

Медицинская

27 октября 2021 г.
среда
№ 42 (8010)

Газета®

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

Акции

МММ на всякий пожарный случай



В Новосибирске на территории городской больницы № 1 развернули мобильный модульный медицинский (МММ) комплекс. Точнее, половину его, поскольку, чтобы установить все палатки, нужно вдвое больше места.

Пока это лишь демонстрация возможностей, но замысел очевиден: региональный Центр медицины катастроф получил в своё распоряжение многоцелевой передвижной стационар, который можно оперативно развернуть в любой чрезвычайной ситуации. А ситуации, как известно, бывают разные, от крупной техногенной аварии с большим числом пострадавших до эпидемии COVID-19, когда все койки в инфекционных госпиталях оказываются заняты.

Врачи теперь могут работать хоть в городе, хоть в чистом поле

Ничего подобного прежде в системе здравоохранения Новосибирской области не было, да и в других субъектах РФ, скорее всего, тоже. Полевой госпиталь по запросу медиков разработала и изготовила новосибирская компания. Комплекс может работать в любой географической точке региона и в любое время года, поскольку у него полностью автономная система жизнеобеспечения: своё электричество, тепловые пушки, вентиляция. Через шесть часов от старта смонтированная конструкция может начать приём больных или раненых.

— Хорошо, что комплекс многофункциональный. Он позволяет оказывать медицинскую помощь в любой ситуации и в любых условиях. Бывает, что чрезвычайные ситуации происходят

там, где рядом нет лечебного учреждения и нужно приблизить помощь к пострадавшим, чтобы начать лечить их прямо на месте, стабилизировать самых тяжёлых и подготовить их к эвакуации. Соответственно, во время инфекционной вспышки больных можно разместить в боксированных палатах модуля, — говорит министр здравоохранения Новосибирской области Константин Хальзов.

Госпиталь в максимальной комплектации рассчитан на 60 мест. В настоящее время этого достаточно. Места в «ковидных» стационарах города пока есть....

Елена СИБИРЦЕВА.
МИА Сити!

Новосибирск.



Дмитрий ХУБЕЗОВ,
председатель Комитета Госдумы по охране здоровья,
доктор медицинских наук:

В здравоохранении всё завязано в клубок, нельзя наладить что-то одно, не переделав другое. Но главное всё-таки — кадры. Не будет специалистов, ничего мы не сделаем, и цифровая реформа не поможет.

Стр. 4-5



Геннадий СУХИХ,
директор Национального исследовательского центра акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И.Кулакова, академик РАН:

Без интеграции, без новых технологий, без ликвидации разрыва между клиникой и наукой не продвинуться вперёд.

Стр. 6



Надежда ПОЗДЕЕВА,
директор Чебоксарского филиала МНТК «Микрохирургия глаза»,
доктор медицинских наук:

Практика открытости позволяет МНТК оставаться лидером отрасли. Если в одном из его филиалов появилась новая технология, этой информацией делятся и внедряют во всей системе.

Стр. 7

Идеи

Прозрачно и справедливо

Комитет Госдумы по охране здоровья поддержал идею Правительства России о переходе на новую отраслевую систему оплаты труда медицинских работников.

Насколько она понятнее и прозрачнее нынешней, можно судить по следующей формуле: оклад медработника будет формироваться, исходя из трёх параметров, а именно, базовой расчётной величины МРОТ в размере 13 617 руб.; коэффициента сложности выполняемой работы по должностям; коэффициента региональной экономической дифференциации.

Помимо этого сохраняются стимулирующие и компенсационные выплаты за интенсивность и высокий результат работы. Такие надбавки предусмотрены бригадам скорой помощи и санитарной авиации (60% от должностного оклада), за работу в составе медицинских мобильных бригад (30%), за работу в сельской местности (25%). Также стимулирующие надбавки положены участковым врачам и медсёстрам, «узким» специалистам за работу в амбулаторных условиях (30%). Наконец, надбавки в размере 30% от оклада предлагается установить для работников ФАПов.

На заседании комитета был анонсирован пилотный проект по переходу на новую систему оплаты труда в здравоохранении, соответствующее постановление Правительства РФ уже есть. «Пилот» стартует в декабре 2021 г. и продлится до марта 2022 г. в шести российских регионах: Республике Якутия (Саха), Оренбургской, Тамбовской, Курганской, Омской областях и Севастополе. В общей сложности зарплату по-новому будут начислять сотрудникам 440 медицинских организаций. Как подчеркнули депутаты, решение о распространении новой системы оплаты труда на всю страну можно будет принять только после анализа результатов этого экономического эксперимента.

Комментируя предложение Правительства, глава Комитета по охране здоровья Дмитрий Хубезов отметил, что новый принцип оплаты труда затрагивает интересы более 2 млн медработников государственного сектора здравоохранения. Задача — исправить существующие диспропорции в зарплате врачей, выполняющих одни и те же функции. Что касается стимулирующих выплат, сегодня они тоже устанавливаются неравномерно, а нередко и субъективно.

Елена БУШ,
обозреватель «МГ».

Профилактика

Вовремя распознать опасность

В Оренбурге стартовала программа скрининга онкологических заболеваний органов желудочно-кишечного тракта. Инициатором проекта является Ассоциация колопроктологов России, которая главной задачей считает повышение выявляемости онкологических заболеваний толстой кишки и желудка на ранней стадии.

На первом мероприятии для врачей участники смогли пронаблюдать за работой специалистов на новейшем эндоскопическом оборудовании, выяснить, какие методики используются для наиболее эффективного распознавания и диагностики колоректального рака.

В качестве экспертов выступили столичные специалисты — руководитель отдела эндоскопической

диагностики и хирургии Национального медицинского исследовательского центра колопроктологии им. А.Н.Рыжих, доктор медицинских наук, профессор Виктор Веселов и старший научный сотрудник, эндоскопист центра, кандидат медицинских наук Сергей Скридловский.

«Сегодня технологический прорыв в медицинской науке делает возможным то, о чём несколько десятилетий назад врачи даже и не задумывались. К примеру, обнаруживать онкологические заболевания на ранней стадии или в предраковом состоянии, — говорит В.Веселов. — Операции, выполненные в подобных ситуациях, существенно влияют на качество и продолжительность жизни наших пациентов».

В рамках проекта в регионе пройдёт ряд образовательных мероприятий для врачей, а сотрудники крупных

предприятий смогут не только услышать лекции специалистов по данной теме, но и пройти иммунохимические тесты, по результатам которых пациенты получат рекомендации по дальнейшему наблюдению у врачей или же направление на проведение эндоскопических исследований.

Кроме того, рассматривается возможность обновления эндоскопического оборудования в медицинских учреждениях региона для повышения выявляемости злокачественных образований.

Проект реализуется при поддержке Минздрава области и Оренбургского областного клинического онкодиспансера.

Алёна КСЕНИНА.
МИА Сити!

Оренбург.

Новости

Охладить и удалить

Впервые на Южном Урале в хирургическом отделении № 1 Челябинской областной клинической больницы проведена резекция печени с гипотермической перфузией in situ.

