

Медицинская

2 марта 2022 г.
среда
№ 8 (8026)

Газета®

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

Признание

Однажды присягнув медицине...

Профессия, определившая судьбу



Вступление в медицинскую профессию у Виктории Макаровой началось ещё со школы: учась в старших классах, она подработывала санитаркой в больнице. И её следующий шаг, определивший трудовую биографию и судьбу, был более чем логичным: она поступает в Смоленский государственный медицинский институт. Сегодня Виктория Николаевна – вице-губернатор Смоленской области. И случайности в том, что в это нелёгкое время именно на её плечи возложена персональная ответственность за состояние дел в отрасли, нет никакой.

За В.Макарову единогласно проголосовали, когда её кандидатуру 17 декабря минувшего года внёс на согласование с законодательным собранием глава администрации региона Алексей Островский. Как было отмечено в ходе представления, за те полтора месяца, что Виктория Николаевна являлась исполняющим обязанности вице-губернатора, при её активной работе и координации действий коллективов лечебно-профилактических учреждений в области ликвидирован дефицит коек в ковидных госпиталях, обеспечено бесперебойное снабжение кислородом, на 30% увеличено количество койко-мест с кислородной подводкой, выросли охват населения по обследованию на коронавирус и темпы вакцинации.

Собственно в том, что областная Дума поддержит кандидатуру В.Макаровой, не было сомнений и у смолян, поскольку избиратели знали Викторию Николаевну как инициативного депутата, а с 2020 г. ещё и

В.Макарова награждает юные таланты

как председателя горсовета. Причём, она совмещала деятельность спикера городского парламента с работой в должности главного врача областной детской клинической больницы. От зарплаты председателя горсовета отказалась, предложив освободившиеся бюджетные средства направить на финансирование межквартирных проездов. А когда разразилась пандемия COVID-19, Викторию Николаевну узнали не только как координатора волонтерского колл-центра «Единой России», но и как члена мобильных волонтерских бригад, работающих с населением непосредственно по месту жительства.

Вот так, однажды выбрав в медицине педиатрию, она сумела стать профессионалом и инициативным руководителем-организатором. Состояние и проблемы здравоохранения региона В.Макарова знает не понаслышке, так как начиная с первых дней работы главным врачом больницы, вместе с мобильными бригадами, обслуживающими передвижной лечебно-диагностический модуль, она побывала во всех муниципальных районах области. К месту сказать, лечебно-диагностический модуль внедрён в практику предметных контактов с периферией ею и включает лабораторию, УЗИ-аппарат, кабинеты лор-врача, офтальмолога, гинеколога. Если поступает из ЦРБ заявка, то в состав мобильной бригады вводят кардиолога, ревматолога, невролога, ортопеда-травматолога.

Сегодня, Виктория Николаевна занята реализацией программ Национального проекта «Здравоохранение», а

ещё – организацией и координацией мероприятий по предупреждению распространения коронавирусной инфекции, контролем за льготным лекарственным обеспечением смолян, за качеством горячего питания школьников... В кругу её забот и предстоящее строительство нового корпуса больницы, стоимость которого около 2 млрд руб., финансирование поступит из федерального и областного бюджетов. Началось возведение многоквартирного дома для медицинских работников в старинном городе Сычевке за счёт налоговых отчислений социально ответственного бизнеса, в Смоленске намечено строительство второй очереди онкодиспансера...

Одним словом, всем векторам развития сферы здравоохранения области необходимы внимание, помощь и контроль вице-губернатора. А ведь в её основные функциональные обязанности теперь включено и курирование департамента Смоленской области по культуре и Главного управления по культурному наследию.

Сомнений в том, что В.Макарова справится с доверенным ей и в два раза возросшим объёмом работы, нет: однажды присягнув медицине и тем самым взяв на себя ответственность за жизни людские, Виктория Николаевна сделала эту ответственность платформой в своих добрых делах.

Владимир КОРОЛЁВ,
соб. корр. «МГ».

Смоленская область.

Алла КАРТАШЁВА,
заведующая кафедрой
пластической и эстетической
хирургии АПО ФМБА России,
профессор:

Всё чаще пациентки начинают обращаться к онкологам на ранних стадиях, не боясь ни операции, ни последующего лечения, и охотно выбирают реконструктивную пластику.

Стр. 4



Александр НЕЙМАРК,
ведущий научный сотрудник
Национального медицинского
исследовательского центра
им. В.А.Алмазова, доцент:

Найти баланс между врачебным «цинизмом», внешней сухостью и при этом добросовестным оказанием помощи больному, человеческим отношением к нему – задача непростая, но чрезвычайно важная.

Стр. 5



Игорь ХАТЬКОВ,
директор МКНЦ им. А.С.Логинава,
член-корреспондент РАН:

Что касается территориальных систем онкопомощи, крайне важно учитывать специфику каждого региона. Нельзя одним федеральным приказом описать правила, одинаковые для всех субъектов РФ.

Стр. 10-11



Официально

Россия принимает беженцев

Представители Минздрава России совершили рабочие поездки в приграничные регионы, где принимается основной поток граждан, вынужденно покинувших территории Донецкой и Луганской народных республик. Это – Ростовская, Белгородская, Курская, Воронежская и Орловская области.

По поручению министра здравоохранения Михаила Мурашко в эти регионы для усиления медицинской службы дополнительно направили врачей федеральных центров, специалистов федерального центра медицины катастроф, а также врачей-ординаторов медицинских вузов Минздрава России. Кроме того, для повышения качества помощи прибывшим в страну гражданам в Минздраве России создали оперативный штаб.

В Курской области побывал заместитель министра здравоохранения РФ Андрей Плутицкий. Он встретился с подопечными областного медико-социального реабилитационного центра им. преподобного Феодосия Печерского, где находятся 35 детей, эвакуированных из Амвросиевской школы-интерната № 4 ДНР.

– Хочу отметить, что оказание медицинской помощи взрослым и детям, эвакуированным из ДНР и ЛНР, в Курской области организо-

вано на высоком уровне. Это не первый регион, который я посещаю по поручению министра. Вижу, что чётко выстроено взаимодействие всех социальных служб, правоохранительных органов, – подчеркнул он.

Качество оказания помощи прибывшим из ДНР и ЛНР в Воронежской области проверил заместитель министра здравоохранения РФ Олег Салагай. Он посетил пункты временного размещения в Новоусманском и Лискинском районах, а также в санатории им. Горького. В каждом пункте работает бригада медиков для оказания помощи эвакуированным. При необходимости людям бесплатно выдают лекарственные препараты, организуют консультации узких специалистов, госпитализируют в стационары, проводят вакцинацию, в том числе против COVID-19.

– На сегодня медицинская помощь в регионе оказана 340 эвакуированным, более 40 взрослых и 36 детей госпитализированы. Патологии самые разные. Помощь оказывается всем в полном объёме. На сегодняшний момент мы не видим никаких проблем с точки зрения организации медицинской помощи. Здравоохранение Воронежской области полностью справляется, – уточнил О.Салагай.

Андрей ДЫМОВ.

Новости

Первая операция по современной методике

В торакальном отделении Омского клинического онкологического диспансера впервые прооперировали пациента с распространённым раком правого лёгкого по новой малотравматичной методике.

Обычно пациентам с обширным поражением лёгочной ткани подобные операции проводятся через большой разрез длиной 15-20 см. При применении методики торакоскопической однопортовой билобэктомии разрез минимальный – 4-5 см.

Осуществление подобной операции, сообщили в областном Министрстве здравоохранения, стало возможным благодаря появлению новой торакоскопической стойки с качеством изображения 4К, которую онкодиспансер получил по нацпроекту «Здравоохранение» в конце прошлого года.

– В ходе вмешательства была удалена нижняя и средняя доли правого лёгкого, а также все группы поражённых лимфоузлов средостения, – сказал онколог хирургического торакального отделения онкодиспансера Азат Ибраев, выполнявший операцию. – Для меня, как для хирурга, эта операция была сложнее, чем обычные, потому что отверстие для доступа крайне мало, необходимо было выполнить все манипуляции максимально точно и эффективно.

Пациент уже в первые сутки чувствовал себя удовлетворительно, болевой синдром практически отсутствовал, период послеоперационного восстановления, по словам специалистов, будет минимальным. Такая методика широко используется в федеральных, столичных и в ряде онкологических клиник регионов, а теперь будет доступна и в Омске.

Татьяна БЕРЕЗОВСКАЯ.

Омск.

Наркоз для аллергика

С редким случаем столкнулись специалисты оториноларингологического отделения и анестезиологи клиники Южно-Уральского государственного медицинского университета: им предстояло удалить аденоиды шестилетнему ребёнку, имеющему аллергию практически на все виды анестезии.

У мальчика диагностирован мастоцитоз – редкое заболевание, которое встречается у одного человека из 100–150 тыс. Оно способно вызвать тяжёлую аллергическую реакцию вплоть до анафилактического шока буквально на любой фактор: многие продукты, холод, жару, резкую смену температуры и обстановки, переутомление, стресс, боль, лекарственные препараты.

– Операция была необходима, так как ребёнок очень плохо дышал носом, и у него начались проблемы со слухом, – отмечает заведующая оториноларингологическим отделением клиники университета кандидат медицинских наук Анна Кочеткова. – При этом мы должны были минимизировать факторы, которые могут вызвать обострение мастоцитоза. Тактику ведения пациента определили на консилиуме с анестезиологами и клиническими фармакологами нашей клиники, внимательно изучили отечественную и зарубежную литературу и убедились, что выполнить операцию возможно.

Непростой задачей оказалось подобрать препараты для наркоза, ведь при мастоцитозе нельзя использовать наркотические обезболивающие, гипнотики, мышечные релаксанты, а также нестероидные противовоспалительные средства, которые обычно применяются в послеоперационном периоде.

– Этот случай как нельзя лучше иллюстрирует классические принципы медицины: «Лечить не болезнь, а больного» и «Не навреди!», – говорит заведующий отделением анестезиологии и реанимации № 2 клиники Евгений Соловьёв. – Мы выбрали двухкомпонентный наркоз: общий – специальным газовым анестетиком, плюс местный, обезболив операционное поле препаратом, действие которого рассчитано на 10-12 часов, что позволило избежать болевого синдрома после операции.

Благодаря слаженной работе всех специалистов операция прошла успешно, маленький пациент проснулся в палате пробуждения рядом с мамой, и уже на следующий день в прекрасном настроении поехал домой.

Алёна ЖУКОВА.

Челябинск.

Регион прирастает специалистами

Участниками программы «Земский доктор» и «Земский фельдшер» в прошлом году стали более 30 медработников в Калининградской области. В их числе – семейная пара врачей, которая переехала в область из Красноярска и трудоустроилась в Гвардейскую центральную районную больницу.

По их словам – врача УЗИ-диагностики и хирурга – они уже давно задумались над переездом в более экологически привлекательный регион, поэтому выбор пал на Калининградскую область. «И первым, кто откликнулся на наши резюме, был Гвардейск, – говорит Людмила Якунина. – Поговорили с главным врачом, оценили условия, которые полностью соответствовали нашим пожеланиям. По приезду увидели, что всё так, как и было обещано».

Медицинские специалисты получили не только выплаты как участники программы «Земский доктор», но и единовременные подъёмные как впервые трудоустроившиеся в государственную медицинскую организацию региона. Это позволило врачам приобрести квартиру. Рост произошёл и в профессиональном плане: врач-хирург уже прошёл переобучение для работы на новом видеоконоскопе.

Главный врач больницы Леван Григорян отметил, что за последние 3 года из 14 приезжих специалистов 7 – участники программ «Земский доктор» и «Земский фельдшер». «Решаем бытовые проблемы, устраиваем детей в детские сады, школы, стараемся создать комфортные условия не только на рабочем месте, но и вне лечебного учреждения, особенно на начальном этапе – это очень важно», – подчеркнул он.

Больница продолжает активно привлекать специалистов из других регионов. Так, уже с начала этого года здесь по «земским» программам трудоустроились врач-гинеколог и фельдшер ФАПа. Ведутся переговоры по трудоустройству педиатра и реаниматолога.

Инна СЕРГЕЕВА.

Калининградская область.

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

Вехи

Заветам Семашко верны

Исполнилось 100 лет кафедре общественного здоровья и здравоохранения им. Н.А.Семашко. К этой дате в Сеченовском университете были приурочены юбилейные мероприятия. За прошедший век кафедра многократно переименовывалась (социальной гигиены; организации здравоохранения; социальной гигиены и организации здравоохранения; социальной медицины, организации и экономики здравоохранения; общественного здоровья и здравоохранения).

Решение о создании кафедры социальной гигиены на медицинском факультете 1-го МГУ было принято 3 октября 1921 г. по инициативе первого наркома здравоохранения РСФСР, академика АМН СССР и АПН РСФСР Николая Семашко (1874-1949), до конца жизни руководившего ею. Потом сменилось шесть заведующих кафедрой, в числе которых был министр здравоохранения СССР Сергей Курашов и заместитель министра здравоохранения СССР Александр Серенко. С декабря 2013 г. кафедру возглавляет генерал-майор медицинской службы в отставке, советник при ректоре университета, профессор, заслуженный врач РФ Владимир Решетников.

Директор Института общественного здоровья им. Ф.Ф.Эрисмана, в состав которого входит кафедра, академик РАН Николай Брико поздравил коллектив кафедры с юбилеем. Затем был показан 20-минутный фильм об её истории и сегодняшнем дне. Профессорско-преподавательский состав кафедры насчитывает 27 человек, в том числе 9 профессоров. Одним из них является эксперт по электронному здравоохранению и координатор европейского проекта «Здоровое и активное долголетие» Нико Гюлдмонд (Нидерланды). Здесь имеется магистратура по общественному здравоохранению, обучается 6 ординаторов и 10 аспирантов, активно работает студенческий научный кружок, для студентов создана дополнительная программа подготовки в школе мастерства «Фабрика лидеров здравоохранения», руководимая полковником медицинской службы запаса профессором Валерием Трегубовым. В последние годы кафедра входит в число высокоэффективных, занимает одно из ведущих мест по научной и педагогической работе. Ежегодно защищается три-четыре диссертации, а количество статей, опубликованных за последнее пятилетие в журналах, входящих в международную базу данных, составило 165.



Коллектив кафедры у памятника её основателю

Проректор по учебной работе Татьяна Литвинова вручила её сотрудникам награды и почётные грамоты. Доцент кафедры Василий Козлов получил медаль Н.А.Семашко, имя профессора Ольги Манеровой занесено в книгу почёта Сеченовского университета. В день юбилея в холле состоялось открытие исторической экспозиции, созданной по инициативе ректора университета академика РАН Петра Глыбочко. Она представлена бюстом и большим портретом основателя кафедры Н.Семашко с расположенной над ней цитатой: «Нужно не только лечить забо-

левающих, но и предупреждать распространение болезни. Последняя задача поважнее», а также портретами всех бывших заведующих.

Как сказал В.Решетников, на церемонии открытия, «мы, с одной стороны, отдаём дань уважения нашему великому предшественнику, а с другой, необходимо плодотворно работать, чтобы выполнять задачи сегодняшнего дня». Затем выступила внучка Н.Семашко педиатр Елена Фаробина: «Дед вряд ли представлял, что организованная им кафедра просуществует столетие. Я думаю, он был бы очень рад, что такие люди её возглавили и сделали такой, какой он, наверное, хотел бы её видеть».

Сотрудники кафедры и многочисленные (из-за ковидных ограничений) гости возложили цветы к памятнику Н.Семашко перед зданием ректората. Юбилейные торжества завершила научная конференция в онлайн-формате, посвящённая становлению и развитию преподавания вопросов общественного здоровья и здравоохранения. На следующий день состоялось заседание Учебно-методической комиссии по общественному здоровью и здравоохранению.

Болеслав ЛИХТЕРМАН, соб. корр. «МГ».

Перспективы

Интерактивность в обучении

В Кисловодском медицинском колледже появился уникальный интерактивный учебно-методический кабинет, оснащённый, помимо всего прочего, ещё и макетом автомобиля «скорой помощи».

В оснащении кабинета – мультимедийные учебные пособия, макеты, муляжи (в том числе, имитирующие различные раны). Среди оборудования есть интерактивный многофункциональный робот-тренажёр подростка, «Мешок Амбу» для искусственной вентиляции лёгких, учебные маски с односторонним клапаном, аптечка для оказания первой медицинской помощи, транспортный инкубатор для новорождённого, носилки. Новый учебно-методический кабинет поможет повысить скорость адаптации будущих медиков к своему рабочему пространству. И, что ещё важнее, позволит им стать более устойчивыми к стрессовым ситуациям благодаря полученным и доведённым до автоматизма навыкам обращения с современным медицинским оборудованием. Кроме того, учебно-методический кабинет оснащён видеофиксацией, которая позволяет производить запись занятий на камеры с большим разрешением. Отснятый материал даёт возможность анализа и разбора совершённых обу-



Макет автомобиля «скорой помощи»

чаемыми манипуляций, позволяет преподавателям более эффективно их корректировать для дальнейшего улучшения результатов. – Интерактивность и наглядное мультимедийное сопровождение повышает вовлечённость обучающихся в образовательный процесс, а современное инновационное оборудование улучшает результаты освоения медицинских манипуляций, – отметила руководитель медицинского колледжа Мадина Ягьева.

Всё оборудование и сам медицинский учебно-методический

кабинет приобретены благодаря программе Министерства здравоохранения края по содействию трудоустройству выпускников средних профессиональных организаций, повышения качества предоставления медицинских услуг, комплексного развития доврачебной медицинской-санитарной помощи. На эти цели было потрачено более 1 млн 390 тыс. руб.

Рубен КАЗАРЯН, соб. корр. «МГ».

Ставропольский край.

Акценты

Правительственные выплаты

Федеральное правительство выделит 3,4 млрд руб. на выплаты медикам, работающим в военных частях, противопожарных службах, МВД и других ведомствах с пациентами с коронавирусом. Об этом в ходе заседания президиума координационного совета по борьбе с COVID-19 сообщил председатель Правительства РФ Михаил Мишустин.

Так, согласно распоряжению, Минобороны получит 2 235 321,4 тыс. руб., МВД – 397 372 тыс., МЧС – 11 901 тыс., Росгвардия – 158 207,2 тыс., ФСО – 25 917,6 тыс., ФСБ – 303 309,6 тыс., ФСИН – 248 710,1 тыс., Главное управление специальных программ президента – 21 554,1 тыс., СВР – 2775 тыс., ФТС – 6761,7 тыс.

Глава кабмина попросил руководителей министерств и ведомств принять все необходимые реше-

ния, чтобы медики как можно скорее получили положенные средства. Финансирование поступит из резервного фонда правительства.

Как известно, специальные социальные выплаты получают врачи, средний и младший медперсонал, фельдшеры и водители машин скорой помощи, контактирующие с больными COVID-19.

Леонид ПОЛЯКОВ.
МИА Сити!

Тенденции

На новом этапе эффективного сотрудничества

Руководитель Федерального медико-биологического агентства РФ Вероника Скворцова и директор Центра стратегических инициатив (ЦИСИ) ФМБА Никита Одинцов заключили соглашение о взаимодействии.

В положениях документа закреплены взаимные намерения по созданию условий для успешной реализации совместных проек-

тов, направленных на развитие, модернизацию, оптимизацию здравоохранения и иных направлений, влияющих на благополучие населения. Сторонами обозначен порядок информационного обмена для повышения результативности работы, в том числе в сфере цифровизации здравоохранения.

В настоящее время ЦИСИ ФМБА оказывает содействие ФМБА России в модернизации процессов

управления здравоохранением, разрабатывает проекты по внедрению инновационных технологий и методик, разворачивает программу по информационной и правовой поддержке, занимается продвижением передовых технологий и фармацевтических продуктов, разрабатываемых сетью учреждений агентства.

Подписание данного соглашения демонстрирует всю полноту взаимопонимания и единства целей ФМБА России и ЦИСИ ФМБА, а также свидетельствует о начале нового этапа ещё более эффективного сотрудничества.

Александр МЕЩЕРСКИЙ.

Проекты

Заявки на гранты

Вице-премьер РФ Дмитрий Чернышенко объявил, что 22 февраля стартовал приём заявок от студентов российских вузов на получение гранта в размере 1 млн руб. для реализации стартапов по федеральному проекту «Платформа университетского технологического предпринимательства».

Отбор проектов будет проходить по семи тематическим направлениям, среди которых – медицина и технологии здоровьесбережения, а также биотехнологии. В 2022 г. гранты сможет получить тысяча студентов, обучающихся по программам бакалавриата, специалитета, магистратуры и аспирантуры.

Приём заявок на конкурс «Студенческий стартап» продлится до 11 апреля 2022 г. Студенты должны быть готовы разработать на основе собственных научно-технических и научно-технологических исследований новый товар, изделие, технологию или услугу, имеющие потенциал для коммерциализации.

Организаторами конкурса выступают Минобрнауки России совместно с Фондом содействия инновациям (группа «ВЭБ.РФ»). В числе направлений также за-

явлены цифровые технологии, химические технологии и новые материалы, новые приборы и интеллектуальные производственные технологии, ресурсосберегающая энергетика и креативные индустрии.

По словам главы Минобрнауки России Валерия Фалькова, в 2022 г. планируется выделить 1,1 млрд из бюджета и 375 млн внебюджетных средств «на акселерационные программы поддержки студенческих предпринимательских команд». Помимо грантов, для разработчиков стартапов предусмотрена «поддержка в виде годового академического отпуска, который они смогут потратить на развитие бизнес-идеи». Проект можно реализовывать как одному, так и в команде.

Ежегодно программу по предоставлению грантов планируют расширять. В 2023 г. на получение средств смогут рассчитывать 1,5 тыс. студентов, в 2024 г. – 2 тыс. На эти цели, по словам Д.Чернышенко, правительство планирует направить 4,5 млрд.

