так как не играл в детские игры, будучи ребёнком, и эта социально-психологическая модель была ему незнакома. Потому его тексты наполнены утопическим, почти пасторальным убеждением в возможности появления добрых антильвов и антиакул. Но вся эта чепуха годилась только для инфантильных подростков, имеющих, скорее, теоретическое представление о жизни, мономанов и слабоумных. Однако вера в то, что утопия реальна, составляла существенную часть его личности.

Измышляя странные названия и слова, произвольно создавая понятия о которых не существовавших вещах, приводя «точные цифры» и подробно определяя формы будущего, философ не доказывал, а пророчески вещал, словно вдохновляемый Богом, и именно на Фурье им возложена миссия поведать открытую только французскому утописту судьбу человечества. Это была mania grandiosa – мания величия. Вера философа в истину своих слов доходила до фанатизма. «Я один заклеймил двадцать веков политического слабоумия, и мне одному будут обязаны настоящие и будущие поколения началом их безграничного блаженства».

Всю жизнь он прожил одиноким холостяком, жившим скромно, почти бедно. Строго по расписанию Фурье кормил окрестных кошек. Под конец жизни он был вынужден взяться за ремесло переписчика. Больше всего философ любил домашние растения, уход за которыми занимал существенную долю его времени. В этой методичности общего подхода сказались его натура, обозначилась стратегия его философской концепции: расписание, регламент, устав, параграфы, градации... Отклонения от них губительны для растений. Фурье придумал свой мир как оранжерею. Но жизнь людей невозможно расписать по часам. Отклонение от заданного курса на каком-то этапе будет неизбежным. Да и стёкла оранжереи так легко бьются...

Итог предсказуем: «Он шёл на Одессу, а вышел к Херсону». Легко понять общий идеалистический прекраснотворный настрой искренних и хороших людей, хотевших в Одессу, на солнечные пляжи её Аркадии, где море играет золотыми зайчиками солнца, но в итоге забредших неведомо куда. Фonetически несколько скабрёзное название города, альтернативного Одессе, в данном случае выглядит издевательским пророчеством, внезапно символически и саркастически рифмуясь с названием родного города Шарля Фурье.

Игорь ЯКУШЕВ,
психиатр,

доцент Северного государственного
медицинского университета.
Архангельск.

Ироничной строкой

Анатолий ИВАНОВ

Помогли как могли

(Ответ читателю популярного журнала)

Дорогая Софья Борисовна! Редакция нашего популярного медицинского журнала сердечно благодарит вас за поздравление с Днём медицинского работника и отвечает на очередную серию ваших критических замечаний в наш адрес. Отвечаем по порядку поступления претензий:

Мы искренне сожалеем, что вам не помогли советы нашего журнала в отношении ваших преждевременных для дамы 60 лет морщин. Действительно, первые морщинки, они как первая любовь – возникают внезапно, и не знаешь, как избавиться. А если и найдешь способ, то сразу появляются вторые, третьи и все остальные морщины – всё, как и в описываемой вами ситуации.

Также мы сожалеем, что, несмотря на все советы и рекомендации журнала, вам не удалось установить сексуальную гармонию с любовником, соседом по даче. Что же делать?! Остаётся одно – установить гармонию с вашим третьим мужем. Конечно, судя по вашим претензиям и темпераменту, муж не заменит вам любовника. Но лучше уж снегирь в клетке дома, чем дятел в лесу.

Уважаемая Софья Борисовна! Совет нашего специалиста – прислушиваться к своему организму – не означает, что надо всегда идти у него на поводу. И то, что ваш первый муж спился, прислушиваясь к потребностям своего организма, а вы по этой методике набрали за неделю 11 килограммов веса – лишнее свидетельство этому. Разум человека, его рациональное мышление всегда должны быть высшей инстанцией в выборе правильного поведения во всех сферах жизни, особенно в отношении здоровья. В этом, кстати, главная цель существования нашего журнала.