Распространённая опухоль желчных протоков проросла в воротную вену. Чтобы во время резекции сохранить жизнеспособность печени, хирурги решили использовать технологии, которые применяются при трансплантации.

«Для опухолей печени и желчных протоков, расположенных неблагоприятно, стандартные методы не подходят либо из-за неспособности контролировать кровотечение, либо из-за ишемии печени, вызванной длительным прерыванием её кровоснабжения. В этом отношении полная сосудистая изоляция печени с гипотермической перфузией in situ является выгодной, поскольку позволяет проводить сложные сосудистые реконструкции или реимплантации без риска возникновения тяжёлых осложнений. Сама операция прошла штатно по ранее разработанному плану, – говорит заведующий хирургическим отделением № 1 больницы Болат Сарсенбаев.

Операция длилась 11 часов, поэтому потребовалась участия большого количества специалистов. Три группы хирургов по три человека меняли друг друга у операционного стола.

При подготовке операции рентгенологи создали 3D-компьютерную модель печени на основе специальных программ МСКТ. Это позволило заранее увидеть расположение и размеры опухоли, её внедрение в важные сосудистые структуры, а также оценить объём остающейся части печени, спланировать линию резекции и другие нюансы.

Гистологические исследования подтвердили полное удаление опухоли. Послеоперационный период прошёл без угрожающих жизни осложнений. Пациент выписан в удовлетворительном состоянии на амбулаторное лечение.

Наталья МАЛУХИНА.

Челябинск.

Всегда быть на связи

Высоко оценивают возможность телемедицины медики Ханты-Мансийского автономного округа – Югры. Существуют вопросы, которые можно решить только с коллегами из ведущих клиник страны.

Так, битву за жизнь 10-летнего пациента, перенёвшего инсульт, специалисты детского нейрохирургического отделения Сургутской травматологической больницы выиграла, однако бесследно болезнь не прошла. Сегодня у ребёнка выраженное нарушение движения – постоянно и сильно дрожит рука. Помочь может стереотаксическая операция на головном мозге. Узнав о проблеме своего недавнего пациента, сургутские нейрохирурги связались с НМИЦ нейрохирургии им. Н.Н.Бурденко, и уже в ближайшее время они планируют провести совместную телемедицинскую консультацию с участием ребёнка и его родителей и обсудить дальнейшие перспективы лечения.

«Возможности телемедицины позволяют медикам на расстоянии ознакомиться с проблемой пациента, сделать соответствующие выводы и принять решение. А когда речь идёт о тяжёлых больных, которым на данный момент противопоказана любая транспортировка, такие консультации просто незаменимы», – говорит главный детский специалист нейрохирург ХМАО – Югры и Уральского федерального округа, заведующая детским нейрохирургическим отделением травматологической больницы Елена Богословская.

В Сургутской травматологической больнице нейрохирурги – самые активные пользователи телемедицинских технологий. В этом году здесь уже проведено около 1800 телемедицинских встреч с участием врачей разных специальностей. За помощью к специалистам центра постоянно обращаются и врачи со всего региона. В округе телемедицина была востребованной всегда, но значимость её особенно возросла в период пандемии.

Елена ОСТАПОВА.

Сургут.

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

Акценты

Единогласное решение

Академики Геннадий Онищенко и Андрей Каприн стали почётными профессорами Тверского ГМУ

На расширенном заседании учёного совета Тверского государственного медицинского университета единогласно было принято решение о присвоении звания «Почётный профессор Тверского ГМУ» двум российским учёным-медикам, крупным общественным и государственным деятелям – академикам РАН Геннадию Онищенко и Андрею Каприну.

Вручение символической мантии и диплома – это не просто красивый и торжественный обряд, но и искренние надежды руководства и профессорско-преподавательского состава университета на продолжение и развитие всестороннего и плодотворного сотрудничества. И надежды эти в первую очередь связаны с новыми научными проектами, а также более активным внедрением на базе университетской клиники вуза современных высокотехнологичных методов диагностики и лечения актуальных заболеваний.

Организационная, методическая и непосредственная практическая медицинская помощь вновь избранным почётным профессорам университета и их коллег, по мнению ректора Тверского ГМУ профессора Леси Чичановской, позволит в ближайшем будущем существенно разнообразить и значительно расширить спектр медицинских услуг для населения области, а также откроет долгожданные горизонты и перспективы для создания принципиально новых направлений в системе высшего медицинского образования на базе университета.

Об этом сказал и Г.Онищенко в своей актовой речи перед профессорами и обучающимися университета. Он искренне поблагодарил руководство вуза и весь коллектив за оказанную ему высокую честь, признался, что для него данное событие является важным и очень почётным, а также пообещал со своей стороны всевозможное содействие и активное личное участие в дальнейшем развитии университета по самым разнообразным направлениям.

В своём выступлении он коснулся вопросов борьбы отечественных и мировых учёных с массовыми эпидемиями человечества, в том



Во время присвоения звания Г.Онищенко

числе, конечно, коронавирусной инфекции. Последнему аспекту он уделил особое внимание и представил подробнейший анализ основных успехов и неудач в борьбе с вирусом COVID-19. Кроме этого в докладе были освещены вопросы мировой экологической безопасности, в частности, он представил интересные данные о борьбе с парниковыми газами, мероприятиях по защите пресной воды, рассказал о секретах развития мировой синтетической биологии. Часть выступления была посвящена и проблематике государственной защиты от новых форм разнообразных гибридных войн – биохакерства, биологического терроризма, скрытых экологических войн, а также современных тенденций внедрения, так называемой этики искусственной эволюции человечества.

К сожалению, директор НМИЦ радиологии Минздрава России, президент Ассоциации онкологов России, академик РАН Андрей Каприн не смог лично присутствовать на торжественной церемонии.

В своём видеообращении прямо из операционной он также поблагодарил коллектив вуза за высокую честь и предложение пополнить славные ряды почётных профессоров авторитетного и престижного медицинского вуза страны. Важнейшим акцентом его приветственной речи можно назвать озвученные будущие перспективы сотрудничества с преподавателями университета на базе недавно открытого в вузе Института персонифицированной онкологии. По мнению А.Каприн, Тверской медицинский университет в ближайшем будущем может стать значимым межрегиональным центром по оказанию специализированной и высокотехнологичной медицинской помощи онкологическим больным, что, безусловно, откроет новые возможности не только для пациентов, но и для более продуктивной и эффективной научной работы сотрудников вуза.

Максим СТРАХОВ,
внешт. корр. «МГ».

Тверь.

Фото Марии КУСТОВОЙ.

Тенденции

Центр «Медиал» – социальное предприятие, частная медицинская организация в Астраханской области, участвующая в реализации территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи. Это позволяет жителям получать квалифицированную медицинскую помощь по полису ОМС.