«Согласно мировой статистике, каждый четвёртый стартап, то есть четверть от всех запущенных, рождается именно в универси-

тетях. В России этот показатель составляет всего 3%. Основная цель государственной поддержки студенческих стартапов в рамках нового проекта «Платформа университетского технологического предпринимательства» – стимулировать развитие молодёжного предпринимательства, сделать университеты местом запуска и дальнейшего продвижения бизнес-идей», – отметил Д.Чернышенко.

В начале января 2022 г. Минобрнауки объявило итоги отбора научных организаций, которые в этом году получают гранты на обновление приборной базы по федеральному проекту «Развитие инфраструктуры для научных исследований и подготовки кадров» (входит в нацпроект «Наука и университеты»). Общая сумма грантов составила 11,8 млрд. Всего из 209 заявок отобрали 205, из них 37 организаций работают по медицинским направлениям.

Наиболее крупные гранты среди медицинских научных организаций получил Томский национальный исследовательский медицинский центр РАН (203,7 млн) и НИЦЭМ им. Н.Ф.Гамалеи, НМИЦ акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И.Кулакова, НМИЦ им. В.А.Алмазова, Институт цитологии и генетики Сибирского отделения РАН – по 135,8 млн руб. каждый.

Борис ЕФИМОВ.
МИА Сити!

Инициатива

Генетика требует вложений

Образование национальной орфанной программы поможет повысить качество и доступность медицинской помощи пациентам с редкими заболеваниями. Об этом заявил директор Медико-генетического научного центра им. Н.П.Бочкова, главный специалист по медицинской генетике Минздрава России, член-корреспондент РАН Сергей Куцев на заседании Экспертного совета по здравоохранению в Совете Федерации.

«Мне кажется, что пришло время создать национальную орфанную программу в госпрограмме «Разви-

тие здравоохранения», где объединить все усилия, которые связаны и с диагностикой, и с лечением этих пациентов», – сказал он.

По его словам, необходимо разработать критерии и процедуры выбора нозологий для централизованного лекарственного обеспечения, решить вопрос с обеспечением препаратами пациентов старше 18 лет, создать механизмы планирования бюджета с учётом выхода на рынок новых лекарств, расширения неонатального скрининга и постепенной «орфанизации» нередких нозологий, а также организовать ведение регистра по орфанным заболеваниям при помощи про-

фессиональных некоммерческих организаций. Именно Национальная орфанная программа поможет обозначить текущие проблемы. По мнению С.Куцева, её создание не потребует дополнительных финансовых вливаний.

Инициативу поддержал генеральный директор Центра экспертизы и контроля качества медицинской помощи Минздрава Виталий Омеляновский. По его словам, пока нет единой системы, в которой указаны этапы включения новых препаратов в госперечни.

Олег РОМАШОВ.
МИА Сити!

Кстати

В связи со стабилизацией эпидемиологической ситуации в Москве к плановому режиму работы возвращается часть городских больниц, которые ранее были перепрофилированы для оказания помощи пациентам с COVID-19, а также 8 КТ-центров. Об этом сообщила руководитель Оперативного штаба по контролю и мониторингу ситуации с коронавирусом в столице, вице-мэр города по вопросам социального развития Анастасия Ракова.

Возвращение к плановой работе

«Ситуация с распространением коронавирусной инфекции в столице постепенно стабилизируется, количество заболевших почти в пять раз меньше пиковых значений конца января – начала февраля. При этом число госпитализаций пациентов с COVID-19 за неделю уменьшилось на 30%. Мы также отмечаем снижение заболеваемости среди детей и подростков. Это позволяет нам вернуть к плановой работе часть стационаров, временно перепрофилированных на оказание помощи пациентам с коронавирусной инфекцией.

Среди них городская больница № 15 им. О.М.Филатова и детская больница им. Г.Н.Сперанского. При этом впервые приступит к оказанию плановой специализированной помощи перинатальный центр больницы им. Л.А.Ворохобова, который после открытия сразу же начал приём пациентов с ковид. В общей сложности мы возвращаем к плановой работе более 2 тыс. коек. На сегодняшний день в городе развернуто около 14 тыс. коек для пациентов с COVID-19. Доля свободного коечного фонда составляет около 45%, в том числе за счёт работающих на приём пациентов с COVID-19 резервных госпиталей», – сказала вице-мэр.

Перинатальный центр городской клинической больницы № 67 им. Л.А.Ворохобова был перепрофилирован для лечения пациентов с COVID-19 одним из первых в Москве в марте 2020 г. За это время в корпусе помогли более 34 тыс. пациентов.

По словам А.Раковой, плановую и экстренную помощь начнут оказывать в больницах через две недели после проведения специализированной санитарной обработки

и тестирования сотрудников на коронавирусную инфекцию. Также в полном объёме возобновляется оказание плановой медицинской помощи в детских стационарах, не перепрофилированных для приёма пациентов с COVID-19.

Медицинская помощь в стационарах будет доступна по всем профилям, среди которых хирургия, травматология, кардиология, терапия, неврология, ортопедия, сосудистая хирургия, эндокринология, урология, гинекология и др.

«Также мы продолжаем возвращать к стандартному режиму работы и другие медицинские учреждения. В ближайшее время ещё восемь КТ-центров, организованных для диагностики пациентов с COVID-19, возобновят приём плановых пациентов после того, как в них будет проведена тщательная дезинфекция помещений и оборудования», – сказала А.Ракова.

Высокоточная диагностика органов дыхания для пациентов с коронавирусной инфекцией также остаётся доступной, поскольку в городе в круглосуточном режиме продолжают работу 12 амбулаторных КТ-центров. Помимо КТ-исследований, пациентам делают общий анализ крови, ЭКГ, проводят анализ на COVID-19.

КТ-центры были организованы на базе городских поликлиник по предложению клинического комитета. Центры позволяют выявлять осложнения на ранней стадии и быстрее начинать необходимое лечение, а при необходимости госпитализировать пациента в стационар.

Вячеслав ДАШКОВ.
МИА Сити!

Криминал

Злоупотребление должностными полномочиями

Тракторозаводский районный суд Челябинска постановил заключить под стражу до 18 апреля 2022 г. заместителя министра здравоохранения Челябинской области Александра Кузнецова, обвиняемого в злоупотреблении должностными полномочиями (ч. 3 ст. 285 УК РФ) при госзакупках компьютерных томографов по завышенной цене и мошенничестве, совершённом в составе организованной группы в особо крупном размере (ч. 4 ст. 159 УК РФ).

похитили бюджетные средства в размере 63 млн.

Защита А.Кузнецова возражала против удовлетворения ходатайства следствия о помещении чиновника в СИЗО и настаивала на избрании меры пресечения в виде домашнего ареста. Суд возразил отклонил.

«При принятии решения судом учтены положения ст. 108 Уголовно-процессуального кодекса РФ, а также личность обвиняемого, специфика и обстоятельства предполагаемых преступлений», – указано в постановлении суда.

По данным суда, в ходе предварительного следствия по уголовному делу было установлено, что с 1 марта 2020 г. по 29 июля 2020 г. А.Кузнецов, «используя свои служебные полномочия вопреки интересам службы, из корыстной и иной личной заинтересованности, с целью хищения, действуя группой лиц по предварительному сговору с неустановленными лицами из числа руководства нескольких частных компаний, заключил госконтракты на поставку компьютерных томографов. Закупки осуществлялись по нацпроекту «Здравоохранение».

С одной фирмой был заключён контракт на 47 млн руб., с другой – на 47,5 млн, с третьей – на 46,5 млн (всего на 141 млн). В ходе судебного заседания было отмечено, что при оплате оборудования по необоснованно завышенной стоимости «в результате совместных преступных действий» соучастники

О возбуждении следственными органами УФСБ уголовного дела по ч. 1 ст. 285 УК РФ стало известно в сентябре 2021 г. По данным следователей, в апреле-мае 2020 г. региональный Минздрав закупил три мультиспиральных компьютерных томографа по завышенной на 27 млн руб. цене. Тогда же в Минздраве области и у поставщиков оборудования прошли обыски.

Заместитель министра здравоохранения региона А.Кузнецов был задержан сотрудниками УФСБ и Следственным управлением Следственного комитета РФ по Челябинской области 18 февраля в качестве подозреваемого, на его рабочем месте прошли обыск и выемка документов.

Игорь КОРАБЛЁВ.
МИА Сити!

На ежегодном международном конгрессе по онкопластической хирургии молочной железы (MBN 2021 – oncoplastic breast meeting) в Милане, где традиционно обсуждается всё самое передовое в хирургии, диагностике и лечении рака молочной железы (РМЖ), сделать сообщение о российском опыте было предложено заведующей кафедрой пластической и эстетической хирургии Академии постдипломного образования ФМБА России, доктору медицинских наук, профессору Алле КАРТАШЁВОЙ.

Мы попросили её рассказать нашим читателям не только о медицинской стороне вопроса, но и в целом о новом тренде: желании женщин оставаться молодыми и красивыми как можно дольше.

– Алла Фёдоровна, вы много лет выполняете реконструктивные операции на молочной железе. Почему вы выбрали именно эту область – на стыке онкологии и пластической хирургии?

– Диагностикой и лечением молочной железы я занимаюсь около 30 лет. Выбор достаточно случаен: после защиты кандидатской диссертации мой руководитель решил, что женщине лучше сосредоточиться на узкоспециализированном разделе хирургии, и я выбрала маммологию, как «меньшее из зол» и более близкое направление.

При этом со студенческих лет интересовали пластическая хирургия и онкология (тогда от рака умер самый мой дорогой на Земле человек – бабушка).

А вот эндокринная хирургия, лор, офтальмохирургия не привлекали совсем...

– Как долго вы осваивали эту специальность, и легко ли передать секреты мастерства студентам?

– На самом деле у нас не самая сложная сфера. Серьёзные осложнения, которые можно получить при других онкологических операциях, при РМЖ крайне редки. Мы ведь фактически оперируем поверхностно, кожа и подкожная клетчатка, ни в какие полости не влезает, да и сильных кровотечений в умелых руках практически не бывает.

Реконструкции, которые мы предлагаем, может освоить любой среднестатистический хирург. Но здесь очень важно, чтобы это было тиражировано и такие вмешательства стали для врача рутинными.

Я, как заведующий кафедрой, не считаю нужным упираться в какие-то уникальные вещи. Например, часто микрохирурги или пластические хирурги утверждают, что золотой стандарт при реконструкции – это использование так называемого DIEP-лоскута с передней брюшной стенки с микрососудистым анастомозом.

Золотой стандарт – это то, что обеспечивает короткое время пребывания пациента на операции (для онкопациентов это особенно важно); что не даёт выраженной кровопотери и помогает человеку даже после химиотерапии быстро восстановиться и продолжать лечение по поводу основного заболевания, не теряя драгоценного времени.

Поэтому наших ординаторов я должна научить так, чтобы через 2 года любой из них мог поставить эспандер.

– Максимальный эффект – это сделать, «как было» или «лучше, чем было»?

– Есть одежда прет-а-порте, есть от кутюр. Конечно, можно совершенствовать процесс до невозможности. При коммерческих реконструкциях пациентки могут себе позволить даже после такого серьёзного заболевания довести своё тело до такого состояния, что не сразу и поймёшь, были ли там хирургические вмешательства.

Однажды мы выполнили пластику молочной железы «собственными тканями» с помощью

освоили микрохирургические техники.

И, повторюсь: как известно, когда операции тиражируемы, они выполняются всё лучше и лучше.

И государство многое взяло на себя, конечно. По протоколу ОМС можно даже провести отсроченную пластику, не говоря уже об одномоментной. Некоторые виды таких вмешательств входят в

– Женщина при любой стадии онкопроцесса остаётся женщиной. И имеет право восстановить грудь. Ты её должен предупредить, что возможны рецидивы и т.п. Но не имеешь права отказать.

К слову, в 1998 г., когда я в первый раз попала в США, была потрясена, что пациентка может выбирать варианты вмешательства, включая реконструкцию; с

когда мы некоторое время назад об этом заводили разговор на международных конгрессах, слышали только возмущение отечественных онкологов.

Раньше мы сосок, как оригами, делали из кожи. Сейчас сохранение соска и ареолы уже почти стандарт, за редким исключением. Главное: убедиться в отсутствии в этой области опухолевых клеток.

Наши интервью

Женщины хотят быть красивыми

Даже после онкологических операций



лоскута с живота (TRAM-лоскут). После при обследовании другими специалистами при проведении УЗИ и маммографии никто не верил, что грудь реконструирована, настолько она выглядела натурально.

Нередко, когда мы проводим вмешательства по поводу РМЖ и потом реконструируем или симметризируем операции, грудь женщины выглядит, действительно, гораздо лучше, как после эстетической пластики.

– Про подобные реконструкции слышу всё чаще. Женщины стали просвещеннее, сами вмешательства – успешнее? Или роль сыграла государственная поддержка?

– Сейчас в России много мест, где подобные вмешательства делают хорошо. И в государственных клиниках, таких, как Московский научно-исследовательский онкологический институт им. П.А.Герцена, Национальный медицинский исследовательский центр онкологии им. Н.Н.Блохина, Московский клинический научный центр им. А.С.Логонова, Российский научный центр хирургии им. Б.В.Петровского, городская клиническая онкологическая больница № 1, и в ряде частных клиник по всей стране. Прекрасно оперируют в Национальном медицинском исследовательском центре онкологии в Ростове-на-Дону, знамениты своими операциями мои коллеги в Санкт-Петербурге, Казани, Томске, Краснодаре.

Есть целая плеяда молодых онкологов, которые владеют навыками пластической хирургии. Они ездили учиться за рубеж,

стандарты, если не ОМС, то ВМП, и даже когда они выполняются в частных клиниках, входящих в систему госгарантий, для пациента это бесплатно.

При этом, хотя общество в целом становится развитее и образованнее, в регионах люди не очень хорошо осведомлены о подобных возможностях. В ряде клиник, крупных, государственных, где есть специалисты, владеющие самыми современными методами, из всего потока пациентов, нуждающихся в таких операциях, их выполняют 7%, редко где – 10%, 20%. То есть, даже не половине, что мне кажется минимальным числом.

Да, есть ситуации, когда мы не можем предложить реконструкцию молочной железы одномоментно или на первом этапе лечения, поскольку у пациентки запущенный рак, распространённый метастатический процесс, но мы способны провести неадекватное химиотерапевтическое лечение, уменьшить объём опухоли и количество метастазов; потом выполнить реконструктивную операцию, как этап онкохирургического лечения, и дополнить её лучевой терапией.

Вспоминаю, как в своё время в Дюссельдорфе на конгрессе по РМЖ кто-то из докладчиков, отвечая на вопрос, в каком случае он может предложить пациентке одномоментную реконструкцию, сказал: для этого нужно только её желание.

«Додумать», как это сделать при любой стадии онкопроцесса – уже забота врача.

– И часто такое желание возникает у пациенток?

ней разговаривают, обсуждают операцию.

В отечественной государственной медицине нередко выбор не предлагается: либо мастэктомия, либо радикальная резекция.

Что же касается отношения, помню, как ещё 15-20 лет назад, приезжая на международные конгрессы, мы поражались, как в зарубежных странах легко, с улыбкой женщины идут на операции по поводу РМЖ с одномоментной реконструкцией. И насколько до сих пор многие наши соотечественницы этого боятся, и поэтому дотягивают онкологию до поздних стадий.

– Каких именно осложнений они боятся?

– И неэстетичного вида молочных желёз после операции и их отсутствия, особенно – отёка руки.

Откровенно говоря, иногда страхи небезосновательны. Но чаще всего этого можно избежать.

Опытный врач знает, что последствий можно избежать или минимизировать, соблюдая особые приёмы при выполнении операции. Если осложнение возникло, с ним можно бороться, применяя лимфенозные анастомозы, липосакцию руки, пневмодренажи, лимфодренажи, а в более серьёзных случаях – пересаживая лимфоузлы со здоровых областей тела пациента.

Чем быстрее мы начинаем борьбу с отёком, тем лучше: потому что, когда возникает лимфостаз, происходит выход лимфы в окружающие ткани, возникает отёк, а затем начинается фиброз. И тогда может помочь только липосакция и постоянное ношение компрессионного белья.

На заре своей онкологической деятельности я читала лекции по реабилитации для пациентов. И нередко ко мне обращались женщины с осложнениями: жуткими отёками руки, деформациями, дефицитом кожи спереди, атрофией мышц, хроническими болями. Когда они спрашивали онкологов: неужели ничего нельзя сделать, им отвечали: скажите спасибо, что вам жизнь сохранили!

И пациентки констатировали со слезами: зачем нам такая жизнь? Одно мучение...

Хирургическая агрессия при лечении РМЖ считалась нормой. Я ещё помню операцию Холстеда, когда все мышцы удаляли. Скелет спереди, кожа натянута, как на барабане. Сейчас можно сохранить не только кожу, но даже сосок и ареолу. Правда,

Таким образом, всё больше и больше онкология интегрируется с пластической хирургией, и всё больше её методов приходит в онкологию.

Где-то в конце прошлого века мы начали говорить, что важно не только количество прожитых лет, но и их качество. Сейчас это уже тренд во всех областях, и в нашей сфере это особенно видно.

Процесс медленный, но верный: всё чаще пациентки начинают обращаться к онкологам на ранних стадиях, не боясь ни операции, ни последующего лечения, и охотно выбирают реконструктивную пластику.

– А бывают ли у вас молодые мамы? Насколько вообще совместимы онкология и беременность?

– Сравнительно недавно мы не могли позволить женщине, у которой в начале беременности выявлялся рак молочной железы, оставить ребёнка и одновременно лечить онкозаболевание.

Сейчас Анастасия Пароконная из центра Н.Н.Блохина имеет уже большую наработку таких случаев в сотрудничестве с центром В.И.Кулакова, когда на ранних стадиях беременности обнаруживают РМЖ, дожидаются времени, когда это не опасно для плода, нет ятрогенного воздействия химиотерапевтического лечения, проводят его, затем женщина рождает, и ей выполняется онкооперация и последующее лечение.

– И возвращаясь к началу нашего разговора: насколько успешно осуществляется передача опыта на кафедре?

– Наша кафедра организована в 2019 г. по инициативе руководства Академии постдипломного образования ФМБА России. В вузе есть ещё одна кафедра пластической хирургии и онкологии, которой руководит академик Игорь Решетов, но у неё немного другие задачи. У нас больше акцент на эстетику.

Победа над раком молочной железы или хотя бы сокращение смертности от него тесно связаны с ранней диагностикой. Мы сможем этого достичь, когда, во-первых, об этом будут говорить повсеместно, «из каждого утюга», а во-вторых, красивые операции без осложнений будут доступны практически всем, в любом уголке страны. Именно тогда выявляемость сместится на начальные стадии 0 и I-II, и наши женщины будут жить счастливо, осознанно выбирая здоровье и красоту.

Беседу вела
Алёна ЖУКОВА,
корр. «МГ».

Москва.

Можно ли быть прекрасным и даже великим хирургом, но при этом не уметь и более того – не хотеть общаться с пациентами? Можно, но... нельзя. Потому что сегодняшней «потребительской медицины», подогреваемой законодателями, юристами и контрольно-надзорными органами о своих приоритетных правах в системе здравоохранения, непременно желает, чтобы доктор не только хорошо почечил его, но и не менее хорошо с ним поговорил, выслушал, утешил. А в случае неудачи извинился. Иначе – звонок в страховую компанию, гневное письмо в Минздрав и исковое заявление в суд.

Примечательно, что высокие коммуникационные требования со стороны пациентов предъявляются не только к врачам терапевтических профилей, где собственно вся работа основана на умении расспросить больного, но и к хирургам, основная задача которых, казалось бы, – хорошо прооперировать. Но это нам так кажется, а пациент и его родственники считают иначе.

С другой стороны, а что, собственно, в этом нового? Постулат выдающегося русского учёного Владимира Бехтерева «Если после разговора с врачом больному не стало легче, то это – не врач» известен каждому студенту-медику. Так куда же девается данное знание после того, как диплом врача оказывается в кармане?

Ведущий научный сотрудник Национального медицинского исследовательского центра им. В.А.Алмазова Минздрава России, кандидат медицинских наук, доцент **Александр НЕЙМАРК** считает, что тема «эффективного и безопасного» общения в настоящее время стала особенно актуальной именно для хирургов. Он также уверен в том, что овладение навыками такого общения позволит избежать конфликта, приводящего к уголовному преследованию.

– Александр Евгеньевич, что заставило вас обратиться к этой теме?

– Просто я занимаюсь бариатрической хирургией, а в этом разделе всего 30% работы – собственно хирургия, всё остальное – общение с пациентом. Мы имеем дело с особой категорией людей: помимо ожирения и серьёзных нарушений метаболизма у них неизбежно возникают психологические проблемы. Поэтому общение с ними должно быть особенно выверенным. Ведь наша задача помочь человеку не только избавиться от лишнего веса и нормализовать состояние здоровья, но и нормализовать отношение к самому себе. Бариатрическому хирургу приходится разговаривать с пациентом так, как будто ты психолог, без этого невозможно

определить его настрой на перемены и разъяснить всю степень сложности предстоящего лечения, сопряжённого с высокими рисками осложнений.

В какой-то момент пришло осознание, что общение с пациентами не менее интересно и важно, чем хирургическое мастерство. Причём это не касается только бариатрических пациентов. Я вижу, с какими серьёзными проблемами сталкиваются мои коллеги, которые до сего момента не прида-

УК нас судят, как правильно выстраивать линию защиты, что противопоставить предвзятым или попросту ошибочным экспертным заключениям. При этом теме «юридически безопасного» общения врача с пациентом и его родственниками внимание до сих пор не уделялось. Хотя, как уже сказано, именно такие ошибки чаще всего и оказываются спусковым крючком для начала судебного процесса. А уголовное дело – это долгий, трудный и

персональное внимание уделяя ему доктор. Даже в хороших результатах операции такие люди начинают искать дефекты, особенно, если операция была выполнена платно. Появляются негативные отзывы о враче в интернете, или того хуже – за дверью вашего кабинета появляется адвокат пациента.