Софья Борисовна, вы возмущаетесь содержанием статьи



«О гармонии пропорций тела» и считаете, что автор поставил цель – оскорбить гармонично сложенных женщин. Но наш автор – известный учёный, крупный специалист, он опирается на общепринятые научно-медицинские установки в этом вопросе. И ваши личные параметры: грудь – 104 см; талия – 104 см; бедра – 104 см, при росте 160 см – нельзя считать полной гармонией телосложения, а следует всерьёз задуматься о диете и физической культуре во благо вашего здоровья и внешней эстетики.

Мы уверяем, что не хотели обидеть вас статьей о переливании крови. Во-первых, мы не могли знать, что у вас IV группа крови; во-вторых, медики только в шутку называют носителей этой группы крови «эгоистами», поскольку их кровь не годится для переливания пациентам с другими группами, в отличие от обладателей I группы крови, которая пригодна и для других групп, поэтому медики также в шутку называют их «альтру-

истами». Вас возмутили именно эти обозначения. Вы пишете, что ваш первый муж – «альтруист» с I группой крови – пропил всё, что было в доме, и скончался, оставив вам кучу долгов. Ваш печальный пример свидетельствует, что поведение личности, моральный облик не связаны с группой крови. Более того, известно, что IV группа возникает позже других групп крови в развитии человека, так что у вас, Софья Борисовна, есть даже повод гордиться своей группой крови – вершиной на современном этапе в развитии рода людского!

Мы принципиально не согласны с вашим жёстким обвинением, что наш журнал пропагандирует «гомиков» (приводим ваш термин). Смейте вас заверить, что гомеопаты и гомосексуалисты – это совершенно разные люди. Гомеопаты, о которых мы писали, – это медики, разделяющие теорию европейского врача XVIII-XIX столетий Самуэля Ганемана, полагавшего, что надо лечить, во-первых, «по-

добное подобным», а во-вторых, «малыми дозами». Гомосексуалисты, как известно, занимаются не лечением, а развлечением. И хотя ищут себе подобных, но в дозах себя не ограничивают.

Уважаемая Софья Борисовна, вы подвергли резкой критике раздел юмора в нашем журнале. Особенно вам не понравились фразы «Пострадавший громко и нецензурно выражался, но других признаков жизни не подавал» и «Все женщины делятся на загадочных и загадочных даже для психиатра». Первая фраза непонятно чему учит, а вторая – издевается над романтичностью, которой должно веять от каждой дамы. А шутку «Морщины на лице дамы особенно заметны в отблесках лысины мужа» вы восприняли как издевательство лично над вами и вашим третьим мужем. Правда, вы пишете, что почти простили наш «дурацкий юмор», когда прочитали последний сюжет в этом разделе: «В День защиты животных Фёдор подарил своему старому коту мышеловку – тот зарыдал от переполнивших его чувств». Вы утверждаете, что именно такие истории надо публиковать и что вы сами рыдали вместе с котом Фёдора, потому что вспомнили своего Барсика, которому не догадались купить мышеловку. Вот видите, Софья Борисовна, каждый читатель ярко индивидуален, особенно вы, и трудно предсказать, кому что понравится.

В заключение хочется остановиться на вашей единственной благодарности в адрес журнала. С удовольствием цитируем вас: «В полном восторге от рекламируемого вашим журналом и приобретённого мною ультразвукового генератора – средства от насекомых и мышей. Мыши, правда, пока не прореагировали, но гости, родственники мужа, съехали уже на второй день работы генератора, хотя собирались гостить две недели».

Ну что тут сказать? Стараемся, дорогая наша Софья Борисовна, стараемся хоть чем-нибудь вам помочь!

С уважением и наилучшими пожеланиями, коллектив редакции. Санкт-Петербург.

Мимоходом

Этот безумный, безумный, безумный!..

– Доктор, каждую ночь снится, будто из меня жарят шашлыки. Что мне делать?

– Не будьте бараном!

* * *

Один из членов комиссии, обследующей психстационар, удивлённо спрашивает у врача:

– Что это за странный больной?

Почему он целует себе руку?

– Что же тут странного? Просто он – джентльмен.

* * *

Один больной хвастливо говорит другому:

– Ты знаешь, я уже несколько раз побывал на том свете!