Центр открылся, в том числе, благодаря финансовой поддержке Фонда социальных региональных программ «Наше будущее». Это уже не первое такое государственно-частное сотрудничество в Астрахани. Так, в 2012 г. фонд поддержал проект создания клиники восстановительного лечения ФТИ ООО «Медиал» на сумму 10 млн руб. В 2016 г. фонд предоставил средства в размере 5 млн для подготовки проектно-сметной документации проекта «Создание медицинского центра», что дало старт началу строительства 6-этажного центра, который весной 2021 г. принял первых пациентов. И в марте этого же года фонд предоставил

Несмотря на трудное время

В Астрахани открыт новый корпус многопрофильного медицинского центра

денежные средства в размере 20 млн для покупки системы компьютерной томографии.

Церемонию открытия нового корпуса медицинского центра посетили министр здравоохранения области Александр Буркин, депутат Государственной Думы Федерального Собрания РФ восьмого созыва Леонид Огуль, и.о. директора территориального фонда ОМС области Султан Нахушев, руководитель региональных проектов фонда «Наше будущее» Евгений Рахновский.

Новый медицинский центр интересен не только как новое лечебное учреждение в области. Главное, что клиника доступна для любого астраханца, имеющего полис ОМС. Назвать центр маленьким нельзя. Здесь функционируют: детский консультативный центр,

деятельность которого направлена на комплексную охрану здоровья маленьких пациентов; женский консультативный центр; круглосуточный стационар по профилю «акушерство и гинекология»; рентгеновское отделение и клиника восстановительного лечения ФТИ. На сегодняшний день – это единственная медицинская организация в области, осуществляющая третий этап медицинской реабилитации пациентов после перенесённой новой коронавирусной инфекции в условиях дневного стационара в рамках ОМС. В клинике также имеет возможность получить лечение одна из самых тяжёлых и уязвимых групп населения – дети-инвалиды с патологией нервной системы и заболеваниями опорно-двигательного аппарата.

После церемонии открытия состоялся «круглый стол» на тему «Социальное предпринимательство в сфере здравоохранения».

– Пациенту в общем-то неважно в государственной клинике или не в государственной он будет проходить лечение, – подчеркнул А.Буркин. – Если он госпитализируется в современное учреждение, то, естественно, он более уверен в процессе выздоровления. Казалось бы, условия и техника – лишь слагаемые успеха, помноженные на квалификацию врачей и медицинских сестёр. Но количественные изменения неизбежно переходят в качественные. Радует, что клиника «Медиал» продолжает лучшие традиции медицины юга России. Отношение к истории отрасли, к её выдающимся представителям показывают экспозиции в новом

здании. Всё это подчёркивает, что традиции не забываются. Они возрождаются и возрождаются уже с помощью технологий нового уровня.

По статистике, «Медиал» ежегодно посещает порядка 30 тыс. человек и это не только жители астраханского региона. В планах – добиться ещё большего: подписан инвестиционный проект с Минздравом области по внедрению технологии ЭКО. В регионе центр планирования семьи уже помогает семьям обрести долгожданных детей. Но его возможности сегодня явно недостаточны для того, чтобы обеспечить доступность этой процедуры всем нуждающимся.

Алексей ПАПЫРИН,
обозреватель «МГ».

Москва – Астрахань.

Решения

Плавный переход

Эксперты Центрального научно-исследовательского института организации и информатизации здравоохранения Минздрава России приняли участие в разработке плана мероприятий по переходу на МКБ-11.

В соответствии с распоряжением Правительства полный переход на МКБ-11 планируется завершить к 2025 г. В ЦНИИОИЗ будет создана рабочая группа по взаимодействию с ВОЗ в рамках перехода на новую классификацию болезней.

В связи с этим предусмотрены: гармонизация статистического учёта и отчётности в рамках перехода на МКБ-11, образовательные

программы для специалистов Российской Федерации и специалистов стран СНГ (конференции, семинары, вебинары, программы повышения квалификации), адаптация нормативных правовых актов РФ под МКБ-11 (формирование перечня учётной и отчётной медицинской документации, разработка новых положений, дополнение клинических рекомендаций и др.). Кроме того, реализация технологического решения по локализации МКБ-11 в цифровом пространстве России (гармонизация НСИ, развитие ЕГИСЗ и ВИМИС, разработка региональных решений, актуализация и гармонизация ЭМДО и др.). Осуществляться план будет совместными действиями

Минздрава России, Федерального фонда ОМС, Минфина России, Федеральной налоговой службой России, ЦНИИОИЗ Минздрава России, органов государственной власти субъектов Российской Федерации, медицинских, научных, образовательных организаций.

В настоящее время в России действует Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра – МКБ-10. Предыдущий переход на МКБ-10 завершился в 1999 г. и длился 7 лет, с 1992 по 1999 г. План перехода включал целый комплекс мероприятий (публикацию учебных материалов, изменение образовательных программ, разработку специализированных циклов повышения квалификации, проведение тематических конференций).

Алексей ПИМШИН.
МИА Сито!

Угроза

«Сладкая» мишень для коронавируса

Стрессорное повышение уровня сахара в крови у пациентов с COVID-19 может способствовать развитию диабета, как 1-го, так и 2-го типа. При этом летальность среди людей с диабетом 2-го типа выше, чем при 1-м типе.

Об этом заявила заместитель директора Национального медицинского исследовательского центра эндокринологии Минздрава России академик РАН Марина Шестакова. «COVID-19 «бьёт» в том числе по поджелудочной железе», – пояснила она механизм воздействия инфекции на эндокринную систему.

М.Шестакова сказала, что в первую волну пандемии в инфекционный госпиталь при НМИЦ по-

ступали пациенты со стрессорной гипергликемией без диабета на фоне COVID-19. Спустя год у некоторых из них был установлен диагноз эндокринного заболевания. «Чаще диабет появлялся у людей со стрессорным повышением сахара в крови», – уточнила она.

Эксперт подчеркнула, что пациенты с диабетом очень уязвимы перед коронавирусной инфекцией. «Из национального регистра больных сахарным диабетом мы имеем информацию о 160 тыс. перенёвших COVID-19 в период с марта 2020 по июнь 2021 г. Летальность среди пациентов с диабетом 1-го типа составляет 7%, среди людей со вторым типом – 14%», – привела статистику М.Шестакова.

Вячеслав ДАШКОВ.
МИА Сито!

Проекты

Дистанционно по рецептам

Минздрав России всё же согласовал законопроект с Министерством экономического развития РФ о дистанционной торговле рецептурными препаратами, сообщили в федеральном Минэкономразвития. Ведомство настояло на расширении списка запрещённых к доставке курьерами препаратов.

Изначально предполагалось, что будет запрещено доставлять наркотические, психотропные препараты и спиртосодержащие лекарства с объёмной долей этилового спирта свыше 25%. Теперь по инициативе Минздрава этот список пополнился сильнодействующими препаратами с содержанием малых количеств наркотических

средств, психотропных веществ и их прекурсоров, иммунобиологическими и радиофармацевтическими препаратами. Законопроект согласован также Министерством юстиции РФ.

Также в обновлённый вариант законопроекта добавлено положение о создании единого реестра назначений лекарств, который будет вестись с использованием Единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения. Реестр нужен для ведения централизованного электронного учёта назначенных препаратов, включая регистрацию и хранение рецептов на них, уточнили в министерстве.