Наконец, системная ошибка заключается в том, что даже после возникновения конфликтных ситуаций хирурги обращаются к

– Действительно, социальные сети и прочие медиа-ресурсы по сути своей направлены на разделение общества: всегда формируются полярные мнения, кто громче кричит, за тем и правда.

Ещё один очень важный момент, тоже имеющий отношение к коммуникациям – отсутствует как таковая презумпция невиновности врача. Если только кто-то из граждан написал негативный отзыв в соцсетях, или журналисты опубликовали обличительную статью со

Между нами, коллегами

«Все разговоры записываются»

Одно неверно сказанное слово грозит обернуться судебным иском



вали значения умению общаться с пациентами, как важнейшей стороне врачебной деятельности. Очень много случаев, когда из-за неосторожно сказанного слова или, напротив, из-за того, что правильные слова не были сказаны вовремя, разгорается конфликт, перерастающий в следствие и суд. Обеспокоенность этой ситуацией навела на мысль, что врачей необходимо учить искусству правильных коммуникаций. В итоге родилась идея на очередном Всероссийском съезде хирургов впервые провести такую профильную секцию, пригласить в качестве лекторов юристов, психологов, специалистов по медицинским коммуникациям и даже бизнес-тренеров.

– Вы полагаете, коллеги просят интерес?

– Надеюсь. До сих пор мы говорили на съездах и конференциях исключительно о правовой защите врачей вообще и хирургов в частности: по каким статьям

очень сильно отравляющий жизнь врача путь с непредсказуемыми последствиями.

– Многие врачи зададутся вопросом: а что системе здравоохранения более ценно во мне – профессиональные способности или умение понравиться пациенту, не дай бог не разозлить его?

– Об этом и речь, что в XXI веке системе здравоохранения в равной степени важно, чтобы врач владел обоими этими умениями. Ещё более важно это для самого врача, потому что избавляет его от больших неприятностей.

Будем честны: мы, как правило, очень мало уделяем внимания возможным последствиям нарушений или недостаточных коммуникаций. Особенно это касается врачей, которые работают в экстренной медицине, большинство из них ограничивается и успокаивается тем, что пациент подписал информированное добровольное согласие. Но как показывает юридическая практика, успокаиваться одной только подписью в ИДС нельзя. Сама по себе подпись вовсе не означает, что больной, особенно экстренный, вник в содержание данного документа, всё правильно понял, что этой информации ему достаточно для понимания сути предстоящего лечения и возможных рисков, связанных с диагностическими и лечебными манипуляциями. Наиболее частая претензия после операции с неблагоприятным исходом звучит так: «Я не знал, что это так опасно, врач мне не объяснил».

Мы также не берём в расчёт то, что человек может очень сильно поменять своё отношение к нам после того, как покинет больницу. Он будет благодарить вас за помощь, но когда окажется дома, по каким-то причинам решит, что всё было не так уж хорошо и в процессе лечения, и в том, какое

юристам «на поздних стадиях», когда уже возбуждено уголовное дело, а не сразу на этапе первой претензии со стороны пациента. Между тем, любой юрист скажет: первое, что необходимо сделать – попытаться поговорить с пациентом или его близкими хотя бы теперь, если общение не было выстроено изначально. Очень часто маховик преследования начинает раскручиваться после того, как родственники погибшего пациента не увидели со стороны врача или руководителя лечебного учреждения даже намеков на желание поговорить, что-то объяснить, как-то утешить.

Не менее важны правильные коммуникации, когда осложнение произошло действительно из-за очевидных дефектов оказания медицинской помощи, и сам врач это понимает. Нужно научиться не скрывать правду, не прятаться от пациента и его родных, а вести себя открыто, не бояться вступать в диалог. Здесь ключевое слово – научиться, потому что не все умеют это делать. Найти баланс между врачебным «цинизмом», внешней сухостью и при этом добросовестным оказанием помощи больному, человеческим отношением к нему – задача непростая, но чрезвычайно важная.

– Вы упомянули негативные отзывы в интернете – сильнейшее оружие против врачей, которым пользуются пациенты. Никто не стремится проверить обоснованность претензий, таким отзывам аудитория верит, что называется, на слово, а доктора не знают, как реагировать. Но есть и другая крайность – когда врачи начинают сами себя пиарить изо всех сил, иной раз сверх меры. Этому аспекту – медийным коммуникациям – тоже необходимо обучать хирургов, как вы считаете?

слов пациента, то врач считается виноватым по определению, доказательств уже не требуются. Ты всегда будешь находиться в положении оправдывающегося.

В этой связи вопрос, важно ли для врача уметь правильно выстроить общение с пользователями социальных сетей и журналистами, требует однозначного утвердительного ответа. Доктор должен уметь себя защитить, а не просто оправдываться. Наверняка есть специалисты по коммуникациям, готовые поделиться с медиками своими знаниями.

Мне хотелось бы привлечь внимание профессионального врачебного сообщества к этой проблеме. Если окажется, что хирурги считают тему грамотных коммуникаций «врач-пациент» важной и готовы этим навыкам учиться, можно будет инициировать создание специальных курсов в рамках программ последипломной подготовки врачей.

– Александр Евгеньевич, в заключение нашего разговора позвольте поделиться своим мнением? Мне кажется, прежде чем дать врачу готовый инструмент правильных коммуникаций, очень важно научить его, как соблюсти психологический баланс между чувством собственного достоинства и задачей не раздражить пациента. И ещё: надо просто записывать разговоры. Как в этих случаях нам говорят автоответчики, «в целях улучшения качества обслуживания». Полезно иногда переслушать свою беседу с пациентом и понять, верно ли ты подобрал слова. А, кроме того, именно диктофонная запись может однажды стать доказательством вашей правоты в суде. Увы, такие времена, такие нравы.

Елена БУШ,
обозреватель «МГ».

Проблемы

Функциональная диагностика как самостоятельная специальность стоит перед угрозой исчезновения, её нужно спасать. Об этом заявила профессор кафедры клинической физиологии и функциональной диагностики Российской медицинской академии непрерывного профессионального образования (РМАНПО), президент Российской ассоциации специалистов функциональной диагностики, академик РАЕН Наталья Берестень на Всероссийской научно-практической конференции «Инструментальная диагностика в руках клинициста».

По её словам, в своё время атмосферу улучшило утверждение профессиональных стандартов, регламентировавших должностные обязанности специалистов в этой

Функциональные диагносты опасаются развала специальности

сфере. Сейчас возникла ситуация, когда окончив вуз, врач или медсестра могут уйти в практическую работу, а вот научной работой врач функциональной диагностики заниматься не может, потому что такой научной специальности нет. Для научной деятельности врачу надо стать кардиологом, неврологом, гастроэнтерологом и т.д.

«В результате сформировалась система, когда специальности стали неравнозначными – первого и второго сорта. Если ситуация не будет изменена, то вам, людям с амбициями, с желанием что-то сделать, заниматься наукой, надо

уходить в специальность, где вы можете это сделать, стать аспирантом и т.д.», – сказала Н.Берестень.

Эксперт также высказала тревогу за судьбу кафедр, которые преподают функциональную диагностику – они в конечном итоге не смогут развиваться, потому что специальность не имеет аспирантуры: «Вы можете готовить людей, но готовить кадры для функциональной диагностики могут только в других специальностях. Заведующие кафедрами могут готовить их только по своему шифру».

Попытки исправить ситуацию уже предпринимались. Как расска-

зала Н.Берестень, возглавляемая ею ассоциация направила письмо в Национальную медицинскую палату с просьбой к её президенту Леонову Рошалю помочь в создании этой научной специальности. Несмотря на то, что НМП поддержала позицию РАСФД, сдвинуть дело не удалось. Письмо было отослано в декабре 2020 г., а в феврале 2021 г. вышел приказ Министерства науки и высшего образования РФ об утверждении номенклатуры научных специальностей, и увы, в разделе «Клиническая медицина» функциональные диагносты свою дисциплину не увидели.

Н.Берестень опасается, что затягивание такой ситуации приведёт к тому, что кафедры функциональной диагностики постепенно будут реорганизованы или объединены с кафедрами, которые имеют право на подготовку кадров в аспирантуре, но по другой клинической специальности.

«В результате размывается специальность, лучшие люди будут уходить в полноценные специальности, а эта – распадётся. Я как президент имею право вам сказать это честно, чтобы у вас не было иллюзии. Мы не можем без юридического права защищать диссертацию по нашей специальности, существовать как полноценная специальность. На сегодняшний день я считаю эту проблему самой главной для нас», – заключила она.

Римма ШЕВЧЕНКО,
корр. «МГ».

Значимость профессионального педиатрического сообщества чрезвычайно велика, причём не только в развитии педиатрии, её научных и клинических аспектов, но и в решении проблем общественного, социального и организационного характера, научном обосновании государственной системы охраны здоровья детей. Несомненный интерес представляет история создания и развития профессионального объединения российских детских врачей.

Истоки

История профессиональных объединений российских детских врачей восходит к 1885 г., когда в Санкт-Петербурге появилось первое в стране научное педиатрическое общество, возникшее всего на полтора года позже первого в мире Общества детских врачей в Германии (Фрайбург, 1884). Петербургское общество было основано по инициативе профессора кафедры педиатрии Военно-медицинской академии Н.Быстрова, являвшегося председателем правления общества в досоветский период наряду с такими видными педиатрами как К.Раухфус, Н.Гундобин, А.Руссов, А.Зотов.

Создание Московского педиатрического общества, возникшего с разницей всего в несколько месяцев с Парижским научным кружком детских врачей, относится к 1892 г. Его основателем и первым руководителем выступил профессор и директор детской клиники медицинского факультета Московского университета Н.Филатов, учредителями стали 30 докторов, в том числе Н.Филатов, С.Верёвкин, А.Гиппиус, Н.Корсаков, Н.Миллер, А.Остроглазов. С целью улучшения охраны здоровья детей Петербургское и Московское педиатрические общества неоднократно избирали различные комиссии, в частности, «Комиссию по выработке мер к уменьшению детской смертности в России», «Комиссию по вопросу о предохранительных мерах против дифтерии», «Комиссию по обсуждению права врача делать операции детям без согласия родителей» и др.

В дальнейшем научные общества детских врачей стали создаваться в других городах России, где имелись педиатрические кафедры при университетах – в Киеве (1900), в Казани и Харькове (1912).

Исключительно важную роль в организации российского и международного профессиональных педиатрических объединений сыграл харьковский профессор И.Троицкий. Он выдвинул идею о созыве Всероссийского съезда детских врачей, а также заявил о необходимости организации I Международного съезда детских врачей и создании Международного общества детских врачей, поскольку для решения многих вопросов педиатрии необходима совместная, регулярная работа педиатров разных стран мира.

Многолетняя подготовительная деятельность И.Троицкого и его помощников (Н.Корсаков, В.Жуковский, V.Hutinel и другие) позволила провести в Париже 7-9 октября 1912 г. I Международный съезд педиатров. А 27-31 декабря того же года в Петербурге состоялся I Всероссийский съезд детских врачей, ставший знаменательным событием в истории отечественной педиатрии. Его председателем избрали директора Петербургской детской больницы им. принца Ольденбургского К.Раухфуса. На этом форуме центральное место занимали доклады о детской смертности – актуальной в то время в России проблеме. Принятая резолюция гласила: «Охрана материнства и младенчества должна составлять обязанность общественного управления и государства». На I съезде было внесено предложение об основании

Всероссийского общества детских врачей и представлен проект его устава. Данный съезд стал началом объединения педиатров страны и был единственным в дореволюционной России.

Ступени роста

Инициатива по организации Общества детских врачей была поддержана на II (1923) и III (1925) съездах советскими педиатрами. Но только на IV съезде, проходившем в Москве 30 мая – 4 июня 1927 г., состоялось официальное образование Всесоюзного общес-

борьбы с внутрибольничной инфекцией. На V съезде педиатров А.Кисель был избран первым председателем правления Всесоюзного общества детских врачей. Именно на этом съезде классик советской педиатрии произнёс свою последнюю речь, которую можно назвать напутствием всем советским педиатрам. После смерти А.Киселя в 1938 г. Всесоюзное общество детских врачей возглавил Г.Сперанский.

С началом Великой Отечественной войны общество сконцентрировало свою деятельность на вопросах обеспечения детей до

становление специализированной помощи детям способствовали улучшению физического развития подрастающего поколения, снижению заболеваемости и смертности.

На VIII съезде детских врачей (Киев, 1962) академик Г.Сперанский, являвшийся лидером организации на протяжении 24 лет, передал пост председателя Всесоюзного общества детских врачей профессору Ю.Домбровской, оставаясь почётным председателем и членом правления до конца своих дней. Придавая большое значение Обществу детских врачей, Г.Сперанский писал: «Состоять

дальнейшему снижению уровня острых детских инфекций, ликвидации некоторых из них и вопросы вакцинации. Руководителями Всероссийского общества детских врачей являлись А.Тур (1959-1974), В.Бисярина (1974-1987), А.Мазурин (1987-1994).

В последующие два с небольшим десятилетия педиатрическое сообщество страны провело три съезда детских врачей СССР – IX (Тбилиси, 1967), X (Москва, 1974) и XI (Москва, 1982), и три съезда педиатров РСФСР – IV (Саратов, 1973), V (Казань, 1977) и VI (Горький, 1981). С 1974 и до 1991 г. пред-

С юбилеем!

Всегда в авангарде

Союзу педиатров России 95 лет



Съезд педиатров всегда был важнейшим событием

тва детских врачей. В принятом уставе общества подчёркивалось, что оно создано с «целью объединения проживающих на территории СССР врачей, работающих в области педиатрии и охраны материнства и младенчества для совместной разработки теоретических и практических вопросов в указанных областях». Обществу присвоили имя великого русского педиатра Н.Филатова. Делегаты IV съезда создали Совет общества из 20 членов, в правление которого вошли выдающиеся отечественные педиатры: А.Кисель, П.Медовиков, В.Молчанов, Г.Сперанский, В.Мочан, Н.Альтгаузен, В.Гольд. На IV съезде большой интерес вызвали выступление Г.Сперанского, внесшего дополнения в классификацию острых расстройств пищеварения и методику рационального вскармливания ребёнка, и доклад Н.Лунина по вопросам активной и пассивной иммунизации при дифтерии и кори.

В центре внимания делегатов V съезда педиатров, проходившего в Ленинграде в 1935 г., находились проблемы острых желудочно-кишечных заболеваний и детских инфекций, являвшихся основными причинами детской смертности. На нём впервые в истории обсуждались вопросы организации лечебно-профилактической помощи школьникам (доклад Н.Рыковой). По итогам выступления О.Ногиной о больничной помощи детям съезд принял резолюцию о необходимости строительства новых детских больниц и детских отделений с организацией в них изоляторов и карантинных блоков с целью

Охрана материнства и младенчества должна составлять обязанность общественного управления и государства.

Из резолюции I Всероссийского съезда детских врачей

года молочными смесями через молочные кухни, контроля работы лечебно-профилактических учреждений, санитарного состояния и медицинского обслуживания местных и эвакуированных детей, анализа летальности инфекционных заболеваний, повышения квалификации педиатров. Несмотря на невероятные трудности военного времени, педиатрическое сообщество не допустило развития в стране эпидемии детских инфекций.

На послевоенном VI Всесоюзном съезде детских врачей (Москва, 1947), посвящённом 100-летию юбилею Н.Филатова, программными темами стали хронические расстройства питания, пневмонии, септико-токсические состояния, рахит, инфекционные заболевания, туберкулёз. В связи с ростом рождаемости актуальный характер приобрели вопросы антенатальной охраны ребёнка, патологии периода новорождённости.

В резолюции VII съезда детских врачей СССР (Ленинград, 1957) было отмечено, что за 40 лет Советской власти охрана материнства и детства «выросла в стройную систему государственных мероприятий, обеспечивающих через широкую сеть учреждений здравоохранения общедоступную, бесплатную и квалифицированную помощь». Реорганизация больничной и поликлинической помощи, включая объединение детских больниц с консультациями-поликлиниками,

членом общества – это честь, за которую надо бороться, которой надо дорожить». Министр здравоохранения СССР С.Курашов в своём докладе на VIII съезде детских врачей сообщил о снижении уровня младенческой смертности в течение 5 лет (1957-1961) до 33 на 1000 родившихся детей, о сокращении заболеваемости дифтерией и полиомиелитом более чем в 5 раз, а также о важности постановки родовых на учёт в первый триместр, их обследовании на Rh-фактор, токсоплазмоз и своевременном лечении токсокоза, расширении специализированных отделений для недоношенных.

В 1957 г. в Москве на конференции детских врачей РСФСР принимается решение о создании Всероссийского общества детских врачей, и в декабре 1959 г. прошёл его I съезд. В программу включены такие темы, как патологические состояния новорождённых, проблемы детского ревматизма, туберкулёза, улучшение медицинского обслуживания детей.

В 1964 г. в Ленинграде состоялся II Всероссийский съезд детских врачей под председательством А.Тура, указавшего на снижение уровня детской смертности и больничной летальности. В работе форума, кроме педиатров, принимали участие вирусологи и микробиологи (академик АМН СССР А.Сморodinцев, В.Иоффе и др.). Учёные обсуждали меры по

седателем правления Всесоюзного общества детских врачей являлся М.Студеникин. Центральной темой педиатрических форумов стала охрана здоровья матери, плода и новорождённого. На X и XI съездах педиатров с докладом о задачах антенатальной охраны плода и организации медицинской помощи новорождённым выступала заместитель министра здравоохранения СССР Е.Новикова.

В период «перестройки», проходившей во второй половине 1980-х годов, состоялись последние педиатрические форумы советского этапа: VII съезд педиатров РСФСР (Иваново, 1987) и XII съезд педиатров СССР (Москва, 1988).

XII всесоюзный съезд знаменателен чрезвычайно актуальным программным докладом «Пути перестройки здравоохранения», с которым выступил заместитель министра здравоохранения СССР А.Баранов. Анализируя ситуацию с оказанием медицинской помощи детскому населению страны, он представил показатели здоровья детей, включая младенческую смертность по отдельным регионам, выделил территории с низким, средним и высоким её уровнями и обозначил дифференцированные пути снижения по этим территориям.

Итак, в советский период с 1927 по 1988 г. было проведено 11 Всесоюзных и 7 Всероссийских съездов детских врачей.

Адвокатура детства

В связи с кардинальными изменениями в политической, экономической и социальной жизни страны в 1991-1992 гг. правление Всероссийского общества вынуждено было переходить на новые формы и методы работы. Вследствие значительной инфляции и девальвации в государстве, невозможности получения членских взносов из территориальных филиалов, проведение очередного форума Общества детских врачей оказалось маловероятным. После длительных дискуссий в июне 1993 г. правление Всероссийского общества рекомендовало передать свои функции новой организации – Союзу педиатров России (СПР), ставшему преемником Общества детских врачей.

25-26 января 1994 г. в Москве состоялась Российская ассамблея «Охрана здоровья матери и ребёнка», а 27 января по инициативе члена-корреспондента РАМН А.Баранова созвана специальная учредительная конференция, на которой в качестве правопреемника Всероссийского общества детских врачей утверждено общественное профессиональное объединение – Союз педиатров России. Председателем исполкома СПР единогласно избрали А.Баранова, а его заместителями – профессором А.Румянцеву и Г.Самсыгину.



X конгресс детских врачей открывает А. Баранов

Прошедшая в Москве первая Российская ассамблея «Охрана здоровья матери и ребёнка» стала важным шагом в осознании труднейшей ситуации, возникшей перед педиатрическим сообществом в условиях сложнейшего социально-экономического кризиса: это и медико-демографические проблемы, и состояние репродуктивного потенциала населения, и сохранение здоровья детей и подростков.

За пятилетний период – с 1995 по 2000 г. – Союз педиатров провёл 13 форумов российских детских врачей, в том числе 1 съезд, 2 национальные ассамблеи, 3 научно-практические конференции и 6 конгрессов по таким актуальным темам, как новые технологии в педиатрии, болезни органов пищеварения у детей, питание здорового и больного ребёнка, экологические и гигиенические проблемы педиатрии, охрана психического здоровья детей и подростков, неотложные состояния у детей. В конце XX столетия Союз педиатров России, возродившийся из Общества детских врачей СССР и РСФСР, из сугубо профессиональной организации превратился в общественный институт, представляющий интересы детей в области охраны здоровья. Проведённые в 1990-е годы съезды и конгрессы СПР приобрели особый статус, поскольку традиционным стало участие в их работе представителей законодательной и исполнительной властей РФ, известных общественных деятелей. Тем самым решалась важнейшая задача информирования властных структур о состоянии здоровья детского населения и о первоочередных мерах по оказанию ему лечебно-профилактической помощи. В результате, в условиях тяжелейшего кризиса 90-х годов, несмотря на рост показателей общей смертности с 11,4 в 1991 г. до 15,4 на 1000 населения в 2000 г., уровень младенческой смертности

прозвучало предложение Правительству страны утвердить федеральную целевую программу «Дети России», предусмотрев в ней подпрограмму «Здоровое поколение», ориентированную на развитие профилактического направления в научной и практической педиатрии. Было внесено два новаторских предложения: первое – перейти на критерии регистрации живо- и мертворождений, рекомендуемые ВОЗ, что и произошло в 2012 г.; второе – разработать и внедрить систему непрерывного профессионального образования врачей, что стало официально реализовываться с 2013 г.

С 2006 по 2009 г. руководство СПР провело 12 педиатрических форумов: 1 съезд, 4 конгресса, 5 научно-практических конференций, общенациональный форум «Здоровье детей – основа здоровья нации», 4-й Европейский конгресс педиатров – Europaediatrics-2009 – первый в истории отечественной педиатрии международный форум. Его, кстати, открывал Президент РФ Дмитрий Медведев.