– Да?.. Интересно, а сколько там надо платить за освещение?

* * *

Необычный рекорд установил серокузовский хирург Коньдрашкин – он сумел закончить операцию за 3 минуты 29,9 секунд до... её начала!

* * *

Вчера глава Серокузовского департамента народного и международного здравоохранения О.Рылов снял напряжённость в снабжении района медикаментами цифровым фотоаппаратом.

* * *

Услышав от своего полуклинического врача, что нужно постоянно держать ноги в тепле, а голову в холоде, житель города Серокузова О.Некудымов стал ночью класть ноги на батарею, а голову засовывать в холодильник.

* * *

Вновь прибывшим на стационарное лечение в Серокузовское офтальмологическое отделение любителям спиртного назначают по 2 капли в оба глаза и ни капли в рот!

Тарас ЕВГЕНЬЕВСКИЙ.

Оксалиплатин	Без малого	Черный минерал	Нидерл. живописец	Брат Иакова	СКАНВОРД										Миансерин	Помидор															
↙					Единица информации	Жаростойкий чугунок	Овраг	↘	Неполный паралич	Англ. нейрофизиолог			↙	Лермонтов, стих.	Платок (устар.)	↘	Ящерица	Ил													
	Собака Айболита		Южное созвездие							Сарай для скота	Шестиструнная	Вентилятор	Внутр. часть стебля	Город, Индия				"Граф" Россини													
↙			Короткий чулок	Неизвестная буква	Обезжир. молоко	Козлятник						Сыпучая сухая масса					Имба														
	Свернутая рукопись		"Три плюс два", актер			Холоп	Джаз...	Болт				Ива	Мохер																		
↙				Единичный вектор	Исчадие ...				Увелич. стекло	Защищает порт							Кашалот														
	Спорт. костюм		Перебранка			Мясное блюдо			Амурдья																						
↙				Благодарный газ				Взрывч. соединение																							
Автор Валерий Шаршуков		Кошачий лемуру				Цех в ср.-век. Японии			Конница, рим. армия																						
													К	Ф	И	Р	С	О	В	С	Л	О	В	Е	С	А					
													Р	А	З	И	Т	А	Б	А	К	Т	Р	О	Б	А	Н	О	И	А	
													О	Т	П	О	Р	Т	Ь	Е	У	П	П	О	М	У	Т	М			
													Н	О	М	А	Л	А	Р	Б	А	Л	А	Г	А	Н	А	М	А	Н	А
													Ш	Е	М	О	П	С	З	Е	Р	О	А	Ш	А	К	Л	И	Р		
													Н	Г	Р	О	Т	А	Т	А	Н	К	О	М	В	Т	Р	А	Д	И	Ц
													Е	И	К	А	Д	М	П	И	К	Д	А	Т	А						
													П	Р	О	Л	И	В	Б	Р	А	К	Б	Е	Н	И	Н				
													Н	К	А	Т	О	Д	А	Р	Р	А	Т	Ь							

Ответы на сканворд, опубликованный в № 25 от 29.06.2022.

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

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

Редакция имеет право публиковать присланные в свой адрес материалы. Факт пересылки означает согласие автора на передачу редакции прав на публикацию и получение соответствующего гонорара.

Главный редактор А.ПАПЫРИН.

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

Справки по тел.: 8 (495) 608-86-95. Рекламная служба: 8 (495) 608-85-44. Отдел изданий и распространения: 8-916-271-08-13. Адрес редакции, издателя: 129110, Москва, ул. Гиляровского, 68, стр. 1. E-mail: mggazeta@mgzt.ru (редакция); rekmedic@mgzt.ru (рекламная служба); inform@mgzt.ru (отдел информации); mg.podpiska@mail.ru (отдел изданий и распространения); medgazeta72@mail.ru (электронная подписка); www.mgzt.ru

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

Отпечатано в ОАО «Московская газетная типография». Адрес: 123022, Москва, ул. 1905 года, д. 7, стр. 1. Заказ № 1585. Тираж 13 940 экз. Распространяется по подписке в Российской Федерации и зарубежных странах.