Законопроект должен быть внесён в Правительство РФ в ближай-

шее время. Если он будет принят, ритейлеры разработают программу экспериментального правового режима (ЭПР), по которому и будет изначально разрешена онлайн-продажа лекарств.

Минэкономразвития России в июне 2021 г. опубликовало проект поправок в Федеральный закон «Об обращении лекарственных средств», дополняющих закон возможностью введения ЭПР для дистанционной торговли рецептурными препаратами. Планировалось, что пилотный проект будет запущен в Белгородской области.

В июле 2021 г. стало известно, что федеральный Минздрав этот законопроект не согласовал. В ведомстве отметили, что в предложенной версии документа не

прописан механизм взаимодействия участников эксперимента и не оговорена необходимость внесения в систему маркировки товаров рецептурных лекарств, продаваемых через интернет.

Параллельно в июле 2021 г. с инициативой по проведению эксперимента по дистанционной торговле рецептурными лекарствами в Москве обратились в Правительство РФ мэр столицы Сергей Собянин и глава Сбербанка РФ Герман Греф. Эксперимент должен начаться 1 января 2022 г. и продлиться год.

Онлайн-продажа и доставка безрецептурных лекарств разрешены с мая 2020 г. Исключения – наркотические, психотропные и спиртосодержащие препараты.

Олег ДАШКОВ.
МИА Сито!

Деньги

Глава Счётной палаты Российской Федерации Алексей Кудрин не согласен с тем, что расходы на здравоохранение в проекте бюджета РФ на 2022-2024 гг. сократятся.

Свою позицию он объяснил так: «Я говорил, что на здравоохранение нам нужны дополнительные ресурсы примерно в триллион

Парадокс, да и только

рублей, чтобы мы решали какие-то самые острые проблемы. Вот, за три года расходы на здравоохранение вырастают на 2 трлн, и это на 46% в реальном выражении». При этом, выступая на заседании комитета Госдумы по бюджету

и налогам, он признал, что в процентах к объёму экономики расходы бюджетной системы на образование в целом за три ближайших года останутся на текущем уровне – около 3,8% ВВП, а доля расходов на здравоохранение

даже сократится – с 4,1 до 3,7%. Однако в реальном выражении эти расходы вырастут.

«То, что я сейчас говорю – это реальный прорыв в расходах на систему здравоохранения у нас в стране», – заявил глава Счётной палаты.

Павел АЛЕКСЕЕВ.
МИА Сито!

Подписка-2022

ПОЧТА РОССИИ

Подписные издания

Официальный каталог Почты России на первое полугодие 2022

5 900 изданий на podpiska.pochta.ru



Уважаемые читатели!

Оформить подписку на «Медицинскую газету» можно воспользовавшись каталогами:

Подписные издания

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

Подписные индексы:

ПН016 – на год
ПН014 – на месяц.

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

Юридические лица могут подписаться через отделы подписки региональных почтамтов.

КАТАЛОГ периодических изданий газеты и журналы

I полугодие 2022 года

Избранные издания для бизнеса

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

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

Криминал

Насильно мил не будешь

Следственное управление Следственного комитета РФ по Алтайскому краю возбудило уголовное дело по факту неправомерного удержания и истязания 86-летней женщины в одном из госпиталей для пациентов с новой коронавирусной инфекцией в городе Рубцовске.

По данным СМИ, речь идёт о госпитале при городской больнице № 3. Об инциденте стало известно после публикации местного издания, где родственники сообщили, что пенсионерку за «непослушание» скручивали и связывали – на руках и ногах женщины были обнаружены многочисленные кровоподтёки. Делом заинтересовался председатель Следственного комитета РФ Александр Бастрыкин.

Следователи возбудили уголовное дело по ч. 1 ст. 238 УК РФ (выполнение работ или оказание услуг, не отвечающих требованиям безопасности жизни или здоровья потребителей) и п. «в» ч. 2 ст. 127 УК РФ (незаконное лишение свободы человека, с применением насилия). Причастные к совершению данных действий пока не установлены.

Согласно предварительной версии следствия, в сентябре 2021 г. сотрудники одной из больниц Рубцовска применяли насилие к пациентке и удерживали её в учреждении. Также ей были оказаны услуги, не отвечающие требованиям безопасности её жизни и здоровья. «В настоящее время следователями проводятся неотложные следственные действия, направленные на установление всех обстоятельств произошедшего, а также лиц, причастных к их совершению. Расследование уголовного дела продолжается», – отметили в управлении.

Со слов родственников, женщина попала в «ковидный» госпиталь при горбольнице № 3 после операции по лечению катаракты в Барнауле. В медучреждении, по словам пенсионерки, у неё отобрали телефон и причинили ей телесные повреждения – якобы за то, что она, находясь в отделении реанимации, самостоятельно снимала кислородную маску из-за дискомфорта и сопротивлялась, когда сотрудники больницы возвращали маску.

Следственное управление Следственного комитета РФ по Алтайскому краю организовало проведение доследственной проверки. А.Бастрыкин поручил и.о. руководителя регионального управления ведомства Игорю Колесниченко доложить о результатах проверки.

Григорий МАТВЕЕВ.
МИА Сито!

Новым председателем Комитета Госдумы по охране здоровья избран Дмитрий Хубезов – доктор медицинских наук, хирург, в течение двух с половиной лет возглавлял Рязанскую областную клиническую больницу, имеет юридическое образование. Одним словом, человек, который не только досконально знает, как устроена и насколько эффективна российская система здравоохранения, где её слабые места, но и отчётливо представляет, как их усилить.

Сначала небольшой штрих к портрету нового главы профильного комитета. Интервью корреспонденту «Медицинской газеты» было назначено на вечер субботы, поскольку в рабочие дни ни минуты свободной. В связи с эпидемиологической ситуацией договорились пообщаться в уже привычном онлайн-режиме. Разговор начался на полчаса позже назначенного времени, потому что, как оказалось, Д. Хубезов во время пандемии стал автоволонтером – в выходные дни на своём автомобиле возит врачей из поликлиники на вызовы к больным COVID-19. Избрание в Госдуму ничего не изменило, во всяком случае, пока: отработав неделю в Москве, доктор Хубезов на субботу-воскресенье едет в Рязань, садится за руль и помогает коллегам. Тихо, без пафоса и фото-отчётов в соцсетях.

По ту сторону окопа

– Дмитрий Анатольевич, планируете ли вы каким-то образом менять курс работы Комитета по охране здоровья в плане количества и качества подготовленных законопроектов? Считаете ли нужным изменить соотношение проектов новых законов, которые комитету в готовом виде предлагает для одобрения Правительство, и теми, которые разрабатывают сами депутаты?

– Курс точно изменится, но не в количестве принятых законов, а в их направленности. Безусловные приоритеты в законотворчестве – первичное звено здравоохранения и медицинские кадры. В количественном отношении рекорды ставить не планируем. Хотелось бы поменьше мертворождённых нормативных актов, законов ради законов. Как говорится, «лучше меньше, да лучше».