Расширяя границы

И здесь хотелось бы остановиться на важнейшей составляющей деятельности Союза педиатров



Представители властных структур – частые гости на мероприятиях педиатров

России – на международном сотрудничестве. Выдающуюся роль в развитии профессиональных связей между детскими врачами разных стран и роста международного авторитета отечественной педиатрии в XXI столетии сыграли академик А. Баранов и Л. Намазова-

стие более 3650 делегатов из 83 стран. В 2011 г. при поддержке и непосредственном участии СПР в Москве состоялся 16-й конгресс Европейского союза школьной и университетской медицины и здоровья EUSUHM-2011 «Образование и здоровье с детства и до взрослой жизни», в котором участвовали более 1100 специалистов из 22 стран.

Ведущие мировые эксперты в области педиатрии – частые гости на российских мероприятиях, делятся своим опытом и знаниями и с интересом знакомятся с опытом российских коллег. Подтверждением этому является растущее число иностранных делегатов на форумах СПР как среди выступающих, так и среди слушателей мероприятий.

Во втором десятилетии XXI века СПР активно продолжал научную, практическую и общественную деятельность в области охраны здоровья детского населения страны. За прошедшие годы СПР провёл 2 съезда, 10 конгрессов, 11 научно-практических конференций, 5 национальных ассамблей и другие форумы. Значительно расширилась география всероссийских и региональных научно-практических конференций.

В 2013 г. на XVII съезде СПР на совместном заседании профильных комиссий по педиатрии и гигиене детей и подростков Экспертного совета Минздрава России обсуждались первые итоги модернизации педиатрической службы. Основные направления государственной политики в области охраны здоровья российских

образования врачей и, прежде всего, широкое внедрение инновационных онлайн технологий. С 2015 г. проводится прямая трансляция симпозиумов конгрессов и съездов СПР по сети Интернет, что значительно увеличило количество участников из различных регионов России и зарубежных стран, получающих актуальную информацию. С целью совершенствования практических навыков педиатров, в режиме online организуются мастер-классы. В период пандемии COVID-19 особую популярность приобрели суботние вебинары «Образовательные дни в педиатрии», организованные СПР.

В последнее пятилетие профессиональная организация не-

региональных программ по снижению младенческой и детской смертности; разработка и утверждение проекта государственной программы «Профилактика инвалидности среди детей в РФ»; совершенствование системы вакцинопрофилактики инфекционных болезней; расширение программы неонатального скрининга.

XX конгресс педиатров России (2018) обозначил пути развития профессиональной ассоциации и наметил новые точки отсчёта для решения стоящих перед детскими врачами задач по реализации программы «Десятилетие детства».

В рамках XXI конгресса (2019) состоялась первая Национальная ассамблея «Защищённое поко-

Сохраним здоровье детей – сохраним Россию.

А. Баранов

уклонно углубляла и расширяла свою деятельность. В рамках конгрессов и съездов Союза педиатров страны традиционным стало проведение Всероссийской конференции «Неотложная детская хирургия и травматология», Евразийского форума по редким болезням, Международного форума детских хирургов, Форума детских медицинских сестёр. Кроме того, регулярными стали такие встречи по профессиональным интересам, как Всероссийский форум «Волонтеры-медики – детям России», Национальная ассамблея «Защищённое поколение», Всероссийский семинар «Страховая медицина в охране здоровья детей», Всерос-

ление», посвящённая иммуно – и вакцинопрофилактике, в последствии превратившаяся в уникальную площадку, объединившую представителей медицинского и научного сообществ, общественности и государственной власти.

Одним из важных событий XXII конгресса СПР (2020) оказался «круглый стол» на тему «Детское здравоохранение: проблемы, пути решения». К 25-летию манифеста (обращения) педиатров к Президенту, Правительству России, парламенту и предпринимателям был организован симпозиум «Уроки прошлого, проблемы и задачи настоящего», на котором с докладом «Сохраним здоровье детей России. От экстремальных проблем 90-х годов XX века – к задачам третьего десятилетия XXI» выступил главный специалист педиатр Минздрава России А. Баранов.

XXIII конгресс Союза педиатров России (2021) проходил в очень непростое время – в период пандемии новой коронавирусной инфекции, поэтому был выбран гибридный формат. Но педиатрам удалось преодолеть все сложности и осуществить долгожданную встречу. Знаменательным событием XXIII конгресса явилось тесное сотрудничество с педиатрическими ассоциациями Азербайджана, Беларуси, Грузии, Молдовы и Узбекистана. Были проведены 5 совместных симпозиумов с обсуждением вопросов оказания медицинской помощи детям, принципов вакцинопрофилактики и перспектив развития педиатрии в странах Восточной Европы и Центральной Азии. Особое внимание обращено на опыт ведения детей с новой коронавирусной инфекцией и рациональную антибактериальную терапию пациентов детского возраста.

Проведённый при подготовке к юбилейному XIX съезду педиатров России (который пройдет 5-7 марта 2022 г.) анализ истории возникновения и развития СПР даёт основание заявить, что именно съезды имеют приоритетное значение в деятельности педиатрического сообщества, поскольку, во-первых, на них обозначаются ведущие направления работы на следующее пятилетие, а во-вторых, это подробно обсуждается с представителями центрального и региональных руководящих органов союза, на которых ложится ответственность за реализацию намеченных программ и планов. Съезды Союза педиатров России, являющегося преемником Всесоюзного и Всероссийского обществ детских врачей, вписали яркую страницу в историю государственной системы охраны здоровья детей, способствовали снижению детской заболеваемости и смертности, сохранению и укреплению здоровья подрастающего поколения.

Стелла ШЕР,
главный научный сотрудник,
доктор медицинских наук.

Валерий АЛБИЦКИЙ,
главный научный сотрудник,
доктор медицинских наук,
профессор.

**НИИ педиатрии и охраны
здоровья детей ЦКБ РАН.**

Состоять членом Общества детских врачей – это честь, за которую надо бороться, которой надо дорожить.

Г. Сперанский

в тот же период снизился с 17,8 до 15,3 на 1000 родившихся живыми.

В первом десятилетии XXI века ежегодно начали проходить съезды или конгрессы педиатров России, а также тематические научно-практические конференции «Фармакотерапия и диетология в педиатрии». Задачи по дальнейшему развитию отечественной педиатрической науки и системы охраны здоровья детей стали предметом обсуждения на IX (2001) и X (2005) съездах педиатров, прошедших, соответственно, под девизами «Детское здравоохранение России: стратегия развития» и «Пути повышения эффективности медицинской помощи». В резолюции X конгресса СПР (2006)

Баранова. Свидетельством тому являлось избрание А. Баранова на должность вице-президента Европейской педиатрической ассоциации (2007-2013), Л. Намазовой-Барановой в 2010 г. – членом исполнительного комитета, а с 2021 г. – членом бюро исполкома Международной педиатрической ассоциации (ИПА), президентом Европейской педиатрической ассоциации (EPA/UNEPSA) (2013–2019) и вице-президентом Глобального педиатрического пульмонологического альянса (GPPA).

Знаменательным событием можно смело назвать упомянутый выше, состоявшийся в 2009 г. в Москве Europaediatrics-2009, в работе которого приняли уча-

детей во втором десятилетии XXI столетия определялись такими Указами Президента РФ, как «О национальной стратегии действий в интересах детей на 2012–2017 гг.» от 1 июня 2012 г., «Об объявлении в Российской Федерации десятилетия детства» от 29 мая 2017 г., «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 г.» от 7 мая 2018 г.

Деятельность Союза педиатров России в конце второго десятилетия XXI века проходила в непростой для страны социально-экономической ситуации, связанной как с замедлением темпов экономического развития, так и с разразившейся в мире с 2020 г. пандемией COVID-19.

В 2017 г. эстафету руководства Союзом педиатров России у Александра Баранова приняла академик РАН Лейла Намазова-Баранова, которой выпала и большая честь, и великая ответственность за его деятельность в непростых социально-экономических условиях, осложнённых пандемией COVID-19.

Ещё один аспект деятельности СПР, о котором необходимо сказать – это организация непрерывного профессионального

КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 8 (2320)

Методы, использованные для сбора/селекции доказательств: поиск в электронных базах данных.

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

Глубина поиска составляла 5 лет.

Методы, использованные для оценки качества и силы доказательств:

- консенсус экспертов;
- оценка значимости в соответствии с рейтинговой схемой.

Методы, использованные для анализа доказательств:

- обзоры опубликованных метаанализов;
- систематические обзоры с таблицами доказательств.

Определение. Внезапная сердечная смерть (ВСС) – неожиданная смерть от сердечных причин, произошедшая в течение 1 ч от появления симптомов у пациента с известной сердечной болезнью или без неё.

Код по международной классификации болезней – 10

Код по МКБ – 10	Нозологические формы
I46.1	Внезапная сердечная смерть, так описанная

Эпидемиология. В США ежегодно регистрируется до 400 тыс. случаев внезапной сердечной смерти (ВСС), причём при её возникновении вне стационара удаётся реанимировать только 5% больных (1). В России, по расчётным данным, происходит около 200 тыс. – 250 тыс. случаев ВСС в год (2, 3).

Этиология и патогенез. В 80-85% случаев ВСС ассоциирована с ИБС, почти в половине случаев – с острым нарушением коронарного кровообращения (4). Более 50% больных, страдающих сердечной недостаточностью, умирают внезапно.

Среди других часто встречающихся сердечно-сосудистых заболеваний ВСС развивается:

- при аортальном стенозе;
- при гипертрофической или дилатационной кардиомиопатии;
- при синдроме WPW (Вольфа – Паркинсона – Уайта) у пациентов с фибрилляцией предсердий;
- при врождённом или приобретённом синдроме удлинённого интервала Q–T (удлинённым считается корригированный, с учётом частоты сердечных сокращений, интервал Q–Tc, превышающий 440 мс у мужчин и 460 мс у женщин. Значительная часть случаев приобретённого синдрома удлинённого интервала Q–T связана с применением как кардиотропных (прежде всего, антиаритмических) так и некардиотропных (антибиотиков, противогрибковых, нейротропных и др.) лекарственных средств.

Среди редко встречающихся сердечно-сосудистых заболеваний ВСС развивается:

- при аритмогенной дисплазии правого желудочка;
- при наследственной катехоламинергической полиморфной желудочковой тахикардии;
- при синдроме Бругада (элевация сегмента ST в отведениях V1–3 на ЭКГ с блокадой правой ножки предсердно-желудочкового пучка или без неё);
- при миокардиальных мостиках, сдавливающих коронарные артерии;
- при аномальном отхождении коронарных артерий (5).

Развитию фибрилляции желудочков способствуют факторы, снижающие электрическую стабильность миокарда, главными из которых являются увеличение размеров сердца (гипертрофия, дилатация, аневризма), снижение сердечного выброса, повышение симпатической активности.

Об электрической нестабильности миокарда свидетельствуют групповые или полиморфные желудочковые экстрасистолы, пароксизмы желудочковой тахикардии, однако фибрилляция желудочков может возникнуть и без указанных нарушений сердечного ритма.

Почти в 85% случаев непосредственным механизмом прекращения кровообращения при ВСС является фибрилляция желудочков, в остальных 15% случаев – электрическая активность без пульса (ЭАБП) и асистолия (6).

Около 30% больных, перенёвших первичную ФЖ, погибают в течение года.

Оказание скорой медицинской помощи на догоспитальном этапе

Диагностика.

Клиническая картина фибрилляции желудочков:

- внезапное начало;
- через 15–20 секунд от начала фибрилляции желудочков больной теряет сознание;
- через 40–50 секунд – развивается однократное тоническое сокращение скелетных мышц;
- расширяются зрачки;
- дыхание урежается и прекращается через 2–4 минуты.

Для диагностики ВСС достаточно наличия двух клинических признаков:

- отсутствия сознания;
- отсутствия пульса на сонных артериях (обязательно пальпировать пульс с двух сторон!).

Механизм прекращения кровообращения (фибрилляция желудочков, асистолия, ЭАБП) уточняют только в процессе про-

Оказание скорой медицинской помощи при внезапной сердечной смерти

Клинические рекомендации (протокол)

ведения сердечно-лёгочной реанимации (СЛР) по ЭКГ.

По C.Wiggers и соавт. (1930), можно выделить 4 ЭКГ-стадии фибрилляции желудочков (7).

Первая стадия – **трепетания желудочков** – на ЭКГ проявляется быстрой желудочковой тахикардией с изменяющейся формой желудочковых комплексов. Эта тахикардия за несколько секунд переходит в фибрилляцию желудочков или в какой-либо сердечный ритм.

Вторая стадия – **судорожная** – представлена чередованием волн фибрилляции желудочков большой и малой амплитуды.

Третья стадия – **мерцания желудочков** – проявляет себя постепенно затухающими волнами фибрилляции желудочков средней и малой амплитуды.

Четвертая стадия – **атоническая** – представлена волнами фибрилляции желудочков очень низкой амплитуды и частоты.

Тактика

Доказано, что эффективность проведения СЛР у взрослых с ВСС прежде всего зависит от поддержания кровообращения (в первую очередь, перфузионного коронарного давления), а не дыхания, как считалось раньше, поэтому СЛР следует начинать не с искусственной вентиляции лёгких (ИВЛ), а с компрессий грудной клетки (8-10).

При проведении дефибрилляции в течение первой минуты выживаемость пациентов с первичной фибрилляцией желудочков составляет около 90%. Каждая последующая минута задержки нанесения электрического разряда снижает выживаемость на 7-10%, поэтому важно как можно раньше провести дефибрилляцию.

Всем пациентам, перенёвшим клиническую смерть на догоспитальном этапе, показана экстренная госпитализация. Транспортировка может проводиться при обязательном сохранении надёжного венозного доступа и обеспечении возможности проведения всех необходимых (включая дефибрилляцию и наружную чрескожную электрокардиостимуляцию) лечебных мероприятий. Необходимо предупредить персонал стационара о поступлении пациента, перенёвшего клиническую смерть.

Пациентов, перенёвших клиническую смерть, следует доставлять непосредственно в реанимационное отделение и обязательно непосредственно «из рук в руки» передавать дежурному реаниматологу.

Скорая медицинская помощь при ВСС
Реанимационные мероприятия при ВСС приняты подразделять на базовые и расширенные.

Базовая сердечно-лёгочная реанимация при внезапной сердечной смерти включает компрессии грудной клетки, ИВЛ и дефибрилляцию.

Один из электродов обычно устанавливают левее зоны проекции верхушечного толчка, второй – под правой ключицей или под левой лопаткой.

При наличии ИДК или электрокардиостимулятора электроды следует накладывать как можно дальше от имплантированных устройств, используя передне-заднее или передне-боковое положение.

Перед разрядом на рабочую поверхность электродов нужно нанести токопроводящий гель.

В рекомендациях по СЛР AHA (American Heart Association), ERC (European Research Council), ESC (European Society of Cardiology) как 2005 г., так и 2010 г. отмечается, что энергия первого разряда при дефибрилляции биполярными импульсами должна составлять от 120 до 200 Дж. При резистентности к электрическому воздействию необходимо быстро переходить к разрядам максимальной энергии. При применении дефибрилляторов с монополярной формой импульсов следует сразу использовать разряды максимальной энергии (360 Дж).

В момент нанесения разряда электроды следует с силой прижать к грудной клетке.

Техника безопасности при работе с дефибриллятором:

- в момент дефибрилляции необходимо

При проведении СЛР амиодарон вводят болюсом, первая доза амиодарона составляет 300 мг (6 мл 5%-ного раствора), вторая – 150 мг.

Для получения продолжительного эффекта амиодарон назначают внутривенно в дозе 900 мг в течение 24 часов.

Растворяют амиодарон в 5%-ной глюкозе. Основные нежелательные явления. Брадикардия, нарушения СА-, АВ- и реже, внутривенной проводимости, редко – двунаправленная желудочковая тахикардия или фибрилляция желудочков.

В случае резкой брадикардии, возникшей после введения амиодарона, показано назначение атропина. При отсутствии положительной реакции на внутривенное введение атропина может оказаться эффективным назначение амиофиллина. По показаниям – электрокардиостимуляция.

Атропин – антихолинергическое лекарственное средство.

При неотложных кардиологических состояниях атропин следует применять только по абсолютным жизненным показаниям: при выраженной брадикардии, вызывающей нарушения системного или регионарного кровообращения (артериальную гипотензию, ангинозную боль, острую неврологическую симптоматику) или частую желудочковую экстрасистолию (IIa, B).

При брадикардии, угрожающей жизни, внутривенно вводят 0,5–1 мг атропина. В случае недостаточного эффекта доза атро-

пина может быть увеличена до 0,04 мг/кг (в среднем до 3 мг).

Нежелательные явления. Могут отмечаться спутанность сознания, эйфория, головокружение, расстройство зрения и мочеиспускания, сухость во рту, тошнота, рвота. При внутривенном введении атропина больным, находящимся в тяжёлом состоянии, резко возрастает вероятность возникновения нежелательных явлений, опасных для жизни (желудочковая экстрасистолия, желудочковая тахикардия, фибрилляция желудочков, тяжёлая артериальная гипотензия, ангинозная боль), требующих экстренной медикаментозной коррекции.

Примечание. Атропин исключён из алгоритма сердечно-лёгочной реанимации при асистолии.

Показано, что у больных с острым инфарктом миокарда и АВ-блокадой II степени 2-го типа (дистальной) или III степени атропин малоэффективен и опасен.

Лидокаин – антиаритмический препарат I-b класса, блокатор быстрых натриевых каналов, снижает скорость начальной деполаризации клеток с быстрым электрическим ответом (мембраностабилизатор), укорачивает эффективный рефрактерный период. Показан при желудочковых тахикардиях и при резистентной к электрическому воздействию фибрилляции желудочков (IIb, B) **исключительно в случае отсутствия амиодарона.**

При фибрилляции желудочков, устойчивой к электрической дефибрилляции, в случае отсутствия амиодарона, лидокаин вводят внутривенно быстро в дозе 1 мг/кг (в среднем 80 мг, т.е. 4 мл 2%-ного раствора), после чего наносят электрический разряд максимальной энергии. При необходимости введение лидокаина в той же дозе и дефибрилляцию повторяют. Максимальная суммарная доза – 3 мг/кг (240 мг). У пожилых больных дозу лидокаина уменьшают на 30–50%.

Нежелательные явления: затруднение речи, нарушение сознания, судороги, асистолия; особенно часто возникают у пожилых больных при быстром внутривенном введении препарата.

Магния сульфат. При проведении СЛР магния сульфат не показан (III, A). Как основное лекарственное средство магния сульфат используют для подавления двунаправленной веретенообразной желудочковой тахикардии, при гипомagneмией (в частности, после применения диуретиков), удлинённом интервале Q–T (IIb, B).

Для подавления двунаправленной веретенообразной желудочковой тахикардии

магния сульфат вводят в дозе 2000 мг (8 мл 25%-ного раствора) внутривенно медленно. Нежелательные явления. Быстрое внутривенное введение магния сульфата чревато угнетением дыхания вплоть до его остановки. Антагонист магния сульфата – кальция хлорид.

Эпинефрин (адреналин) преимущественно стимулирует β_1 -адренорецепторы, меньше – β_2 – и ещё меньше – α -адренорецепторы.

Показан для проведения сердечно-лёгочной реанимации (IIb, A). При отсутствии или неэффективности других методов лечения может быть использован при брадикардии, угрожающей жизни и при кардиогенном шоке.

При проведении СЛР эпинефрин следует вводить по 1 мг внутривенно или внутрикостно. Высказывают мнение, что эффективность эпинефрина повышается, если его разводят в воде для инъекций.

Нежелательные явления. Наиболее опасны желудочковые аритмии и внутрисерпные кровоизлияния.

Пути введения лекарственных средств. Для введения лекарственных средств при СЛР оптимально наличие катетера в крупной периферической вене, подключённого к системе для капельного вливания. Если катетер в периферическую вену поставить не удаётся – используют наружную яремную вену.

Если быстро обеспечить надёжный доступ в вену невозможно, следует использовать внутрикостный доступ, который при наличии специального устройства легко выполнить.

Лекарственные препараты при проведении СЛР вводят толчком (болюсом).

Эндотрахеальный путь введения в настоящее время не используют, так как при его применении отмечена выраженная вариабельность действия лекарственных средств.

Алгоритм действий при ВСС, приведённый ниже, составлен с учётом рекомендаций Европейского общества кардиологов и Американской Ассоциации Сердца в последней (2010 г.) редакции (8-10).

Клинические рекомендации по оказанию скорой медицинской помощи при внезапной сердечной смерти

Диагностика. Отсутствие сознания и пульса на сонных артериях. Несколько позже – прекращение дыхания.

Основные направления дифференциальной диагностики. По данным ЭКГ в процессе проведения СЛР диагностируют:

- фибрилляцию желудочков;
- электрическую активность сердца без пульса;
- асистолию.

Неотложная помощь:

1. При фибрилляции желудочков и возможности проведения дефибрилляции в первые 3 минуты клинической смерти начинать с нанесения электрического разряда.

2. Начать проведение глубоких (5 см), частых (не менее 100 в минуту), непрерывных компрессий грудной клетки с соотношением продолжительности компрессии и декомпрессии 1 : 1.

3. Основным методом ИВЛ – масочный (соотношение компрессий и дыхания у

взрослых 30 : 2), обеспечить проходимость дыхательных путей (запрокинуть голову, выдвинуть вперёд нижнюю челюсть, ввести воздуховод).

4. Как можно раньше – дефибрилляция (при монофазной форме импульса все разряды с энергией 360 Дж, при бифазной форме импульса первый разряд с энергией 120–200 Дж, последующие – 200 Дж) – 2 минуты компрессий грудной клетки и ИВЛ – оценка результата;

– при сохраняющейся фибрилляции желудочков – третья дефибрилляция – 2 минуты компрессий грудной клетки и ИВЛ – оценка результата;

– при сохраняющейся фибрилляции желудочков – третья дефибрилляция – 2 минуты компрессий грудной клетки и ИВЛ – оценка результата;

5. При фибрилляции желудочков, ЭАБП или асистолии, не прерывая компрессий грудной клетки, катетеризировать крупную периферическую вену и ввести 1 мг эпинефрина (адреналина), продолжать инъекции эпинефрина в той же дозе каждые 3–5 минут до окончания СЛР.