Сейчас, прежде всего, необходимо довести до завершения работу над теми законопроектами, которые уже были внесены в Думу, и принятия которых ждёт Минздрав. В частности, закон об иммунопрофилактике, о внесении изменений в Национальный календарь профилактических прививок.

А что касается соотношения между правительственными и депутатскими законопроектами, здесь я не вижу большой проблемы. Если депутат предлагает закон действительно необходимый, уверен, министерства не будут его никаким образом сдерживать. При этом действительно есть ряд первоочередных, важных для страны законопроектов, которые вносят Правительство или конкретно Минздрав, и задача Думы – обеспечить максимально быстрое их прохождение.

Такой порядок точно не отобьёт у депутатов охоту к законотворческой работе. Все члены комитета, как мне показалось, энтузиасты, готовые браться за любые задачи и работать в режиме 24/7. Тем более, что большинство нового состава – люди, которые имеют опыт работы в региональных парламентах, то есть знакомы с практикой законотворчества.

– Вам предстоит сложная задача – при разработке новых законов соблюдать баланс интересов государства, населения и медицинского сообщества. В этом смысле депутатская деятельность исходно подразумевает необходимость компромиссов. До сих пор вы, как врач и как руководитель областной больницы, находились на стороне врачебного сообщества. Сейчас вам придётся становиться и на противоположную сторону тоже. Это сложно будет, как вы думаете?

– Конечно, сложно. Тем более что, даже став главным врачом, я продолжал быть хирургом. Считаю хирургию своим призванием, главным делом жизни, в ней я черпаю и вдохновение, и силы. Поэтому я точно по ту сторону окопа, где медицинское

Авторитетное мнение

Искать компромисс, но не предавать

Депутатам предстоит «пройти между Сциллой и Харибдой»



общество. По крайней мере, врачи всегда считали меня своим, надеюсь, и впредь будут считать.

Но вы абсолютно правы: очень тонкая грань между интересами трёх сторон, а соблюдать нужно их все. Без компромиссов точно не обойтись, при этом главное – ничего не предавать.

Хочу отдельно сказать про интересы медицинского сообщества. Считаю, что отстаивать их – одна из приоритетных задач Комитета по охране здоровья. По моему мнению, в числе первоочередных законопроектов, которые следует подготовить, – закон, позволяющий выправить ситуацию с пресловутыми «врачебными ошибками», из-за которых на докторов заводятся уголовные дела. Давно пора вывести тему неблагоприятных исходов оказания медицинской помощи из плоскости уголовного права в плоскость гражданско-правовых отношений, как это делается во всём мире.

Мы в нынешней ситуации терпим профессию, это надо тонко чувствовать. Я часто встречаюсь со студентами-медиками, ординаторами, и многие из них, ещё не проработав нисколько, уже отмечают, что не видят перспективы в профессии врача. Есть даже страх, в котором признаются коллеги: каждый раз, идя в операционную, они рискуют сесть в тюрьму. Понятно, что в такой обстановке желающих придти

в нашу профессию будет мало. Необходимо страховать профессиональные риски в медицине и декриминализировать дела о «врачебных ошибках». Такие решения нужно принять обязательно, и как раз Дума способна и должна это сделать.

– Представляю, с каким энтузиазмом эти слова воспримут ваши коллеги-хирурги, а также акушеры и анестезиологи, которые чаще всех попадают в поле зрения следователей.

– Всегда было принято считать, что хирург не должен быть трусом. Когда врач боится во время операции рискнуть, чтобы помочь

центры на первичное звено и кадровый вопрос тоже обусловлены обращениями медицинского сообщества, или это в чистом виде запрос граждан? Вряд ли такое пожелание могло сформулировать государство, совсем недавно проводившее очередную оптимизацию здравоохранения...

– Как ни странно, сегодня тема «доступность медицинской помощи» стала восприниматься как самая актуальная всеми тремя сторонами. Ситуация с COVID-19 показала со всей очевидностью, что первичное звено – это не формальный, а самый что ни на

фельдшера или доктора, а компетентного специалиста.

– И тут мы погружаемся в следующую проблему, тоже набившую оскомину – качество подготовки специалистов.

– Согласен, надо повышать качество образования. И как преподаватель медицинского университета, считаю, что начинать надо с улучшения управленцев для здравоохранения. При существующем среднем уровне компетентности главных врачей по России, сколько денег ни вливай в отрасль, какое оборудование ни покупай, результат не будет блестящим.

пациенту, это тупик. Значит, человек не состоялся как хирург. В то же время оперирующему доктору следует понимать: когда он рискует ради спасения жизни пациента, грань между успехом и неуспехом очень тонка. Поэтому медицинский риск должен быть, во-первых, оправдан жизненной необходимостью и безвыходностью ситуации, а во-вторых, застрахован государством на случай, если искренняя и мастерски выполненная попытка врача помочь больному окажется безуспешной.

Мы много раз обсуждали эту проблему внутри профессионального сообщества, и едины во мнении: коль скоро российские врачи, опасаясь возможного судебного преследования, станут заведомо отказываться от лечения сложных и тяжёлых больных, ничего хорошего из этого точно не будет. Хирург не пойдёт на риск и формально будет прав, но результаты лечения окажутся намного хуже. Многие жизни просто не удастся спасти.

– В прежнем созыве комитет раз 5-6, а то и больше собирался по этой теме с огромным числом приглашённых экспертов, юристов разного уровня. Содержательные доклады, бурные дискуссии, но окончательно – в форме законопроекта – так ни к чему и не пришли.

– Да, нам оставлено много материалов, это всё предстоит изучить. Хотя, я думаю, в теме правового обеспечения медицинской деятельности стоило бы последовать зарубежному опыту. Просто взять какие-то положения и целиком перенести в нашу жизнь. Понятно, что юридические системы везде разные, однако здравое зерно всегда высокоадаптивно, оно приживётся на нашей почве. Просто надо обладать волей и энтузиазмом.

Если этого не делает Дума, тогда грош нам цена. Вопрос, конечно, сложный. Если его до сих пор не решили за столько лет, не стоит бить себя в грудь и обещать точно решить в три дня. Но это абсолютно необходимо сделать за предстоящий законотворческий период.

Система – это когда всё связано

– Возвращаясь к курсу, который выбран комитетом: ак-

есть реальный базис всей системы здравоохранения. Первый удар пандемии кто принял? Не стационары, а как раз первичное звено. И чем более эффективно первичное звено будет справляться с любыми задачами, включая инфекционные вспышки, тем лучше будут работать стационары. Здесь прямая взаимосвязь: захлебнётся первичное звено – всё, ни один стационар не выдержит такого наплыва пациентов.