6. При фибрилляции желудочков, не прерывая компрессий грудной клетки, болюсом ввести 300 мг амиодарона (кордарона) и провести четвертую дефибрилляцию – 2 минуты компрессий грудной клетки и ИВЛ – оценка результата.

7. При сохраняющейся фибрилляции желудочков, не прерывая компрессий грудной клетки, болюсом ввести 150 мг амиодарона и нанести пятый электрический разряд – 2 минуты компрессий грудной клетки и ИВЛ – оценка результата.

8. При желудочковой тахикардии без пульса порядок действий такой же.

9. Пациентам с веретенообразной желудочковой тахикардией и возможной гипомagneмией (например, после приёма диуретиков) показано внутривенное введение 2000 мг магния сульфата.

10. При асистолии или ЭАБП:

- выполнить п.п. 2, 3, 5;
- проверить правильность подключения и работу аппаратуры;
- попытаться определить и устранить причину асистолии или ЭАБП: гиповолемия – инфузионная терапия, гипоксия – гипервентиляция, ацидоз – гипервентиляция, (натрия гидрокарбонат при возможности контролировать КОС), напряжённый пневмоторакс – торакоцентез, тампонада сердца – перикардиоцентез, массивная ТЭЛА – тромболитическая терапия; учесть возможность наличия и коррекции гипер- или гипокалиемии, гипомagneмией, гипотермии, отравления; при асистолии – наружная чрескожная электрокардиостимуляция.

11. Мониторировать жизненно важные функции (кардиомонитор, пульсоксиметр, капнограф).

12. Госпитализировать после возможной стабилизации состояния; обеспечить проведение лечения (включая реанимационные мероприятия) во время транспортировки в полном объёме; предупредить персонал стационара; доставить пациента непосредственно в отделение реанимации и передать анестезиологу-реаниматологу.

13. Прекратить реанимационные мероприятия можно только в тех случаях, когда при использовании всех доступных методов отсутствуют признаки их эффективности в течение 30 минут. Следует иметь в виду, что начинать отсчёт времени необходимо не от начала проведения СЛР, а с того момента, когда она перестала быть эффективной, то есть через 30 минут полного отсутствия любой электрической активности сердца, полного отсутствия сознания и спонтанного дыхания.

Основные опасности и осложнения

- **При дефибрилляции:**
 - асистолия;
 - продолжающаяся или рецидивирующая фибрилляция желудочков;
 - ожог кожи.
- **При ИВЛ:**
 - переполнение желудка воздухом;
 - регургитация;
 - аспирация желудочного содержимого.
- **При интубации трахеи:**
 - ларинго- и бронхоспазм;
 - регургитация;
 - повреждение слизистых оболочек, зубов, пищевода.
- **При компрессиях грудной клетки:**
 - переломы ребёр, грудины;
 - повреждение лёгких;
 - пневмоторакс.
- Дыхательный и метаболический ацидоз.
- Гипоксическая кома.

Примечание. Начинать реанимационные мероприятия с прекардиального удара целесообразно только в самом начале (в первые 10 секунд) клинической смерти, при невозможности своевременного нанесения электрического разряда.

Лекарственные средства вводят в крупную периферическую вену.

При отсутствии доступа в вену использовать внутрикостный доступ.

Эндотрахеальный путь введения препаратов не используют.

При оформлении медицинской документации (карты вызова СМП, карты амбулаторного или стационарного больного и пр.) реанимационное пособие необходимо описывать подробно, с указанием точного времени выполнения каждой манипуляции и её результата.

Ошибки (13 типичных ошибок при проведении СЛР).

При осуществлении реанимационных мероприятий велика цена любых тактических или технических ошибок; наиболее типичными из них являются следующие:

1. Задержка с началом СЛР, потеря времени на второстепенные диагностические, организационные и лечебные процедуры.

2. Отсутствие единого руководителя, присутствие посторонних лиц.

3. Неправильная техника проведения компрессий грудной клетки, недостаточная (менее 100 в минуту) частота и недостаточная (менее 5 см) глубина компрессий.

4. Задержка начала проведения компрессий грудной клетки, начало проведения реанимационных мероприятий с ИВЛ.

5. Перерывы в компрессиях грудной клетки, превышающие 10 секунд, в связи с поиском венозного доступа, проведением ИВЛ, повторными попытками интубации трахеи, регистрацией ЭКГ или любыми другими причинами.

6. Неправильная техника ИВЛ: не обеспечены проходимость дыхательных путей, герметичность при вдувании воздуха (чаще всего маска неплотно прилегает к лицу пациента), продолжительное (более секунды) вдувание воздуха.

7. Перерывы во введении эпинефрина (адреналина), превышающие 5 минут.

8. Отсутствие постоянного контроля эффективности компрессий грудной клетки и ИВЛ.

9. Задержка с нанесением электрического разряда, неправильно выбранная энергия разряда (использование разрядов недостаточной энергии при устойчивой к лечению фибрилляции желудочков).

10. Несоблюдение рекомендованных соотношений между компрессиями и вдуванием воздуха – 30 : 2 при синхронной ИВЛ.

11. Применение лидокаина, а не амиодарона при фибрилляции желудочков, резистентной к электрическому разряду.

12. Преждевременное прекращение реанимационных мероприятий.

13. Ослабление контроля состояния пациента после восстановления кровообращения.

Международные классы и уровни доказанности для представленных методик и лекарственных средств, применяемых в протоколе проведения СЛР при ВСС

Начало СЛР при ВСС с компрессией грудной клетки – класс IIb.

Основная методика ИВЛ при ВСС – массочная – класс IIa.

Соотношение компрессий и вентиляции у взрослых – 30 : 2 – класс IIb.

Амиодарон – IIb, A.

Атропин при брадикадии – IIa, B.

Лидокаин – IIb, B

Эпинефрин – IIb, A

Оказание скорой медицинской помощи на госпитальном этапе в стационарном отделении скорой медицинской помощи (СтОСМП)

После проведения СЛР, пациентов следует доставлять непосредственно в отделение реанимации, минуя приёмное отделение или СтОСМП, и из рук в руки передавать врачу-анестезиологу-реаниматологу.

В ближайшем постреанимационном периоде в первую очередь необходимо сохранить надёжный венозный доступ, обеспечить постоянное кардиомониторное и визуальное наблюдение, а также готовность к повторному проведению реанимационных мероприятий в полном объёме.

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

Оказание скорой медицинской помощи при острой сердечной недостаточности

Клинические рекомендации (протоколы)

Код по МКБ-10	Нозологическая форма
I50	Сердечная недостаточность

Характеристика пациентов

Средний возраст больных, госпитализированных по поводу ОСН около 75 лет, более половины из них – женщины.

Обычные признаки – одышка и венозный застой, проявляющийся растяжением яремных вен и отёками. На момент поступления у 25% пациентов регистрируется повышенное АД (САД > 160 мм рт.ст.), менее 10% – в гипотензии, большинство принимают диуретики, 40% – ИАПФ, 10% – АРА II, 50% – бетаблокаторы, 20-30% – дигоксин. Анамнез ИБС присутствует у 60%, гипертензия – у 70%, диабет – у 40%, фибрилляция предсердий – у 30%, умеренная или тяжёлая дисфункция почек – у 20-30%.

Приблизительно 50% больных с ОСН имеют относительно сохранную систолическую функцию ЛЖ. Как правило, это люди более старшего возраста, преимущественно женщины. У них также в анамнезе чаще встречается гипертензия и предсердные аритмии, больше случаев тяжёлой гипертензии.

Госпитализации обычно вызваны застоем и перегрузкой жидкостью, а не низким сердечным выбросом. Застой, вследствие увеличения давления заполнения ЛЖ (гемодинамический застой) обычно ведёт к растяжению яремных вен, периферическим отёкам, и/или увеличению веса тела (клинический застой). Обычно он начинается за дни или даже недели до госпитализации, но возможно быстрое развитие, вплоть до бурного отёка лёгких.

Основными триггерными факторами, ведущими к госпитализации являются неконтролируемая гипертензия, ишемия, аритмии, ухудшение течения ХОБЛ (с присоединением пневмонии или без таковой), плохая приверженность терапии или диетическим рекомендациям.

У значительной части пациентов с впервые дебютировавшей ОСН выявляется ОКС.

Клиническая классификация.
Выделяют впервые возникающую (de novo) ОСН и ухудшение ХСН. В обеих группах наличие и выраженность поражения коронарных артерий может определять тактику ведения больного в начальном периоде, и в ходе госпитализации. Стартовая терапия базируется на клиническом профиле

на момент поступления в стационар. Из приблизительно 80% больных ОСН с ухудшением ХСН лишь у 5-10% отмечается тяжёлая запушенная прогрессирующая СН. Её характеризуют низкое АД, повреждение почек, и/или признаки и симптомы, рефрактерные к стандартному лечению.

Остальные 20% представляют впервые возникшую ОСН, которая впоследствии может быть подразделена на варианты с предсуществующим риском СН (гипертензия, ИБС) и без такового, а также – с отсутствием предшествующей дисфункции ЛЖ или структурной патологии сердца или с наличием органической кардиальной патологии (например, сниженной ФВ).

Важна оценка ОСН по классификации Killip

Killip I – отсутствие застойных хрипов в лёгких.

Killip II – застойные хрипы занимают менее 50% лёгочных полей.

Killip III – застойные хрипы занимают более 50% лёгочных полей (отёк лёгких).

Killip IV – кардиогенный шок.

(Окончание следует.)

– Игорь Евгеньевич, многим это покажется неожиданным: главный онколог самого богатого субъекта РФ вместо того, чтобы тихо радоваться своему превосходству, предлагает законодателям и Минздраву России при формировании общих правил учитывать объективные различия между регионами. Вы говорите именно о разнице в финансовом обеспечении медицины между столицей и остальными субъектами РФ, или в онкослужбе деньги не всё решают?

– В начале создания эффективной работающей онкологической службы лежит идея, затем строится концепция воплощения этой идеи с чётким планированием и определением приоритетов, а для реализации планов, безусловно, нужны финансы. Такова универсальная модель для любого бизнеса. Правда, в медицине есть ещё одно обязательное условие, а именно вовлечённость руководства региона в проблемы здравоохранения.

Особенностью Москвы является как раз то, что администрация города со всей серьёзностью воспринимает предложенное профессиональным медицинским сообществом обоснование того, как должна быть устроена правильная система оказания онкологической помощи. Собственно, это обоснование сгенерировано задолго до нас и успешно реализуется в мире: система должна быть централизованной, иметь необходимые материальные и интеллектуальные ресурсы, а пациенты должны находиться на контроле на каждом из этапов диагностики, лечения и диспансерного наблюдения и быть полностью обеспечены всеми видами онкологической помощи, которые прописаны в клинических рекомендациях. Казалось бы, всё просто и понятно, однако то, что очевидно для медиков, не всегда очевидно для чиновников.

Когда законодательная власть региона, губернатор, руководитель Минздрава вникают в суть задач онкослужбы и понимают их важность, под их решение выделяется оптимальный бюджет. Намеренно не использую слово «достаточный» применительно к бюджету, потому что денег в медицине никогда не бывает достаточно. Я не знаю ни одной страны, где онкологи говорили бы, что у них ни в чём нет нужды, всего довольны. Онкология – динамично развивающаяся область медицины за счёт появления высокотехнологичных методов хирургии, лучевой и особенно лекарственной терапии. Поэтому происходит адаптация онкослужбы под те финансовые возможности, которыми располагает страна или отдельный регион.

Далее, создать систему онкологической помощи ничуть не проще, чем получить необходимое финансирование. Организовать онкопомощь в регионах с численностью населения в 500 тыс. человек, 3 млн и 20 млн, как в Москве, – абсолютно разные задачи. Как правильно отстроить маршрутизацию онкологических пациентов, начиная с этапа диагностики до лечения, чтобы оказанная помощь была исключительно высокого уровня, при этом никого не «потерять» на маршруте и обеспечить всех до единого необходимым препаратами? Это требует очень непростых управленческих решений.

Возвращаясь к вашему вопросу, что первично для создания эффективной онкологической службы, я отвечаю так: идеи, деньги и грамотное управление.

– Условия у регионов разные, а конечные цели одинаковые, они сформулированы федеральным проектом «Борьба с онкологическими заболеваниями» – ранняя диагностика, доступность лечения, снижение смертности. По-вашему, какой опыт столичной онкослужбы мог бы быть полезен любому субъекту РФ вне зависимости от численности населения и возможностей бюджета?

– Полезен может быть любой опыт, и глобальный, и в мелочах.

Я вообще за то, чтобы все регионы как можно активнее тиражировали свои наработки. К примеру, если говорить о централизации онкологической помощи, то Москва училась этому у других регионов. В субъекте с численностью населения один миллион человек проще организовать централизованную службу, чем в столице, потому что там, как правило, одно-два лечебных учреждения концентрируют на себе всю высокотехнологичную помощь и остаётся только обеспечить проведение ранней диагностики рака. Правда, внутри этой группы регионов тоже возможны разные организационные решения в зависимости от того, компактная ли это территория с высокой плотностью населения, как любой

Дальше, как мне кажется, было бы правильно тиражировать наш опыт оплаты дорогостоящих препаратов для лечения онкологических заболеваний из фонда ОМС. Сначала в этом перечне были препараты для лечения шести нозологий, с 2022 г. их уже десять. Благодаря этому у нас оптимально решается задача по обеспечению пациентов дорогостоящими препаратами.

– Сопротивление со стороны фонда ОМС было сильным?

– А почему фонд должен оказывать сопротивление? Тем более, когда хорошо выстроены отношения между системами здравоохранения и ОМС. Коммуникации правят развитием чего угодно – человека, компании, региона. У нас очень хорошие коммуникации были

медицинских услугах по профилю «онкология» нельзя отрицать. Нам следует учитывать, какой объём диагностической, амбулаторной и стационарной помощи оказывают эти учреждения, чтобы планировать затраты на лекарственное обеспечение и лучевую терапию для их пациентов. Вот что имеется в виду под словом «централизация», если мы хотим иметь максимально точное представление о том, какое число онкобольных есть в регионе, и какие расходы на оказание им помощи требуются. Это – первое.

Второе: мы не говорим о юридическом объединении всех учреждений в единую онкослужбу, но все они объединены методологически. А методология представлена в виде национальных клинических

регионах есть прекрасно работающие онкодиспансеры, связанные с многопрофильными областными и городскими стационарами. На мой взгляд, иногда даже больше преимуществ имеет не онкоцентр, а просто многопрофильный стационар. В столичном регионе более 40% онкологических больных старше 70 лет, соответственно, в этой группе высокая коморбидность, и зачастую в многопрофильном стационаре намного проще организовать обследование такого сложного пациента, подготовку его к операции и послеоперационное сопровождение.

Одним словом, помощь онкологическим пациентам может быть оказана как в учреждениях онкологического профиля, так и в многопрофильных учреждениях. Вопрос в том, насколько соответствует многопрофильный стационар тем требованиям, которые предъявляются на сегодняшний день. Совершенно справедливо об этом говорилось во время «круглого стола» в Госдуме: очень плохо, когда в стационаре общелечебной сети оперируют онкологического больного, и там превагирует хирургическая тактика над всем остальным, не проводится онкологический консилиум, не назначаются правильные схемы химиотерапии. Если речь идёт об участии многопрофильных стационаров в оказании онкологической помощи по программе ОМС, там должны быть компетентные специалисты, которые занимаются целенаправленно тематикой онкологии, и там должен работать онкологический консилиум.

Таким образом, конечно, должна быть централизация онкопомощи, но с учётом исторически сложившейся в регионе ситуации. Здесь, мне кажется, не может быть догм. Главное – чтобы был высокий конечный результат лечения пациентов, снижение смертности от онкологических заболеваний.

– Онкологи рады тому, что растут расходы бюджета на обеспечение онкобольных современными препаратами, в том числе, для таргетной и иммунотерапии. Но остаётся открытым вопрос о доступности такой терапии для жителей сельских районов, которым сложно приехать за несколько десятков километров каждую неделю в ближайший ЦАОП на контроль к онкологу и за очередной дорогостоящей таблеткой. В Москве такой проблемы, разумеется, нет, и всё же интересно ваше мнение, есть ли решение у этой проблемы за пределами МКАД?

– У любой проблемы есть решение. Другое дело, каких усилий оно требует. Кстати, сказанное вами для меня тоже не теория, а практика. Мы вынуждены были во время пандемии поменять подходы к лекарственному обеспечению пациентов. Эпидемиологическая ситуация заставила ограничить контакты онкобольных с внешним миром, тогда в Москве начали выписывать рецепты на те препараты, в отношении которых это допустимо, на более долгий срок. При этом активнее стали использовать возможности телемедицины для проведения дистанционного контроля состояния пациента.

В отношении инфузионных курсов химиотерапии свои сложности, здесь перевести пациента на «удалёнку» невозможно. Человек обязательно должен быть и на короткий срок, но регулярно приезжать в ЦАОП или онкодиспансер. Однако, я думаю, и эта проблема может быть решена, например, за счёт строительства мини-гостиниц для данной категории пациентов или организации их доставки от места проживания к месту лечения с участием муниципалитета либо волонтеров. В конце концов, можно, взвесив все «за» и «против», подумать над тем, чтобы обучить сотрудников фельдшерско-акушерских пунктов проведению каких-то видов лекарственного лечения онкологических пациентов при условии телеконсультационной поддержки врачей из ЦАОП или регионального онкоцентра.

Конечно, организаторам здравоохранения в регионах виднее,

Авторитетное мнение

Условия разные, но цели одинаковые

Оптимальные решения в организации онкопомощи – задача регионов



Насколько эффективно работает отечественная онкологическая служба? Чтобы определить это, в конце января в Госдуме организовали «круглый стол» «Совершенствование законодательного, организационного и финансового обеспечения оказания онкологической помощи в РФ» («МГ» рассказывала об этом событии в № 6 от 16.02.2022). Уже из самой формулировки следует, что отечественная онкослужба просто не может не демонстрировать высокие показатели своей работы в условиях, когда всё вокруг неё совершенствуется.

На самом деле ситуация не столь отчаянная и весьма неоднозначная по территориям. Наверное, неслучайно организаторы предложили выступить с сообщениями главным онкологам всего трёх субъектов РФ, которые точно не испортят позитивную картину – Москвы, Республики Татарстан и Краснодарского края. Явно «отстающим» слово не предоставили. Между тем, вряд ли возможно говорить о некоем совершенствовании онкологической помощи (непонятно, уже достигнутом или только ещё планируемом), едином для всех 85 субъектов Российской Федерации, весьма различающихся по многим параметрам.

О том, как важно при принятии решений федерального уровня учитывать особенности территорий, и как полезно самим регионам обмениваться друг с другом опытом организации оказания онкологической помощи, на встрече в Госдуме сказал главный онколог Департамента здравоохранения Москвы, директор Московского клинического научно-практического центра им. А.С.Логина, член-корреспондент РАН Игорь ХАТЬКОВ. Продолжение разговора – в интервью профессора Хатькова «Медицинской газете».

субъект центральной части России, либо большая территория с низкой плотностью населения, как Якутия или Камчатский край. Как при таких неодинаковых исходных данных обеспечить одинаково высокую доступность онкопомощи?

В Москве доступность обеспечить легче, зато централизовать сложнее, учитывая не только большое количество, но и разный статус учреждений, которые имеют компетенции и опыт оказания онкологической помощи. Все их необходимо было встроить в единую онкологическую лечебно-диагностическую сеть.

Что можно взять из практики московской онкослужбы? Совершенно точно – внедрение информационной системы. Она позволяет видеть человека с момента появления у него подозрения на онкологическое заболевание и потом отслеживать все его шаги по лечебной сети, а также лекарственное обеспечение.

Далее, мы делаем тщательные расчёты, сколько нужно денег на обеспечение жителей региона онкологической помощью. Крайне важно, чтобы все организационные и финансовые решения в этой области медицины принимались на основании строгих математических выводов. Мы посчитали по разным злокачественным новообразованиям и по всем стадиям болезни какие варианты лекарственного лечения нужны, сколько нужно тех или иных препаратов, сколько эти препараты стоят, можно ли заменить какие-либо дорогостоящие препараты более дешёвыми аналогами при условии столь же высокой их эффективности, как оригиналов. При таком доказательном подходе гораздо больше шансов получить ожидаемую поддержку.

организованы ещё на начальном этапе, когда мы только определяли стратегию создания эффективной онкологической службы, для чего регулярно встречались представители врачебного сообщества, ФОМС, правительства города. Очень важно, что это происходит под личным контролем мэра Москвы Сергея Собянина. Погружённость администрации региона в тематику онкослужбы, её взаимосвязь с ФОМС и профессиональным медицинским сообществом дают хорошие результаты.

– Вы уже несколько раз произнесли слово «централизация». Если понимать его буквально, надо сосредоточить всю онкопомощь в стенах онкодиспансеров, а остальные учреждения попросить на выход. Но на деле и Москва, и некоторые другие регионы практикуют обратное.

– Выступая в Госдуме, я как раз хотел показать всю сложность организации оказания онкологической помощи и необходимость неоднозначных решений.

Вот пример Москвы: собственно в систему столичной онкослужбы включены шесть основных учреждений, подведомственных департаменту здравоохранения столицы, которые отобраны на основе анализа их технологической оснащённости и интеллектуальных ресурсов в соответствии с теми объёмами оказания онкологической помощи, которые необходимы городу. Но есть ещё много учреждений, которые по факту уже долгое время занимаются оказанием онкологической помощи. Это академические и университетские клиники, национальные медицинские центры, ведомственные и частные больницы. Их опыт и потребность в их

рекомендаций. Таково главное условие – любая клиника, которая оказывает помощь онкологическим больным, должна руководствоваться едиными для всех правилами, которые разработаны профессиональным сообществом и закреплены в НКР.