Основа первичного звена – это не здания и оборудование, а кадры. К сожалению, если здесь не принять экстренных мер, ситуация в ближайшее время может заметно ухудшиться. Мы говорим не только о врачах, на селе это, прежде всего, фельдшер. В большинстве ФАПов сегодня работают люди предпенсионного, пенсионного, а нередко и глубоко пенсионного возрастов. Огромное им всем спасибо! Однако ближайшие годы они всё равно будут уходить на заслуженный отдых, и, к сожалению, не всегда есть кем их заменить. Учитывая настороженное отношение молодёжи к профессиям врача и фельдшера, о чём уже сказано, ситуация выглядит весьма тревожной.

– Вы говорите о стратегии, а не о тактике сегодняшнего дня, верно? Ведь в одночасье неоткуда взять тысячи врачей и фельдшеров для первичного звена.

– Я обозначаю стратегическую задачу и сразу предлагаю некоторые тактические решения. Например, перезагрузить меры социальной поддержки медработников, особенно тех, кто приезжает работать на село. Программы «Земский фельдшер» и «Земский доктор» в своё время помогли в какой-то степени исправить ситуацию, но полностью её не решили. Их надо перезагружать, а именно, чуть-чуть поменять механизм проекта, добавить средств.

Молодых специалистов нетрудно понять: они ничего сверхъестественного не хотят, разве что жильё и достойную зарплату. Даже не это главное, большинство отмечает, что для них важнее всего при работе в первичном звене возможность профессионального роста, как для тех, кто приходит в городскую поликлинику, так и для уезжающих в сельские районы. Необходимо обеспечить для них такую возможность. Мы ведь тоже хотим иметь на селе не просто

Президент не зря отметил, что разным отраслям, включая медицину, нужно использовать опыт крупных логистических компаний. Мне недавно довелось побывать на одном успешном предприятии, успех которого достигнут исключительно за счёт грамотно выстроенной логистики. Когда мне объясняли приёмы правильного выстраивания цепочек поставщиков, внедрения технологий, я понял, что многие из этих алгоритмов можно использовать в управлении крупной медицинской организацией.

Конкретный пример: есть сёла с небольшим числом жителей, где стационарные ФАПы строить нецелесообразно, зато задействовать мобильные ФАПы не просто можно, а необходимо. Грамотно выстроенная логистика – это когда мы посчитали, сколько необходимо таких передвижных пунктов с учётом особенностей региона, сколько надо медперсонала для работы в них, сколько оборудования, составили логистику движения, чётко выстроив маршруты, а затем, суммировав предстоящие расходы, всё приобрели. Не наоборот!

По аналогии с фельдшерско-акушерскими пунктами мобильными могут быть лаборатории, стоматологические кабинеты. Это к вопросу о доступности медицинской помощи.

– Вы сказали, что врач или фельдшер, работающий в городской поликлинике или на селе, должен быть уверен в перспективах профессионального роста. А как он вырастет, если у него есть потолок функционала и нет современного оборудования?

– Действительно, сейчас на многих ФАПах можно разве что измерить давление и пульс посчитать. В то же время есть опыт пилотного проекта Рязанской области по дистанционному мониторингу. На несколько фельдшерско-акушерских пунктов передали так называемые чехолы здоровья, в которых тонометр, пульсоксиметр, глюкометр, аппарат для проведения ЭКГ и устройство для холтеровского мониторирования. Все показатели прибором по защищённым каналам интернет-связи транслируются в ЦРБ, где их расшифровывает терапевт или кардиолог. В рамках проекта прочули несколько врачей и фельдшеров, которые могут на

вызове к больному или в условиях ФАПа записывать изображение с портативного аппарата УЗИ-диагностики на смартфон, затем передавать его в онлайн-режиме функциональному терапевту в поликлинику. Хорошее подспорье для профилактики инсультов – посмотреть у пациента сонные артерии, для своевременной диагностики экстренной хирургической патологии – увидеть жидкость в брюшной полости. Особенно ценно это для маломобильных пациентов. Представьте, что значит сейчас привезти маломобильного человека в поликлинику!

На мой взгляд, такое технологическое дооснащение ФАПов и участковой службы поликлиник вполне возможно, тем более, что оно клинически оправданно. Но саму возможность дистанционной диагностики нужно обязательно прописывать в законе о телемедицине, обосновывать юридическую правомочность самих обследований и заключений экспертов по результатам дистанционных УЗИ, ЭКГ, холтера.

Цифровая эпоха диктует свои требования. Когда мы проводили первый семинар по использованию планшетов на ФАПах, перед началом опасались, что пожилые фельдшеры начнут отказываться. Опасения не оправдались, они все с огромным энтузиазмом захотели овладеть новыми для них технологиями. То же самое касается участковых терапевтов, не надо считать их людьми, полномочия которых оканчиваются назначением лекарств, они вполне могут освоить диагностическое оборудование.

За рубежом это уже не сегодняшней, а вчерашний день. К сожалению, наше здравоохранение в переходе на цифровые рельсы отстало существенно. Находясь в командировке в США, видел, как хирургу во время операции понадобилось КТ пациента трёхгодичной давности. Его ассистент через 2 минуты вывел данные на операционный монитор, не понадобилось никому размыться и бежать в архив. Это было 5 лет назад. Когда подобное появится в России?

На 85-90% качество медицинской помощи зависит от хорошей информационной системы и хорошей цифровой базы в здравоохранении.

У нас огромной проблемой является то, что большую часть рабочего времени не только в поликлинике, но и в стационаре врач пишет всевозможные отчёты, ему не хватает времени заниматься пациентом. Цифровая реформа это устраняет. Кроме того, она страхует врача от ошибки. Если, например, по стандарту положено сделать рентген, а ты его не сделал, ты просто не закроешь данный страховой случай: система не позволит. При выполнении диагностических исследований специальная программа сама автоматически выделяет патологию.

– Разве у нас в стране своих цифровых ресурсов не было никогда? Я сама знаю разработчиков отечественных программ поддержки принятия врачебных решений.

– Ресурсы были и есть. Воля к победе нужна. Всё в нашей отрасли завязано в клубок, нельзя наладить что-то одно, не переделав другое. Но главное, всё-таки – кадры. Не будет специалистов, ничего мы не сделаем, и цифровая реформа не поможет. Институты выпускают врачей больше чем раньше, а ситуация с кадрами всё хуже.

Ординатура: долго или коротко?

– В продолжение темы, но теперь речь конкретно о подготовке врачей вашей специальности – хирургов. Главный

специалист Минздрава России академик РАН А.Ревишвили сообщил, что за 5 лет отрасль лишилась полутора тысяч врачей хирургов. Откуда их взять прямо сейчас, экстренно?

– Из университетов, откуда же ещё мы их возьмём? Правда вот так – по щелчку пальцев – их не сделаешь, придётся подождать и потрудиться.

– После университета молодому специалисту предстоит ещё учёба в ординатуре, так что время ожидания притока свежих кадров затягивается. Кстати, вы верите в то, что хирурга можно подготовить в ординатуре за два года, или, как и многие, считаете необходимым увеличить срок обучения?

– Я не сторонник того, чтобы время подготовки в ординатуре вообще, в том числе, по хирургии, было пролонгировано. Хотя, действительно, сейчас за это голосуют многие врачебные ассоциации, и на уровне министерства здравоохранения, насколько мне известно, уже практически принято такое решение.