И, наконец, третье слагаемое централизации – выстраивание определённой, понятной и удобной для онкологических пациентов схемы маршрутизации. В этой схеме задействованы все тридцать с лишним медицинских организаций, оказывающих специализированную помощь, плюс ЦАОПы и городские поликлиники. Есть определённая конкурентность, которая обеспечивает право пациента на выбор лечебного учреждения, и мы это поддерживаем. Конкурентная среда – условие роста.

– Мы плавно подошли к приказу Минздрава России № 116н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению при онкологических заболеваниях», который наделал много шума. Он вроде бы разработан профессиональным сообществом, в то же время отвечает задаче не эффективной централизации онкопомощи, о которой вы говорите, а формальной: посторонних просят удалиться.

– Разумеется, в идеале лучшей формой организации оказания онкологической помощи является высокопоточный центр, где есть специалисты всех профилей, у которых максимальный опыт и наиболее высокие результаты. Но страна у нас настолько большая и разная по специфике регионов, что единой модели онкологической службы просто не может быть. В каких-то

и всё же, думаю, оптимальные решения в оказании онкопомощи жителям удалённых районов можно находить.

— А как вы относитесь к гипотезе, что лекарственная терапия рака вытеснит хирургию? Некоторые ваши коллеги даже видят в этом умысел: дескать, главным врачам не хочется портить показатели работы хирургическими осложнениями, поэтому проще перевести максимум больных на химиотерапию.

— Этого не произойдёт. За последний год уже дважды обсуждали в профессиональном сообществе тему меняющейся роли хирургии в онкологии. Она действительно меняется, и по многим направлениям мы видим, как минимизируются объёмы вмешательств при том или ином виде злокачественных новообразований в зависимости от локализации, стадии, степени агрессивности опухоли, в том числе, в связи с прогрессом лекарственного лечения. Где-то хирургическое лечение на самом деле становится неактуальным. Но где-то, наоборот, у хирургии появляются дополнительные возможности в связи с прогрессом противоопухолевой терапии. Много пациентов, которым даже при самых распространённых опухолях и запущенных стадиях именно на фоне стабилизации после «химио» мы можем, наконец, проводить хирургическое лечение, тогда как ещё 10 и даже 5 лет назад об этом даже речи не шло.

Малотравматичные операции всё активнее занимают свою нишу в онкохирургии. Колоректальная хирургия практически немислима без миниинвазивных технологий, особенно при начальных стадиях опухолей. Операции на желудке, дистальные резекции поджелудочной железы тоже всё чаще выполняются лапароскопически. В грудной хирургии в ряде клиник значительная доля онкологических операций выполняется торакоскопически. Поэтому преждевременно говорить о том, что лекарственная терапия заменит хирургию. Меняет её роль — да. Меняет объём как в сторону уменьшения в каких-то ситуациях, так и в сторону увеличения в каких-то ситуациях — тоже да. Но не отменяет.

— Игорь Евгеньевич, сам факт, что на площадке Госдумы собрали экспертов и со всех сторон обсудили ход реализации федерального проекта «Онкология» и реорганизацию онкологической службы страны — это хорошо. А чем должны завершаться подобные дискуссии в практическом смысле? Чего вы, как главный онколог региона, ожидаете от законодателей?

— Ещё раз сделаю акцент на том, что в нашей стране достаточно разнородные регионы. Поэтому, я думаю, было бы правильным направить с такого высокого уровня как Госдума, посыл к руководителям субъектов РФ с рекомендацией максимально глубоко погружаться в детали оказания медицинской помощи населению, в частности, онкологической. Тогда отрасль здравоохранения будет лучше развиваться.

Что касается территориальных систем онкопомощи, крайне важно учитывать специфику каждого региона. Нельзя одним федеральным приказом описать правила, одинаковые для всех субъектов РФ. И тот факт, что данная тема тоже оказалась в поле зрения парламентариев, внушает надежду. Мне вообще кажется, главное, чего мы ожидаем от подобных встреч на площадке Госдумы — это достижение взаимопонимания всех со всеми: законодателей, органов управления здравоохранением, финансовых структур и врачебного сообщества. Как бы банально это ни звучало, но именно более эффективные коммуникации и способность друг друга понять являются основой для системных решений как федерального, так и регионального уровней.

Елена БУШ,
обозреватель «МГ».

Перспективы

Управляя процессами старения

Лечение аритмии с помощью высокоэффективных малоинвазивных хирургических методов возможно даже в 90 лет!

В нашей стране широко известен Российский геронтологический научно-клинический центр Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И.Пирогова. Это поистине уникальное медицинское учреждение федерального значения, занимающееся разработкой и внедрением технологий управления процессами старения. В настоящее время центр реализует новый информационный проект для тех, кто заботится о себе и своих близких, учит, как не бояться старости. На специальном портале публикуются материалы о профилактике и лечении возраст-ассоциированных заболеваний, психологических особенностях преклонного возраста и возможностях социальной активности.

Помимо этого в арсенале центра немало современных перспективных разработок. Одна из них касается хирургического лечения аритмии.

«Своевременное лечение нарушений ритмов сердца важно в любом возрасте, тем более что примерно у 85% людей старше 65 лет наблюдаются те или иные изменения сердечного ритма», — заявляет хирург-аритмолог от-



деления хирургического лечения сложных нарушений ритма сердца и электрокардиостимуляции научно-клинического центра кандидат медицинских наук Игорь Майоров.

По его словам, возможности современной медицины позволяют проводить успешное хирургическое лечение нарушений ритма сердца даже пациентам 90 лет. Это не только значительно повышает качество жизни, но и снижает риски внезапной смерти.

— При брадиаритмии проводится имплантация различных видов устройств, стимулирующих сокращение сердечной мышцы. Например, в отделении хирургического лечения сложных нарушений ритма сердца и электрокардио-

стимуляции геронтологического научно-клинического центра мы устанавливаем современные двухкамерные частотно-адаптивные кардиостимуляторы, совместимые с МРТ. Это очень важно, так как люди преклонного возраста имеют высокий риск развития инсультов и компрессионных переломов на фоне остеопороза, при которых магнитно-резонансная томография необходима для точной диагностики поражения. Так, по статистике, 17% пациентов, которым имплантируются электрокардиостимуляторы, нуждаются в проведении МРТ в ближайший год, а 70% — в последующие 5 лет. Операция по имплантации малоинвазивная и проходит под местной анестезией. Пациент госпитализируется всего на три дня, после чего находится на амбулаторном наблюдении для мониторинга работы стимулятора, его дополнительной настройки и программирования. Срок службы такого электрокардиостимулятора составляет 7-10 лет.

При тахисистолических нарушениях ритма выполняется внутрисердечное электрофизиологическое исследование для определения локализации очага, который запускает аритмию. Под местной анестезией проводится пункция бедренных сосудов, под контролем рентгена в полость сердца вводятся электроды и записываются внутрисердечные

сигналы. После определения патологического очага выполняется радиочастотная абляция. Процедура для пациента безопасна и безболезненна. Срок госпитализации составляет 4 дня.

При более сложных нарушениях ритмов сердца, например, фибрилляции предсердий, внутрисердечное электрофизиологическое исследование с последующим выполнением радиочастотной абляции осуществляется в условиях навигационного картирования. В центре для этого создана специальная лаборатория, оборудованная навигационной системой Carto. Операция проводится под местной анестезией через бедренные сосуды под контролем рентгена, поиск очага аритмии происходит с помощью 3D-навигации. Система навигационного картирования позволяет более точно выполнять процедуру, а также минимизирует дозу рентгеновского облучения как пациента, так и врача. Например, в традиционной методике радиочастотной абляции время воздействия рентгеновского излучения составляет час, а в условиях навигации — всего 5-10 минут. Восстановление после такой операции также происходит достаточно быстро, — поясняет И.Майоров.

Александр МЕЩЕРСКИЙ.

Проблемы и решения

Омикрон был завезён в Россию из 69 стран. У него короткий инкубационный период, и пациент становится опасным за 1-2 дня до появления симптомов. По сути через сутки после встречи с омикроном человек уже источник инфекции для окружающих. Об этом напомнил на пресс-конференции «Омикрон и дети» заместитель директора Центрального НИИ эпидемиологии Роспотребнадзора, председатель Национального научного общества инфекционистов, член-корреспондент РАН Александр Горелов.

Штамм даёт клиническую симптоматику, сходную с острыми респираторными инфекциями. Примерно у 80% заболевание протекает под флагом ОРВИ, у 15% отмечается бессимптомная форма заболевания, у 5% регистрируется пневмония.

С приходом омикрона с его большей контактируемостью дети стали болеть чаще, поскольку к наивным (невакцинированным и непереболевшим) этот штамм «не равнодушен». По словам эксперта, наиболее подвержены заболеванию коронавирусом, конкретно штамму омикрон, дети до года, потому что у них идёт фаза активного становления адаптивного иммунитета, и подростки. Ещё в декабре американские специалисты показали, что детское население начало вовлекаться в инфекционный процесс в 15% случаев.

— На первом этапе мы отмечали рост заболеваемости у пациентов преимущественно до 5-летнего возраста. У них была характерная особенность — у каждого третьего ребёнка регистрировалась диарея, потому что входными воротами у детей является желудочно-кишечный тракт. У них АСЕ-рецепторы в 3 раза чаще представлены в кишечнике, чем в верхних и нижних дыхательных

Не «равнодушный» к детям штамм

путях. Тогда же было отмечено свойство, которое характерно сейчас и для взрослых: поражение бронхов и верхних дыхательных путей. К счастью, доля пневмоний уменьшилась, — сказал А.Горелов.

Дети — категория обширная, включающая лиц от 0 до 18 лет. Поэтому симптомы разнятся. У подростков с 10-12-летнего возраста они аналогичны взрослым. У детей раннего возраста отличаются: из-за большего наличия АСЕ-рецепторов в кишечнике и из-за особенностей анатомического строения бронхов — чаще всего возникают изменения в правой части лёгкого. По мере того, как формируется бронхиальное дерево, воздухоносные пути, пазухи, инфекция по течению всё больше похожа на таковую у взрослых.

У детей до года самое серьёзное осложнение — пневмония (что впрочем, применительно к любой вирусной инфекции: в большинстве стран мира летальность на дому обусловлена преимущественно недиагностированной пневмонией). Поэтому, по мнению А.Горелова, учащение числа дыхательных движений, раздувание крыльев носа, бледный носогубный треугольник — симптомы, на которые нужно обратить внимание. Помимо температуры, одышка — ключевой симптом. Кстати, температурная реакция может быть разной, у некоторых при пневмонии она не повышается.

Появилась ещё одна характерная особенность для детского возраста: из-за несовершенства

иммунного ответа у каждого третьего ребёнка, по данным НИИ гриппа им. А.А.Сморodinцева, отмечается сочетанная инфекция: коронавируса с другими респираторными вирусами. Это путает карты врачам.

— Процент тяжёлых форм, которые требуют госпитализации, во всём мире среди детей за последние недели увеличился, — подчеркнул эксперт.

Группами, уязвимыми по тяжёлому течению среди подрастающего поколения, являются дети с врождённой патологией, дети, имеющие иммунодефицит, дети с сопутствующими заболеваниями, например, диабетом.

Результаты метаанализов показывают, в 10-30% случаев встречается постковидный синдром, и он разный по проявлениям, последствиям и продолжительности. Появились данные, что симптомы могут сохраняться до 12 месяцев. Страдают прежде всего сосуды и сердце. Наиболее грозным в постковиде является мультисистемный воспалительный синдром, когда вдруг повышается температура до 38,5-39°C и поражается минимум 2 системы или 2 органа. Практически в 80% требуется госпитализация в отделение реанимации и интенсивной терапии.

— Первый случай мы описали в конце мая 2020 г. у детей, переболевших бессимптомными формами заболевания и не получивших противовирусную терапию, — сказал А.Горелов.

Манифестация мультисистемного синдрома не заметить невозможно: помимо стойкой ли-

хорадки, повышения температуры среди полного здоровья, у кого-то появляется диарея, у кого-то сердечная, либо лёгочная одышка, у кого-то конъюнктивит, склерит, изменения со стороны верхних дыхательных путей. Одним из проявлений постковида может быть сыпь и так называемые ковидные пальцы, напоминающие обморожение (гиперемия, отёчность концевых фаланг). Именно воспаление в концевых фалангах очень характерно для васкулитов.

Применительно к мультисистемному синдрому, напомнил эксперт, нужно проводить дифференциальную диагностику в отношении синдрома Кавасаки.

Кроме того, у детей с мультисистемным синдромом из-за того, что страдает желудочно-кишечный тракт, появляется симптоматика, имитирующая перитонит, что может направить доктора по ложному пути и привести к необоснованному хирургическому вмешательству. Поэтому очень важна дифференциальная диагностика с острой хирургической патологией.

Сейчас у врачей уже есть понимание, по каким лабораторным параметрам строить дифференциальную диагностику, какое дополнительное исследование нужно сделать. Например, для крупных городов стало нормой при симптомах острого живота проводить УЗИ органов брюшной полости, прежде чем выполнять даже экстренную операцию.

Валентина ЕВЛАНОВА,
корр. «МГ».

Башкирский государственный медицинский университет. В Дубае (ОАЭ) прошла международная выставка в области медицины и здравоохранения Arab Health-2022, крупнейшая на Ближнем Востоке и вторая по величине в мире в сфере медицинской и фармацевтической промышленности, в работе которой приняла участие делегация, возглавляемая проректором по инновационной и лечебной работе университета Анваром Бакировым.

В этом году большую часть экспозиции нашей страны представил Российский экспортный центр – 29 компаний с суммарной площадью экспозиций более 500 м². Ряд компаний и организаций приняли участие в выставке самостоятельно.

На выставке были представлены новейшие разработки в области лечения и диагностики заболеваний, ядерной и экологической безопасности, портативные и носимые медицинские изделия, медицинские стимуляторы на базе VR, AR технологий и другие инновационные продукты для медицинского образования.

Состоялась рабочая встреча с генеральным секретарём Арабской ассоциации урологов профессором Яссером Фарахатом по дальнейшему сотрудничеству во всех разделах медицинского образования и здравоохранения. При его активном участии прошли встречи и с представителями медицинских и общественных организаций по вопросу продвижения вуза на площадках Арабской Республики Египет, что имеет важное значение для университета, ведь более 800 студентов из этой страны проходят обучение по различным образовательным программам.

Осуществлено свыше 50 контактов и продуктивных бизнес-встреч с фармацевтическими фирмами и менеджерами из ОАЭ и Египта по поставкам для проведения презентации их продукции на Международном конгрессе LiveSurgery в урологии, который состоится в июне 2022 г. в Уфе.

Также были проведены встречи с представителями рекрутёрских фирм с обсуждением возможностей экспорта медицинских услуг клиники университета и недавно присоединённым к вузу Всероссийским центром глазной и пластической хирургии.

Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н.Бурденко. Студенты

В медицинских вузах страны

Сотрудничество — путь к взаимопониманию



Команда волонтеров Тихоокеанского ГМУ

лечебного и педиатрического факультетов, а также ординаторы вуза приняли активное участие в Международной студенческой конференции, организатором которой является Университет Земельвайса (Венгрия) – крупнейший медицинский университет Европы, отметивший в 2019 г. 250-летие со дня своего основания.

На церемонии открытия к участникам конференции с приветственным словом обратились ректор венгерского университета профессор Бела Меркели, президент Студенческой научной ассоциации вуза профессор Аттила Сийярто. Видео-приветствие направил ректор ВГМУ им. Н.Н.Бурденко профессор Игорь Есауленко.

Второй год подряд конференция проводится в онлайн формате. В этом году в связях с большим количеством участников работали 3 секции фундаментальных наук (Basic Sciences) и 4 секции клинических наук (Clinical Sciences).

В мероприятии обучающиеся университета принимали участие в четвёртый раз, традиционно продемонстрировав достойный уровень научных исследований и прекрасное владение иностранным языком. Жюри отметило высокий научный уровень проведённых исследований, актуальность представленных студентами университета им. Н.Н.Бурденко презентаций.

Ординатор кафедры онкологии Павел Андреев второй год подряд одержал победу и занял первое место на секции Basic Sciences.

Волгоградский государственный медицинский университет. Ректор университета Владимир Шкарин и профессор Джузепе Розано из Великобритании, представляющий Ассоциацию по сердечной недостаточности Европейского общества кардиологов – профессиональную организацию, занимающуюся вопросами профилактики, диагностики и лечения этой проблемы, в ходе видеоконференции обсудили перспективы сотрудничества в области подготовки специалистов по лечению пациентов с сердечной недостаточностью.

Образовательная деятельность – одно из основных направлений работы ассоциации, призванное повысить уровень знаний в области ведения больных с сердечной недостаточностью. В России сейчас идёт активная работа по открытию амбулаторных и стационарных отделений, кабинетов по ведению больных с сердечной недостаточностью. Потребность в углублённой подготовке врачей и медицинских сестёр по этому направлению носит острый характер.

В настоящее время число людей с сердечной недостаточностью в развитых странах составляет около 2% взрослого населения, и

с каждым годом таких людей, особенно в возрасте старше 70 лет, становится всё больше. В России распространённость сердечной недостаточности превышает европейские показатели в три раза.

«На данный момент, лечение пациентов с сердечной недостаточностью ограничивается специализированными центрами в Европе, и лишь немногие кардиологи обладают квалификацией для лечения более поздних стадий сердечной недостаточности», – отметил профессор Д.Розано.

Уже с сентября 2022 г. в Университете Святого Георгия, в Лондоне, планируется проводить подготовку магистров в области сердечной недостаточности. Обучение будет проходить в течение 1-2 лет и включать в себя 7 обязательных модулей. Обучение на магистра в области сердечной недостаточности в Лондонском университете Святого Георгия станет первой структурированной учебной программой в этой области в Европе.

Приглашение принять участие в проекте поступило в два российских университета: Волгоградский государственный медицинский университет и Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М.Сеченова.

В ходе видеоконференции В.Шкарин отметил, что в университете подготовкой врачей по направлению «сердечная недостаточность» занимаются кафедры кардиологии и внутренних болезней. Однако в настоящее время в России отсутствуют специальности «врач – специалист по сердечной недостаточности» и «медицинская сестра – специалист по сердечной недостаточности».

– Принципиально важной представляется синхронизация образовательных программ, которые предлагает Европейская ассоциация по сердечной недостаточности с образовательными программами в России. Уверен, наша сегодняшняя встреча станет началом серьёзной совместной работы, – отметил профессор.

Со своей стороны Д.Розано высоко оценил потенциал Волгоградского ГМУ.

– Меня особенно впечатлил Центр электронного медицинского образования вуза. Наша цель – в ближайшие два года сделать обучение по сердечной недостаточности адаптированным для всех врачей. Очень важно расширить границы обучения и создать ещё и центр по работе с сердечной недостаточностью с привлечением разных специалистов, вне зависимости от диплома», – добавил он.

Кубанский государственный медицинский университет. В операционном блоке учебно-производственного отдела университета проведены пилотные эксперименты по анализу влияния высокочастотного электромагнитного поля с использованием модернизированного прибора Био-Велл Элемент с высокоинформативным программным обеспечением на функциональную активность скелетных мышц лабораторных животных. Эксперименты проводились под руководством заведующего кафедрой фармакологии университета члена-корреспондента РАН Павла Галенко-Ярошевского.

Исследования позволили освоить методику проведения экспериментов по анализу свечения биологического объекта в высокочастотном электромагнитном поле. Результаты опытов показали высокую информативность апробированного метода. Методика позволит изучать влияние различных фармакологических средств на различные ткани организма лабораторных животных в режиме реального времени.

Тихоокеанский государственный медицинский университет. Во Владивостоке прошёл VII полумарафон HONOR VLADIVOSTOK ICE RUN 2022, традиционно собравший более тысячи участников из городов России, Китая, Японии, Монголии и других стран. Любители активного образа жизни испытали свои возможности, пробежав по замёрзшему морю 21,10 и 5 км.

За состоянием здоровья всех участников международного мероприятия бдительно следили более 20 волонтеров-медиков вуза, которые традиционно сопровождали ледовый полумарафон. Несмотря на морозную погоду, соревнование прошло без происшествий, доставив массу положительных эмоций и впечатлений всем участникам.

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

Конференции

Все центры России, которые работают в области детской онкологии и гематологии, теперь связаны едиными стандартизованными протоколами лечения, и это только часть работы по организации единого всероссийского уровня онкологической помощи для всех пациентов.

Об этом сказал член Комитета Государственной Думы РФ по охране здоровья, президент НМИЦ детской гематологии, онкологии и иммунологии им. Дмитрия Рогачёва академик РАН Александр Румянцев на пресс-конференции, которая состоялась накануне Международного дня детей, больных раком. Ведущие российские детские онкологи-гематологи рассказали о достижениях отечественной медицины, об инновационных научных разработках, о современных методах лечения опухолей центральной нервной системы у детей.

В этой области произошли истинные фундаментальные изменения, которые позволили на порядок улучшить результаты лечения пациентов. По словам А.Румянцева, сегодня более 80% детей с онкозаболеваниями выздоравливают, и это достижение страны.

С этого года заработали все 84 клинические рекомендации по онкологии, среди которых есть и разрабатываемые педиатрами, детскими гематологами, онкологами – НМИЦ им. Дмитрия Рогачёва контролируют

Единый всероссийский уровень для всех пациентов

эту работу. Государство выделяет достаточно средств, чтобы обеспечить протоколы в полной мере. «Мы сейчас трудимся над тем, чтобы те лечебные учреждения, в которых находятся наши дети, были оптимизированы и с точки зрения оборудования, реактивов, лабораторного оснащения, службы крови, тяжёлой техники, потому что без этого невозможно двигаться дальше», – сказал специалист.