Дело ведь не в том, как долго идёт подготовка будущего хирурга, а в том, насколько качественно и эффективно это делается, какие формы обучения используются. Сегодня много говорится о наставничестве как самой лучшей образовательной технологии в медицине, но есть более эффективные способы. Наставничество – это 20-25% успеха, остальное молодому врачу даёт самостоятельная работа в клинике. Симуляторы и тренажёры – это в целом неплохо, но работа с живыми тканями лучше.

И уж точно самый эффективный способ подготовки будущих хирургов – на старших курсах медицинских университетов выделять ребят, которые готовы заниматься хирургией, и создавать им все условия для освоения будущей специальности ещё до получения диплома. У нас в хирургическом кружке Рязанского университета студенты, работая с лабораторными животными, пересаживают почки и печень, недавно даже выполнили пересадку рыла свинке. А это далеко не самые простые операции, они проводятся под контролем микроскопа. Я уже не говорю про овладение навыками сшивания сосудов, нервных окончаний, тканей.

Чтобы повысить статус и быть в тренде молодёжной культуры, студенческий кружок мы назвали студенческим Клубом хирургов и ввели систему ранжирования. Новичок, который становится членом клуба, должен отработать определённый набор навыков на коробке-тренажёре для эндоскопической хирургии. Обладателем клубной «серебряной карты» считается тот, кто уже делает операции на свинке. Для «золотой карты» студент должен уметь выполнить на животном лапароскопическую холецистэктомию, трансанальную лапароскопическую переднюю резекцию и ещё много чего по всем направлениям абдоминальной хирургии.

Работая практически в условиях реальной операционной, студент оттачивает не только мануальные навыки, но и твёрдость характера: известно, что обычно хирург делает ошибки после трёх часов непрерывной работы у операционного стола, когда устаёт. Так вот в кружке будущий хирург тренирует физическую выносливость, внимание и сосредоточенность, а также психологическую устойчивость. Кроме того, он обязательно должен участвовать в научной деятельности. Если такие ребята будут потом приходиться в ординатуру, за их профессиональный рост можно быть спокойными.

– Это вы придумали в рамках своей кафедры, своего университета? Можно данный опыт экстраполировать на все медицинские вузы России?

– Да, сами. Причём, этот тренинг одинаков для всех врачебных специальностей, не только для хирургов. Больше скажу, он подходит и для подготовки пилотов, учителей, автослесарей, только начинка разная, а суть одна во всех профессиях: 70% тренинга, 30% теории. Можно часами изучать теорию аппендэктомии и через год забыть напрочь, а можно несколько раз сделать такую операцию на свинке и запомнить на всю жизнь.

– Как председатель профильного комитета Думы вы можете эту светлую идею донести до совета ректоров медицинских вузов? Или это за рамками ваших полномочий?

– Как раз в рамках. Я должен выстраивать взаимоотношения со всеми участниками профессионального сообщества, в том числе, с ректорами. Не говоря уже о взаимоотношениях с врачебными ассоциациями, за которыми – будущее. Профессиональное сообщество призвано не только заниматься разработкой клинических рекомендаций, но и решать задачи правового обеспечения врачебной деятельности.

Рейтинг актуального

– Вот основные проблемы отрасли, которые требуют решения, по мнению врачей: малая доля ВВП, которая направляется на здравоохранение; низкое качество подготовки кадров; дефицит кадров; правовое неурегулирование медицинской деятельности; неэффективность системы ОМС. В вашем представлении, в каком порядке нужно приступать к их решению?

– Обеспечение отрасли кадрами – на первом месте, а вот систему ОМС я вообще не стал бы трогать. Звучат предложения убрать из этой системы страховые компании, как ненужных посредников, и пусть ФОМС сам за всё платит. Но любая реформа – это точно не экономия денег. Чтобы всё реконструировать, придётся потратить как минимум на 20% больше средств, чем тратится сегодня, это закон. Упраздним страховые компании и передадим их функции фонду, а какими силами фонд ОМС будет эти функции выполнять? Начнётся увеличение штатных расписаний, набор дополнительных сотрудников, переписывание регламентов и нормативных актов... К тому же продолжается пандемия, сейчас точно не время этим заниматься. Пройдёт острый период, тогда можно обсуждать, предлагать, просчитывать варианты.

Увеличение бюджета здравоохранения как задачу я бы поставил на второе место. Точнее, решение проблем с бюджетом и качеством подготовки врачей должны идти параллельно. Особенно, как уже сказано, важно качество подготовки управленцев, чтобы средства бюджета не утекали как через дуршлаг. Главным пунктом в программе подготовки управленца – главного врача, его заместителя по экономике – является постулат о том, что в сложной ситуации с изменившимися условиями выживает не самый умный и не самый сильный, а самый быстро адаптирующийся.

Затем в рейтинге первоочередности – правовая тема. Это не значит, что она менее значима, просто заниматься всем одновременно невозможно. Но то, что мы будем прицельно заниматься данным вопросом, гарантирую.

Беседу вела
Елена БУШ,
обозреватель «МГ».

Опыт

Практические навыки и технологии в приоритете

Амбулаторное звено – в центре внимания хирургов

В середине октября Ставропольский государственный медицинский университет принимал участников VII съезда амбулаторных хирургов России.

Более 200 делегатов представляли практическое здравоохранение всех российских регионов, а новые информационные технологии позволили пополнить онлайн-аудиторию ещё 250 специалистами, в том числе из стран зарубежья. Ещё на стадии подготовки форума правлением и секцией амбулаторной хирургии Российского общества хирургов (РОХ) было принято решение изменить традиционный формат съездов и уделить максимальное внимание практическим навыкам и технологиям. Именно поэтому мероприятие началось с прекурса «Делай, как я» для амбулаторных хирургов по ортопедии (инъекционная терапия заболеваний суставов без лучевого контроля), сосудистой хирургии (миниинвазивные методы лечения заболеваний подкожных вен нижних конечностей) и колопроктологии (лечение хронического геморроя в амбулаторных условиях) с трансляцией операций и мастер-классами. В общей сложности в рамках программы вышеназванного прекурса на базе краевого клинического лечебно-диагностического центра было выполнено 7 операций. С лекциями перед многочисленной аудиторией выступили генеральный секретарь РОХ Андрей Фёдоров, управляющий делами РОХ Михаил Таривердиев и другие ведущие специалисты из Москвы, Санкт-Петербурга, Челябинская, Пермь, Самары, Ростова-на-Дону, Краснодар и Ставрополя. Профессиональное обучение и обмен опытом проходили не только в рамках пленарного и секционных заседаний, но и в чате, где специалисты могли уточнить у лекторов интересующие их вопросы и высказать своё мнение. Исполняющий обязанности ректора Ставропольского ГМУ Виктор

Мажаров, подводя итоги съезда, отметил, что обеспечение качества и доступности медицинской помощи, развитие её стационаро-замещающих форм входит в число важнейших задач для краевой практической медицины, внедрение в практику представленных на съезде рекомендаций несомненно будет способствовать повышению эффективности диагностики, лечения и реабилитации пациентов, обращающихся к амбулаторным специалистам. Особенно это важно в сегодняшней эпидемиологической ситуации, когда многократно увеличилась нагрузка на амбулаторное звено здравоохранения.