Центр в течение многих лет определяет научные направления в области детской онкологии. Одно из значимых – развитие молекулярно-генетических методов диагностики, которые позволяют установить различия в течении заболеваний в зависимости от молекулярного дефекта. «Фенотипические заболевания протекают так, что можно поставить диагноз в соответствии с классификатором болезней, но при тщательном изучении генетики оказывается, что многие из заболеваний имеют разные причины, и терапия должна быть соответственно изменена. Это происходит повсеместно, орфанность приводит

к тому, что лечение должно быть персонализированным», – отметил А.Румянцев.

30 лет назад НМИЦ выступил инициатором создания кооперированной многоцентровой группы по лечению острого лимфобластного лейкоза. В эту группу протоколов, специально разрабатываемых в России, были привлечены коллеги из Армении, Белоруссии, Казахстана, Киргизии, Узбекистана. Важно, что такая кооперированная работа в полной мере продолжается и сегодня: центр проводит 15 кооперированных исследований по разным нозологическим формам.

Центр является пионером в области клеточной терапии, с гордостью отмечают его руководители. Сегодня в России ежегодно производится больше 750 трансплантаций костного мозга. Помимо Екатеринбурга, Москвы, Санкт-Петербурга, к этой работе присоединяются и вновь возводимые учреждения. Сдан в строй Центр детской онкологии, гематологии и хирургии в Татарстане, там вскоре заработает отделение трансплантации мозга,

казанские врачи обучаются у московских коллег. Недавно подобный центр открылся в Воронеже, а до 2024 г. будут построены ещё три: в Ростове-на-Дону, Краснодаре, Уфе. Все они высокотехнологичные, в подготовке их проектов, строительства принимали участие федеральные специалисты.

Расширяется и растёт и сам НМИЦ им. Дмитрия Рогачёва. Как отметил его главный врач Дмитрий Литвинов, строится новый корпус, и врачи связывают надежды с ростом числа коек, причём для самых востребованных направлений – это пациенты с опухолями ЦНС.

Будущее детской онкологии специалисты связывают с принятым государством решением о внедрении со следующего года неонатального скрининга врождённых ошибок иммунитета. По словам А.Румянцева, большую лепту в это решение внесли сотрудники возглавляемого им учреждения: «Более того, у нас была разработана методика определения секвенирования этих дефектов. Поэтому мы надеемся, что нам удастся серьёзным об-

разом профилировать целый ряд заболеваний, которые раньше мы диагностировали поздно. Мы знаем, что такая диагностика может позволить нам на этапе отсутствия клинических проявлений заболевания предупредить развитие целого ряда онкологических болезней».

Руководители отрасли стремятся к тому, чтобы обеспечить минимальное различие в уровне оказания медицинской помощи в регионах и в федеральном центре: ведётся работа по нивелированию этой разницы, обучение персонала, маршрутизации больных, имплементации новых методов исследований и лечения в регионах. Как говорит А.Румянцев: «Большой и серьёзной задачей будет организация одного всероссийского уровня для всех пациентов, живущих от Калининграда до Владивостока. Каждый ребёнок должен выздороветь – таков девиз, и мы стараемся его внедрить в работу наших субъектов РФ».

Римма ШЕВЧЕНКО,
корр. «МГ».

Исследования

Замороженный спайк

Белками, «присоединяющими» COVID, являются молекулы двух вариантов энзима-фермента ACE, конвертирующего ангиотензин, который, судя по его названию, регулирует кровяное давление (Angiotensin Converting Enzyme). Удивительно, но клетки сами с помощью своих мембранных ферментов как бы подготавливают вирус к «вторжению». Для этого ферменты частично расщепляют обращённую в сторону клеточной мембраны спайковую молекулу, в результате чего высвобождается участок связывания с ACE (RBD – Receptor Binding Domain).

Вакцины, независимо, аденовирусные или РНКовые, призваны стимулировать выработку В-лимфоцитами защитных белковых антител, которые препятствуют контактам RBD с ACE. Но сначала появился «вариант беспокойства» (VOC – Variant Of Concern) иммунологов и врачей дельта, а в самом конце года омикрон, который до сих пор вызывает много вопросов у специалистов и споров у властей разных стран. Лишь накануне Рождества в Nature появилась статья, полученная из Пекинского университета, в которой утверждалось, что омикрон (B.1.1) избегает большинство ныне существующих и известных иммунологам антител благодаря имеющимся у него 15 мутациям с заменой аминокислот в RBD. Интересно, что три из наиболее значимых усиливают интерфейс RBD-ACE, а четвёртая его как раз ослабляет. Китайские учёные сделали такой вывод после определения escaping профилей 247 анти-RBD антител человека.

Существенный вклад в решение омикронной проблемы внесли крио-электронные микроскописты Университета Британской Колумбии в Ванкувере (Канада). Крио-электронный микроскоп как известно имеет 2-3 ангстремное

разрешение, что позволяет увидеть чуть ли не отдельные атомы белка. Они определили, что прочность связывания RBD с ACE определяется замыканием солевых мостиков (аналогичные двусерные – дисульфидные – мостики удерживают вместе две цепи инсулина). Канадцы определили характер мутации, ослабляющей силу вирус-клеточного интерфейса, которая по сравнению с дельта привела к замене аминокислоты лизина в 417 положении от начала белковой цепи на аспарагин (K417N). Для оценки афинности-«сродства» мутантного RBD омикрона авторы провели оценку профилей с помощью псевдовирусов и пришли к выводу, что наибольший «уход» наблюдается у невакцинированных. У людей же, получивших двойную дозу вакцины, антитела довольно успешно «справляются» с омикроном (уход у переболевших омикроном по сравнению с вакцинированными 8 : 3). Получившие такие данные учёные даже не упоминают о необходимости вакцинироваться против самых разных VOC ковида.

Не забывают вирусологи и о вирусе, столетие назад свирепствовавший во всём мире под названием «испанка». Век безуспешных попыток создать универсальную вакцину против вирусов гриппа, по мнению специалистов Чикагского университета, увенчались многообещающим успехом в виде создания вакцины против «консервативного» ядра вирусного гемагглютинаина (HA). До сих пор все усилия создателей вакцин были направлены на получение антител против головки HA, аминокислотный состав которой быстро меняется, что требует вакцинирования каждый год. Молекула HA представляет собой грибообразную структуру, головка которой удерживается на ножке-stalk. Некоторое время тому назад были впервые получены антитела именно против

этого участка, но попытка была не совсем удачной.

Якорь, о котором пишут исследователи, представляет собой концевой участок ножки HA, с помощью которого его молекула «заякорена» в вирусной оболочке. Следует сказать, что вирус получает её по выходе из убитой им клетки, «облачаясь» в клеточную фосфолипидную мембрану, не «блещущую» химическим разнообразием («хвосты» жирных кислот и остаток фосфорной кислоты H3PO4). Эта бедность состава определяет стойкость аминокислот, которым не приходится «подстраиваться» к меняющейся среде. Благодаря этому были впервые получены антитела, надёжно действующие против широкого спектра гриппозных вирусов, сама работа проведена на гонконгском варианте 1968 г. Об уровне работы говорит тот факт, что авторы «перебрали» свойства 358 антител, полученных у 21 человека, 50 из которых имели высокую активность против HA-якоря. Усилителем действия вакцины служит водно-масляная эмульсия.

Под конец сходное сообщение появилось всё в том же Nature о получении одной из биотехнологических компаний в швейцарском городе Беллинцоне вакцины широкого действия против... омикрона! Её специалистам пришлось проверить 29 антител, из которых лишь часть были действенны против нового варианта вируса (одно из них назвали стротривимаб). Были проверены также В-лимфоциты, часть из разнообразия которых синтезируют различные антитела, в то время как другие выполняют функцию хранилищ иммунологической памяти. В случае с вакциной против гриппозного HA-якоря именно они активируются масляно-водным адьювантом. Теперь, надо думать, следует ждать быстрее проведения клинических испытаний новых вакцинных продуктов, обещающих, если верить их создателям, избавление от двух вирусных напастей. Но те же принципы могут быть заложены и при разработке противораковых вакцин...

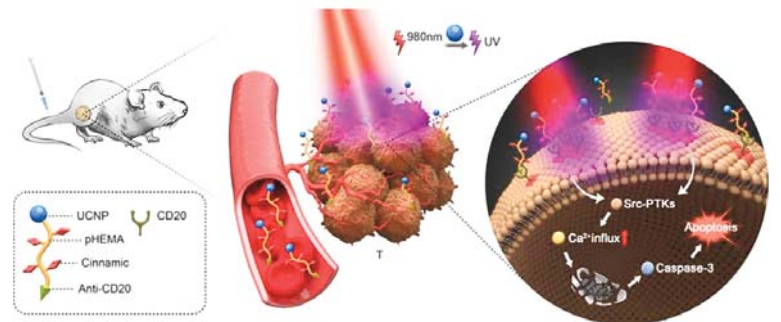
Взгляд

Приложение Science опубликовало статью голландских и китайских онкологов, предложивших использовать для борьбы с опухолями нейтрофилы. Они представляют собой первую линию иммунной обороны, продуцируя внеклеточные экзосомы-«тельца». Содержимое последних «заставляет» клетки включать программу апоптоза, или запрограммированной смерти. Нейтрофилы можно использовать с липосомами, содержащими доксорубин, который рвёт цепи ДНК и тем самым нарушает митоз.

Оправданы ли ожидания?

По мнению учёных, микроорганизм, вызывающий воспаление, язвы и опухоли, является «канцерогеном первого порядка». Японские учёные из Университета Кюсю частично раскрыли механизм воспаления в толстой кишке (колит), вызываемый избытком на поверхности клеток белкового рецептора (нечто подобное видят и при опухолях молочной железы).

номики, учёные выделили из клеток саркомы мутантный протеин, который назвали «сарк» (Src). Он оказался ферментом, стимулирующим «омоложение» взрослых и стареющих клеток, блокируя протеин с массой 53000 (p53), который называют «стражем генома» (GG – Genome Guardian). У людей с острой В-клеточной лимфомой (ALL – Acute Lymphoblastic



Конвертирующие наночастицы (CNP) на конце HEMA-«веточки» с листочками циннамата и анти-CD20 добавкой внизу; освещение инфракрасным лазером 980 нм конвертируется в ультрафиолет, который активирует белок Src, увеличивающий поступление кальция в митохондрии, фермент каспаза которой вызывает запрограммированную смерть клетки

Интересно, что для ограничения колита рецептор электрофильно «убирается» – интернализуется – в цитоплазму, но это возможно при наличии в 220-м положении от начала его цепи аминокислоты цистеина (Cys). Если он замещён на другую неэлектрофильную аминокислоту, то интернализация не происходит и развивается воспаление.

Колит с последующей трансформацией клеток может вызывать генотоксическую кишечную палочку E.coli, выделяющую колибактин, приводящий к повреждению ДНК. Это установили в Институте инфекционной биологии в Берлине. Обитает в толстой кишке человека и клостридий, вызывающий столбняк и ботулизм. Он также вырабатывает вирулентный токсин, вызывающий воспаление, который связывается с одним из белковых рецепторов клеток эпителия, тем самым нарушая их гомеостаз, что может вести к клеточным изменениям. В то же время, как считают в Колумбийском университете (США), бактерии можно запрограммировать на борьбу с опухолями, но пока это только эксперименты.

Более 100 лет назад молодой П.Раус, сотрудник тогда ещё Рокфеллеровского института в Нью-Йорке, выделил «фильтрующий вирус» саркомы кур, проходивший сквозь поры фарфорового фильтра, задерживавшего все известные микроорганизмы. Через 55 лет ему за это открытие дали Нобелевскую премию 1966 г. На заре 80-х годов, когда только закладывались основы будущей ге-

Leukemia) выявляется дефицит p53. Опухоли развиваются и у мышей с выключенным геном протеина. Сотрудники университета в китайском городе Лишу показали, что лимфоцитные клетки имеют на своей поверхности много рецепторов CD20, называемым ещё В-клеточным антигеном, который необходим для клеточного деления.

Авторы создали «конвертирующие» наночастицы (UCNP), к которым подцепили хвосты HEMA (Гидрокси-ЭтилМетАкрилата) с остатками коричной (cinnamate) кислоты и «добавкой» против CD20 на их концах. Освещение инфракрасным лазером с длиной волны 980 нанометров, луч которого проникает глубоко в ткани, ведёт к конверсии света в губительный для опухолевых клеток ультрафиолет, что показало у мышей практическое отсутствие побочных эффектов в силу отсутствия химического воздействия на клетки. Японские учёные из Научно-технического института вместо лазера использовали звук и гамма-облучение, воздействуя этой комбинацией излучений на жидко-металлические наночастицы (LM – Liquid Metal), «одетые» в оболочку из биомолекул, скреплённых путём нагревания. Последнее возникает после звукового воздействия на LM, образующихся под действием гамма-лучей. У мышей также не было выявлено токсических последствий физического «лечения» (AMT). Теперь надо ждать адаптации этих двух «безлекарственных» – drug-free – подходов к лечению опухолей.

В клиниках и лабораториях

Кишечник «атакует» мозг

Не так давно мир стал свидетелем «развязывания» биологической войны против английских коров, пострадавших от неправильно сложенных цепей протеинов – нейронов, не расщепляемых ферментами протеазами, – поступивших из кишечника в мозг.

Нейротоксические прионы вызвали гибель мозговых нейронов, в результате чего развилась спонгиозная энцефалопатия (губчатый мозг). В последнее десятилетие о «связи» кишечника с мозгом стали писать весьма активно. Особое внимание при этом уделяется скртытому в глубине височной и теменной долей островку, нервные клетки которого возбуждаются при наличии периферического воспаления, постоянно контактируя с иммунной системой.

Отвечает за возбуждение инсулярных нейронов ген Fos (Feline osteosarcoma), мутации которого были поначалу выделены из клеток саркомы кошек. Оно возникало у мышей с кишечным воспалением, вызванным действием сульфат-натриевого декстрана (DSS), и перитонитом после применения зимозана (Zymosan), продукта энзимного переваривания. Авторы назвали взаимодействие органов брюшной полости и черепной коробки хемогенной реактивацией. Она, как считается, показывает, что воспаление кишечника ведёт к сохранению и извлечению в мозгу памяти об иммунном ответе, вызываемом действием DSS, который увеличивает «текучесть»-leak мембран эпителиальных клеток после активации нейронов островка.

Подавление которой ведёт к уменьшению кишечного воспаления.

Сигналы нервных клеток «рзносятся» в организме по их отросткам, называемым аксонами, форма и функция которых поддерживается таким протеином как нейрофиламент Nfl (нервная «нить»-волокно), которого много в миелинизированных волокнах. Его белок, как и другие протеины, могут менять своё «складывание»-fold, после чего обретают свойства токсичных прионов, амилоида-альфа и тау-белка (обнаруживаемые при болезнях Альцгеймера и Паркинсона). Ещё в 2019 г. приложение Nature писало о том, что Nfl изменённой формы обнаруживается в крови и спинно-мозговой жидкости за годы до появления первых симптомов этих нейродегенеративных заболеваний. Несколько иной взгляд на возникновение того же рассеянного склероза (РС) Гарвардский университет высказал в Science, отличающийся от общепринятого (Scientist). Сотрудники университета проверили более 10 млн образцов крови, при этом почти у 1000 (955) из сдавших её в течение многих лет развился РС. Современные методы вирусной диагностики показали, что риск возникновения РС у заражённых герпесвирусом Эпштейна – Барр (EB) в 32 раза выше. Можно напомнить, что вирусы герпеса нейротропны, то есть атакуют нейроны и их окончания, сохраняясь в них в течение жизни. Надо признать, что не все согласились с гарвардцами относительно EBV, который в Европе вызывает мононуклеоз у детей, в Юго-Восточной Азии – опухоли носовой полости (назофаринге-

альные), а в Африке – лимфому Беркитта. Можно также напомнить, что РС считается аутоиммунным заболеванием, по ходу которого собственные Т-лимфоциты атакуют миелиновые оболочки нервных отростков (нечто подобное мы видим при диабете 1-го типа).

Выше говорилось о разных мутациях, ведущих к болезням. Однако сотрудники Орегонского университета считают, что по крайней мере у дрожжей (S.cerevisiae) свойства дочерним клеткам передаются не самими генами, а их химически модифицированными формами. Речь идёт о ставшей в последнее время известной эпигенетике, по ходу которой к ДНК добавляются метильные группы –СНз (без изменения самих ген-текстов), что может менять генетическую активность. У дрожжей после изменения состояния энзима Pns – псевдоуридин-синтазы, принимающей разные 3D-формы, – дочерние клетки растут быстрее или медленнее. При этом быстрое созревание уменьшает продолжительность жизни дрожжей eLife, Scientist). Интересно, что ген фермента имеется у бактерий и млекопитающих, являясь эволюционно консервативным. Его протеин действует в паре с цинковым регулятором клеточного гомеостаза. Сотрудники университета в египетском городе Минья отметили при обследовании 40 детей, что нехватка цинка ведёт к задержке пубертата у детей возрастом 9-10 лет. Статья египетских педиатров называется «Цинковый статус и половое созревание у детей». С другой стороны, его избыток ведёт к раннему созреванию мальчиков, начиная уже с восьми лет.

Игорь ЛАЛЯНЦ,
кандидат биологических наук.
По материалам Applied Materials Today, Nature Communications, Nature Medicine, Science, Science Advances, Science Signaling, Cell, eLife, Scientist, Systematic Reviews in Pharmacy.

Осторожно!

Полиовирус из Пакистана перекинулся в Африку

Чиновники здравоохранения надеются быстро подавить вспышку

Дикий полиовирус совершил скачок из Пакистана на африканский континент, где он парализовал 3-летнюю девочку в Малави – первый случай дикого полиомиелита в стране с 1992 г.

Этот случай, о котором 17 февраля объявило правительство Малави, является очередной неудачей в глобальной кампании по ликвидации полиомиелита раз и навсегда. Но Глобальная инициатива по ликвидации полиомиелита (ГИЛП) надеется, что сможет ограничить ущерб, быстро остановив вспышку.

Пакистан и Афганистан – последние две страны, эндемичные по дикому вирусу, а это означает, что циркуляция там никогда не прекращалась. Иногда вирус выходит из этих укромных резервуаров. Последний «экспорт» из региона был в 2013 г., когда вирус из Пакистана вызвал вспышку в Сирии.

Африка борется с крупными вспышками полиомиелита вакцинного происхождения, которые происходят в районах с низким уровнем иммунизации, когда живой, но аттенуированный вирус в пероральной вакцине против полиомиелита реверсирует и восстанавливает свою способность парализовать и распространяться. Но последний известный случай



дикого полиомиелита на континенте произошёл в 2016 г. в штате Борно в Нигерии, а Африка была официально признана свободной от дикого полиовируса в августе 2020 г.

Поскольку полиомиелит распространяется быстро и «бесшумно» – примерно один из 200 инфицированных детей становится парализованным, – даже единичное обнаружение вируса считается вспышкой. Но ГИЛП имеет опыт быстрого подавления этих завоз-

ных вспышек с помощью быстрых кампаний вакцинации; цель состоит в том, чтобы остановить их в течение 6 месяцев, прежде чем вирус укоренится.

Девушка, проживающая в столице Малави, Лилонгве, была парализована 19 ноября 2021 г. Благодаря анализу последовательности её полиовируса Центры США по контролю и профилактике заболеваний США (CDC) и региональная справочная лаборатория в Южной Африке только что подтвердили,

что она была заражена родственником полиовируса дикого типа 1, который циркулировал в провинции Синд в Пакистане в октябре 2019 г. Новый случай означает, что с тех пор вирус оставался незамеченным.

Аналитики ГИЛП пока не знают, когда вирус прибыл в Малави и как далеко он мог распространиться. Качество эпиднадзора за полиомиелитом в Малави ухудшилось во время пандемии COVID-19. ГИЛП также оценивает риск распространения в другие страны, потому что население активно перемещается из Малави в Мозамбик, Замбию и Танзанию. И это выяснение стратегии вакцинации – какую вакцину использовать и как широко.

Хотя Малави в настоящее время считается страной, поражённой диким полиомиелитом, африканский континент по-прежнему будет считаться свободным от дикого полиовируса, если только он не будет циркулировать в течение 12 месяцев или более.

Этот случай снова показывает, что «полиомиелит в любом месте представляет угрозу для детей повсюду», – говорит Джон Вертефёй, специалист по полиомиелиту CDC. «Один парализованный ребёнок – это слишком много, и это трагедия для девочки и её семьи», – добавляет Эйдан О’Лири, директор ГИЛП, базирующейся в штаб-квартире Всемирной организации здравоохранения в Женеве. «Это просто подчёркивает важность первоочередного внимания мероприятиям по иммунизации повсюду, придавая особое значение прекращению передачи полиомиелита в Пакистане и Афганистане».

Ракурс

Лучшее время для занятий спортом

Для максимального ускорения метаболизма и снижения показателей сахара в ночное время специалисты австралийского католического университета советуют посещать спортзал поздним вечером. В рамках исследования учёные проанализировали обменные процессы у 24 мужчин с лишним весом, повышенным риском развития сахарного диабета 2-го типа и потреблявших жирные продукты.

Оказалось, утренние и вечерние тренировки улучшали состояние кардио-респираторной системы, а занятия поздним вечером снижали уровень глюкозы в течение ночи. В рамках исследования добровольцев разбили на группы, в зависимости от времени тренировок – утро, вечер или отсутствие занятий (контрольная группа).

Вне зависимости от времени суток, тренировки улучшали состояние кардио-респираторной системы. Но, с точки зрения снижения сахара ночью, идеально работали поздние тренировки. По мнению учёных, это важное открытие для лиц с сахарным диабетом 2-го типа, ведь они часто страдают от скачков сахара именно ночью.

Выводы

ВОЗ и ЮНИСЕФ подготовили новый доклад «Как маркетинг молочных смесей влияет на наши решения о питании грудных детей», где говорится о спекулятивных методах 55-миллиардной индустрии молочных смесей, наносящей вред питанию детей и нарушающей международные обязательства.

Более половины (51%) родителей и беременных женщин, опрошенных в ходе подготовки нового доклада ВОЗ и ЮНИСЕФ, сообщают, что были адресатами маркетинговых действий производителей молочных смесей, нередко в нарушение международных стандартов по вопросам кормления детей грудного возраста. Доклад подготовлен по итогам интервью с родителями, беременными женщинами и медицинскими работниками в 8 странах. В нём разоблачаются неэтичные маркетинговые стратегии, систематически применяемые гигантской 55-миллиардной индустрией молочных смесей для того, чтобы повлиять на решения родителей о выборе питания для младенцев.

Это первое в своём роде систематическое межрегиональное исследование в этой области проведено по заказу ВОЗ в Бангладеш, Мексике, Марокко, Нигерии, Южной Африке, Великобритании и Вьетнаме и по заказу ЮНИСЕФ в Китае; подготовка и организация опросов на местах обеспечивалась специализированным исследовательским подразделением компании M&C Saatchi.

По каждой стране был проведён комплексный анализ данных, позволяющих оценить объём и динамику маркетинговых мероприятий по продвижению молочных смесей и составить представление о различных типах рекламной информации, её носителях, содержании и формах распространения. Для проведения исследования в каждой стране были получены разрешения соответствующих комитетов по этике. В процессе исследования наряду с опросами родителей,

Агрессивный маркетинг молочных смесей

медицинских работников и фокус-групп был проведён ряд углублённых интервью с руководителями маркетинговых структур в Китае, что позволило подробно отследить меняющуюся тактику работы производителей молочных смесей на одном из важнейших формирующихся рынков.

Существует только два вида продукции, в отношении которых приняты международные рекомендации о запрете их продвижения на рынке, – это молочные смеси и табачные изделия; в случае молочных смесей такой запрет рекомендован в Международном своде правил по сбыту заменителей грудного молока. Исследование проводилось при финансовой поддержке Фонда Билла и Мелинды Гейтс.

Авторы доклада описывают такие распространённые в индустрии маркетинговые приёмы, как нерегулируемое размещение навязчивой адресной рекламы в онлайн-пространстве; спонсорство консультативных сетей и телефонных служб поддержки; проведение рекламных акций и раздача подарков; а также различные методы влияния на подготовку медицинских работников и на выдаваемые ими рекомендации. Получаемая родителями и медиками информация нередко является заведомо ложной, не имеет научного подтверждения и нарушает Международный свод правил сбыта заменителей грудного молока – историческое соглашение в области охраны здоровья, принятое Всемирной ассамблеей здравоохранения в 1981 г. для защиты матерей от агрессивных методов продвижения продукции производителями детского питания.

«В докладе предельно чётко показано, что маркетинг молочных смесей всё ещё ведётся повсеместно, недобросовестно и агрессивно, – отметил Генеральный директор ВОЗ Тедрос Гебрейесус. – Для защиты здоровья детей необходимо срочно принять нор-

мативные документы, ограничивающие спекулятивный маркетинг, и контролировать их соблюдение».

По данным доклада, при подготовке которого было опрошено 8,5 тыс. родителей и беременных женщин и 300 работников здравоохранения в Бангладеш, Китае, Мексике, Марокко, Нигерии, Южной Африке, Великобритании и Вьетнаме, маркетинг молочных смесей охватывает 84% всех опрошенных женщин в Великобритании, 92% опрошенных во Вьетнаме и 97% опрошенных в Китае, повышая вероятность выбора ими искусственного вскармливания.

«Распространение ложных и вводящих в заблуждение утверждений о пользе питания смесями – серьёзная угроза грудному вскармливанию, которое, как мы знаем, является наилучшим вариантом для грудных детей и матерей, – заявила исполнительный директор ЮНИСЕФ Кэтрин Рассел. – Нам требуются эффективные меры политики, законодательства и ресурсы в поддержку грудного вскармливания, позволяющие защитить женщин от неэтичных методов продвижения продукции и обеспечить их необходимой информацией и поддержкой по вопросам ухода за младшими членами семьи».

Многие женщины во всех странах, где проводился опрос, высказывали желание, чтобы их ребёнок получал исключительно грудное вскармливание; их доля варьировалась от 49% в Марокко до 98% в Бангладеш. Однако, как подробно описывается в докладе, непрерывный поток недостоверных рекламных сообщений подпитывает ложные представления о грудном вскармливании и свойствах грудного молока, вселяя в женщин неуверенность по поводу их способности успешно кормить младенца грудью. В числе мифов можно назвать представления о том, что ребёнок нуждается в молочных смесях в

первые два дня после рождения, что для его питания недостаточно грудного молока, что те или иные компоненты молочных смесей, по имеющимся данным, способствуют развитию и формированию иммунитета малыша, что смеси позволяют увеличить интервал между кормлениями, а качество грудного молока со временем снижается.

Прикладывание к груди в первый час после рождения, последующее исключительно грудное вскармливание в течение шести месяцев и продолжение кормления грудью до двух лет и старше формирует мощную защиту от всех форм неполноценного питания детей, в том числе от истощения и ожирения. Грудное молоко также служит младенцу первой вакциной, защищая его от целого ряда распространённых детских болезней. Кроме того, у кормящих грудью женщин снижается риск дальнейшего развития диабета, ожирения и некоторых видов рака. Однако во всём мире только 44% младенцев в возрасте до 6 месяцев получают исключительно грудное вскармливание. За последние десятилетия распространённость грудного вскармливания увеличилась очень незначительно, а продажи молочных смесей примерно за этот же период выросли более чем вдвое.

Авторы доклада с тревогой отмечают, что большое число работников здравоохранения во всех странах сталкивались с попытками индустрии молочных смесей влиять на их рекомендации недавно родившим женщинам путём раздачи подарков и бесплатных образцов продукции, финансированием исследований, оплатой участия в мероприятиях, встречах и конференциях и даже комиссиями с продаж, с тем

Подготовил Инга КАТАРИНА.
По материалам MEDdaily, Science.

«Что такое идея загробной жизни и бессмертия души, как не страшный протест против краткости жизни? Никогда человечество не мирилось с этой звериной долей. С ней нельзя мириться, она слишком несправедлива! Человек не черепаха и не ворон, ему нужно больше времени».

Средство Макропулоса

Вместе с Францем Кафкой и Ярославом Гашеком Карел Чапек входит в тройку титанов чешской литературы XX века. Он всегда пытался сделать так, чтобы его читатели уловили хотя бы немножечко волшебства в дебрях серых будней...

Слава К. Чапека и сопутствующие ей блага были такими, какие упомянутым собратом по перу и не снились. Он был позитивнее и удачливее коллег, будучи полифоничным, экстраординарным и более открытым магии познания. Его жизнь, хроническая инвалидизирующая болезнь и ранняя смерть полны тайн, загадок, легенд и различных предположений. Имеются данные о том, что писатель страдал костным туберкулезом, и в то же время существуют достоверные версии о тяжелой скарлатине и развившейся впоследствии болезни Бехтерева. Чтобы оградить младшего сына от тягот, мама всячески его оберегала и даже не хотела, чтобы он связывал себя брачными узами, поскольку это было очень хлопотно. Карел не мог на протяжении полутора десятков лет зарегистрировать брак с горячей любимой Ольгой Шайнпфлюговой. Чапек рано начал публиковаться в прессе – с 14 лет. В расцвете творчества стал номинантом на Нобелевскую премию (таких номинаций было семь – с 1932 по 1938 г.), а ещё основал и стал первым председателем Чехословацкого ПЕН-клуба (1925-1933), а также членом комитета Лиги Наций по литературе и искусству. Был на короткое с европейской интеллектуальной элитой в золотую пору чешской государственности между двумя мировыми войнами. Им блестяще защищена докторская диссертация по философии «Объективный метод в эстетике применительно к образительному искусству». Читателям всего мира он полюбился как сатирик, драматург, автор социально-фантастических произведений, талантливый переводчик французской поэзии, блестящий афорист и рассказчик, в полной мере владевший тонким искусством реалистических описаний действительности с неподражаемым юмором и подлинным даром художественного предвидения событий, кои произойдут в грядущем. За 22 года активной писательской деятельности им было выпущено 44 разнообразных печатных издания (сборники рассказов, романы, пьесы, сказки, фельетоны, путевые заметки), переиздающиеся и в наши дни. Помимо литературы Карела очень интересовала фотография, и его книга, насыщенная фотоснимками любимого жесткошерстного фокстерьера Дашеньки, имела немало переизданий в период между войнами. Восемидесятидвулетний Бернард Шоу, узнав о смерти не прожившего и 50 лет обожаемого им Чапека, воскликнул: «Почему вместо него не умер я!».

Дети медиков

История знает немало замечательных личностей, прославивших науку и искусство, которые появились на свет и воспитывались во врачебных семьях. Навскидку назовём популярнейшего композитора недавнего прошлого Оскара Фельцмана, создателя уникального «Толкового словаря живого великорусского языка» Владимира Даля и замечательного детского писателя Льва Кассиля. Отцы этих выдающихся людей были довольно успешными медиками. У героя нашей публикации глава семейства тоже был врачом. Да и

у самого великого чешского автора, успешно работавшего практически во всех литературных жанрах, было немало контактов с медиками (не только по причине мучительного телесного недуга) и в ряде его произведений внимание медицине уделено достаточное...

Будущий классик литературы издал первый крик девятого января 1890 г. в местечке Малешватонёвице близ Трутнова на севере Богемии в Австро-Венгрии (ныне территория Чехии) в семье деревенского врача Антонина Чапека. Матерью была весьма просвещённая дочь мельника

плюрализм мнений, расцвели искусство и науки. Именно в эти годы на культурную авансцену страны и выходят братья Чапеки. Карел с Йозефом часто гостили у дедушки с бабушкой в сельской местности, влюблены были в природу и пробовали её изображать. Старший брат превосходно рисовал и в дальнейшем стал известным кубистом, а Карел любил всё метафорично описывать, используя литературный дар, проявившийся с младых лет. Первые рассказы братья писали в соавторстве, они были, что называется, не разлей вода. Вместе много путешество-

добротный взгляд на жизнь, ставший базисом его мировоззрения. Буквально прилипал к папёнке, когда тот навещал пациентов. Не в меру любознательный, дотошный и наблюдательный мальчишка объездил с доктором множество местечек, уторков и маленьких городов в Подкарпошье – крае среди гор, где кроме Чапека-старшего не было ни одного врача... Отец таил надежду, что младшенький станет его преемником, но Карела увлекала словесность, а позднее – философия. Много дала ему бабушка, знавшая сотни поговорок, присказок, баек, народных песен

виновения и погубит своего творца (R.U.R.)? А что произойдёт, если дочь придворного врача из-за эликсира молодости на триста лет останется очаровательной и молодой, встретится со своим правнуком и выиграет затянувшуюся на столетия судебную тяжбу? («Средство Макропулоса»). А можно ли реально помочь страждущим, если они, поверив диктатору, в порыве слепой ярости уничтожат склянки доктора, отыскавшего верное средство против ужасной эпидемии («Белая болезнь»)... Не напоминает ли это некие современные ситуации, связанные

Былое

Мир предсказуемо катастрофичен

Карел Чапек, «чемпион будней», придумавший роботов, с медициной был связан всю жизнь



Божена Чапкова, известная собирательница чешского фольклора. Родным для Карела, его старшего брата Йозефа и сестры Гелены стал маленький городок Упице, куда семья переехала через полгода после появления на свет младшего сына. Именно в Упице отец открыл собственную обширную врачебную практику. Пациентами Чапека-старшего были по преимуществу мастеровой люд и мелкие предприниматели. Глава семейства очень много трудился (по словам дочери «как ломовая лошадь»), поэтому семья была довольно обеспеченной и высококультурной – дети активно занимались творчеством и оставили яркий след в истории искусств своего отечества. Надо отметить, что Чехословакия на протяжении первых двух десятков лет своего независимого существования (так называемая Первая республика) была довольно необычной страной. Из всех соседних осколков империи Габсбургов (не считая собственно Австрии) только она одна-единственная сумела и смогла стать демократической и вполне свободной. Чехи, словаки, евреи, немцы, поляки, венгры и эмигранты из Советской России чувствовали в ней себя раскованно и комфортно, в стране царил

вали (Чехия, Германия, Франция) и во взрослую пору оставили немало занимательных путевых очерков, побывавших тонким юмором и оригинальными наблюдениями. Карел с детских лет не блистал здоровьем, долгие годы страдал тяжёлой патологией ревматического генеза (диагноз был довольно приблизительным, но болезнь, бывало, действительно надолго укладывала его в постель). В доступной литературе встретились сведения о дифтерии и тяжело протекавшей скарлатине, имевшей место у Карела в ранние его годы. Существуют достоверные данные о том, что у него была болезнь Бехтерева. Вот почему будущий литератор, с младых ногтей обладавший яркой фантазией и живым воображением, считал себя практически приговорённым быть инвалидом. Однако есть и некая польза, некий плюс в нездоровье – он, например, был освобождён от призыва на фронт. Кроме того, Чапек довольно долго не связывал себя узами брака и не торопился обзаводиться детьми. Сын врача и внук мельника, наш герой вёл происхождение из старинного рабочего и хозяйственного крестьянского рода и с ранних пор буквально впитал народную сметку и прикладной

и сказаний. Она безмерно любила Ичека (домашнее прозвище Карела) и последовала за ним в Градец Кралов, когда он там стал учиться в гимназии. По способностям ему не было равных, он схватывал всё на лету и соображал молниеносно. Природный юмор почему-то всегда соседствовал в нём с пессимистически-мрачным отношением к окружающей действительности, что периодически выливалось в невероятно энергичные произведения самых разнообразных форм. Карел, как мы уже отметили, создавал первые юморески, фельетоны и даже пьесы в содружестве и соавторстве со своим талантливым братом художником и писателем Йозефом (погибшим весной 1945 г. от тифа в нацистском концентрационном лагере Берген-Бельзен).

Годы творческой активности

У Карела было поразительно многогранное дарование и отменные способности. Он играючи выучил немецкий язык, талантливо переводил с французского Гийома Аполлинера, Стефана Малларме и других поэтов-авангардистов. Европейскую славу тридцатилетнему автору принесли пьесы R.U.R., название коей расшифровывается как «Россумские универсальные роботы». Карел вместе с братом смело вводит в оборот новое слово «робот» (от понятного каждому «работник») и находит настоящую золотую жилу в фантастике – тема восстания машин против людей. Он пишет также и об атомном оружии (за два десятка лет до его появления!). Получив блестящее образование в университетах Праги, Берлина и Парижа, Чапек обладал широким кругозором и перспективным, провидческим мышлением. «Невысокий, хрупкий, с ярким румянцем на щеках, чуть припухлыми губами и мальчишеским упрямым фонтаном волос на затылке. Глаза большие и, как сам он говорил, «по-лошадиному добрые». Рот презрительно искривлён. Таким мы видим его на фотографиях и карикатурах. Таким рисуют его в своих воспоминаниях современники» – именно таким изображает Чапека большой знаток его творчества и перипетий его жизни литературовед Олег Малевич. Самый знаменитый чешский литератор XX века в творчестве более всего ценил увлекательность, зачастую использовал детективные сюжеты, анекдотические и пародийные положения и самые невероятные допущения. Что может быть, например, если робот когда-нибудь выйдет из по-

с пандемией коронавирусной инфекции? Добрый и скромный, Карел Чапек нередко выглядел застенчивым, трогательно обожествлял и берёг природу, будучи экологом не на словах, а на деле. Он любил возиться в саду, именую себя мирным садоводом, однако тревожное время не давало покоя. Да и болезнь отнимала немало сил. По сути дела, Чапек стал одним из немногих диагнозов-провидцев, почувствовавших катастрофическую опасность «коричневой чумы» и глубоко осознавшим в середине 1930-х годов, что идейный пацифизм ни на что не годится и что мир обречён. Он мужественно относился к сильнейшим болям в позвоночнике и в целом к своему заболевания, тщательно скрывая те невероятные трудности, которые существование ухудшали качество его жизни. Он научился считаться с патологией, словно с частью своего тела. Он писал: «Нет, не жалейте меня, пусть со мной произойдёт что угодно, но жалость – это последнее, что я мог бы вынести... Мне противны мягкотелость и слабодушие. Мне противны выражения показной нежности и заботы».

Он скончался 25 декабря 1938 г. за день до католического Рождества от двухсторонней пневмонии, полученной в результате участия в работах по ликвидации наводнения. Пусковым механизмом кроме переохлаждения было и необычайное душевное беспокойство писателя по поводу победы националистов в его родной стране и ожидавшееся вступление фашистов в сдававшуюся на милость победителей Прагу (оно произошло через два с половиной месяца после смерти писателя). Существует легенда о том, что Чапек за неделю до ухода из жизни молился всю ночь на коленях в храме Святого Вита в огромном холодном зале, а после слёг с пневмонией и истаял, как свеча. Как бы там ни было, но смерть спасла его от репрессий, učinённых нацистами после захвата его родины. Весьма и весьма злободневно звучат сегодня многие его мысли. «...Современному миру не требуется ненависть, ему нужна добрая воля, нужны согласие, сотрудничество и гораздо более добросердечный моральный климат; я думаю, что даже немного самой обычной любви и сердечности способны ещё творить чудеса». Услышим ли мы их?

Николай ПЕРЕСАДИН,
доктор медицинских наук,
профессор.

Рига.

Русалка

В тех снах, где я себя не знаю, Где вы играете «К Элизе», Где в окна сыпятся триоли, И стены красил сам Дега;

Где во дворе скучает Ленин В короне облаков рассветных И петли чуть скрипят дверные, Когда касается рука;

В тех зеркалах, кривых немного, Где только ваше отраженье, И в потолке плывут кометы, Подсвечивая облака;

Там по утрам мурлычет кошка, И синеглазая русалка, Поставив свой рюкзак на кресло, Ей наливает молока.

Холст. Масло. Мاستихин. 2021

Я смешала бы окись хрома, лазурную и церулеум, Чтобы глаза были озером, Отражённным в небе, И изумрудной... а дальше – зрачки: Марса чёрного, к нему умбры жжёной... – Это портрет. Очки: ...газовой сажи, белил. Губы: неаполитанская розовая, В неё – киновари. Сверху пусть туча плывёт грозовая Из газовой сажи. На щёки – кармин, А на подбородок – ультрамарин.

«К Элизе»

О, как предчувствия обмануты! Как вкрадчивы полутона! Лучи, как провода, протянуты По коридору от окна.

Сокровенное

Неведомой души кружение...

Светлана СЕРГЕЕВА

Они парят в воображении, Высвечивая силуэт. Неведомой души кружение. Прикосновенья лёгкий след.

Мысли в джаз

Когда мне будет триста лет, На самой дальней из планет Я припаркую шаролёт И спрыгну на зелёный лёд.

Я расстегну скафандр свой, Снимая шлем, зайду домой И, надевая кардиган, Ногой пушу музыкоплан.

Он будет красить мысли в джаз Оттенка моря ваших глаз – Я вспомню этот дивный цвет На самой дальней из планет.

И буду в космогамаке Смотреть в стеклянном потолке, Как в бусах энцеладных лун По небу поплывёт Сатурн.

Lalena

Когда солнце садится, Я знаю, ты рисуешь волны на оконном стекле. И мне тоже сегодня не спится.

В синей мгле Я урону голову в небо, И в моих глазах отразятся Все твои звёзды. Я никогда тебя не видела, И мне интересно, кто ты? Тот, чьи звёзды Отражаются сейчас В моих глазах.

The scientist

Вонзает ломкие иголки. Весь в белых перьях и лучах.



А на полочках (так трогательно!) Neuroscience в стопочках И закладочки ...на своих статьях.

Прибытие

А у тебя огонь и колесо, Коперника читал в оригинале... А у меня ещё плавник и хвост. Я ем твоих богов, икон не зная.

В моей пещере стены все в цветах – Я их углём и охрою рисую: Вот эти ядовиты, эти – ах! Нашлют дурман на голову шальную.

Вот ожерелье из зубов куниц, Вот шкура мамонта для важных совещаний. А вон пасётся среди чёрных птиц

Сребристый птеродактиль на поляне. Лети в свой Лондон, на планеты край, Где океан стекает к черепахам... А моноклоны всё-таки давай! Хороший ты пацан, диор-рубаша!

Следом

Я иду хрустящим следом, Мой морозный путь далёк. Холоден неведом Встречный ветерок.

В подворотне тень густая. На душе не знаю что. Дума непростая. Роза под пальто.

Безе

С утра в глуши заиндевелой Висят в лазури облака –

Небесное безе умело Готовит лёгкая рука. Оно с утра в багряной печке Твердеет прямо на глазах, И образуется в сердечке Такое дымчатое, ах!

И на небесной на витрине Висит весь день подарок наш. И ни по чём его не купишь И уж, конечно, не продашь.

Лыжню!

Я лежу в снегу на солнечной поляне И смотрю, как блестит снег на ёлках.

Слёзы замерзают на щеках. Я, наверное, сейчас такая румяная!

Одна лыжина укатилась в овраг, А палка упирается мне в спину,

В левом ботинке уже подтаял снег, И носок мокрый и холодный.

Но это всё такая ерунда! Ведь когда небо кружится с ёлками, То получается цвет твоих глаз!

* * *

За работой в кафе у окна. Часовые притихли пружинки. Там, на улице, кружат снежинки

И пронзительно светит луна. На мечтательных этих коньках Я влетаю в июньскую дымку, Где прекрасная ваша улыбка И сирень о пяти лепестках.

(Следующий номер «МГ» выйдет в пятницу 11.03.2022.)

СКАНВОРД grid with clues and answers. Includes a grid of letters and a list of words like 'Акала-брути-ниб', 'Ива-брадин', 'Русло', 'Тент', 'Вдох-новение', etc.