По итогам работы съезда была принята соответствующая резолюция, в которой нашли отражение приоритеты амбулаторного звена. Так, «при рассмотрении вопросов непрерывного медицинского образования и аккредитации хирургов, съезд считает принципиально важным продолжать совершенствование системы непрерывного медицинского образования врачей хирургических специальностей, в частности, по амбулаторной хирургии, в рамках имеющихся образовательных программ, как Министерства здравоохранения РФ, так и РОХ».

В числе прочего также предлагается «обратиться в Минздрав и Минобразования России с просьбой перевести изучение амбулаторной хирургии в базовую часть ФГОС 3++ в объёме не менее пяти зачетных единиц».

Курс ординатуры по хирургии необходимо начинать с цикла по амбулаторной хирургии продолжительностью минимум 1-2 месяца. В клинических рекомендациях по хирургическим патологиям создать раздел для амбулаторного этапа».

По итогам прошедшего съезда хирургов России были приняты соответствующие решения.

Рубен КАЗАРЯН,
собр. корр. «МГ».

Ставропольский край.

Рядом с нами

Стопам – особая забота

Международный день подиатрии вместе со своими коллегами из 26 стран мира отметили и российские специалисты – объединяющая их ассоциация входит в Международную федерацию подиатров (IPF).

«Мало кто знает, что проблемы опорно-двигательного аппарата в большинстве случаев начинаются с деформации стопы. Эти дисфункции в «фундаменте» тела влекут за собой последствия для всего организма, – говорит исполнительный директор ассоциации медицинских центров и врачей «Лига подиатрии» Ольга Чижевская. – Любые деформации в стопах приводят к сбою: неоптимальный двигательный стереотип вовлекает в работу дополнительные группы мышц, в результате вся скелетно-мышечная система перегружается. При этом возникают артрозы, коксартрозы, радикулит, сколиоз, остеохондроз, межпозвоночные грыжи. Кроме того, деформации стоп, как вы-

яснилось, могут провоцировать варикозное расширение вен – одно из самых распространённых заболеваний на планете».

Лечением и профилактикой проблем со стопами занимается именно подиатры, чья практика основана на глубоких знаниях ортопедии, травматологии, неврологии, сосудистой хирургии. В России сертифицировано уже более 2 тыс. подиатров, и их отряд постоянно пополняется. Только за прошлый год, несмотря на «ковидные» ограничения, прошло 58 мастер-классов и вебинаров, в которых приняло участие более 500 человек.

Одним из новых направлений в современных условиях стало изучение патологий вен и их влияния на состояние нижних конечностей. Этой темой российские подиатры занимаются совместно с ведущими флебологами страны.

Алёна ЖУКОВА,
корр. «МГ».

Москва.

Ежегодный форум «Мать и дитя» состоялся в Москве. Это произошло уже в 22-й раз. Более двух десятилетий назад инициативу собирать акушеров-гинекологов вместе в столице высказал академик Владимир Кулаков и многие сделали для того, чтобы мероприятие стало регулярным. С тех пор форум воспринимается медицинской общественностью как значимое событие. В его открытии нынче принял участие министр здравоохранения Российской Федерации Михаил Мурашко.

– На отрасль акушерства и гинекологии возлагаются большие надежды. Потому что продолжительность жизни во многом определяется здоровьем новорождённого и беременной женщины, – сказал он, приветствуя докторов.

Дело – за каждым

По словам главы Минздрава, осенний период вызвал прирост заболеваемости новой коронавирусной инфекцией как среди населения в целом, так и среди пациенток акушерско-гинекологического профиля.

В прошлом году вовлечённых в эпидпроцесс беременных женщин было не так много, сейчас всё больше будущих матерей заболевают COVID-19, что связано с рядом причин, в том числе с мутацией вируса SARS-CoV-2 и недостаточным охватом вакцинацией.

– Мы получили серьёзный ресурс для профилактики в виде вакцины, которая может использоваться для защиты беременных женщин. В рекомендациях это чётко указано. Теперь дело за каждым врачом в работе с конкретным пациентом. Ваша прерогатива – убедить пациентку, дать ей максимальную информацию и обеспечить сохранность жизни на всех этапах родоразрешения и завершения беременности, – обратился к акушерам-гинекологам М.Мурашко.

Распространённость новой коронавирусной инфекции и другие причины повлекли за собой рост неблагоприятных исходов. Волны динамики случаев материнской смертности совпадают с волнами динамики эпидемиологического процесса. Поэтому стоит задача поднять охват вакцинацией населения страны до 80% и выше, тем самым будет создана безопасная среда и для пациенток акушерско-гинекологического профиля.

Основными причинами материнской смертности, не связанными с «ковидом», являются преэклампсия, эмболия околоплодными водами, септические состояния, кровотечения. По ним объёмы вмешательства, лекарственной терапии чётко отработаны и стандартизованы. В большинстве своём это управляемые причины, полагают в Минздраве.

К числу ведущих проблем акушерства и гинекологии министр отнёс нарушение требований к маршрутизации и отсутствие возможности для проведения экстренного родоразрешения.

– При перепрофилировании коек нужно сохранять максимальный охват оказания помощи пациенткам из групп критического состояния, – подчеркнул М.Мурашко, напомнив, что, например, в Ставропольском крае перепрофилирование кардинально поменяло схему маршрутизации.

Кроме того, по мнению руководителя федерального Минздрава, в стране не отработана система проведения микробиологического мониторинга инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи. Антибиотикотерапия рутинно назначается без учёта чувствительности возбудителя. Правительство РФ выделило значительную сумму на формирование в регионах референс-лабораторий микробиологической диагностики, которые позволяют определять вирусные, грибковые и бактериальные инфекции современными методами. Сделан огромный шаг, считает министр, в направлении профилактики гнойно-септических заболеваний, связанных с оказанием медицинской помощи.

Расширенный скрининг

Максимальный вклад в ожидаемую продолжительность жизни вносит, как известно, снижение смертности новорождённых. Поэтому расширение неонатального скрининга на наследственные и

врождённые заболевания правительство включило в число приоритетов на 2022 г. Скрининг будет охватывать 36 нозологий. В бюджет

Обсуждения

Исправить неправильное звучание

Разговор акушеров-гинекологов о насущных проблемах и захватывающих перспективах



Идёт заседание

уже заложены средства на приобретение оборудования и тест-систем. Планируется, что к концу 2022 г. – началу 2023 расширенный скрининг стартует на территории Российской Федерации. Его внедрение и ранее медикаментозное обеспечение выявленных детей позволит избежать у них тяжёлой инвалидности.

– Сегодня ведь не только снижение показателей младенческой смертности важно, – подчеркнул министр. – Принципиальным является сокращение инвалидности у новорождённых.

М.Мурашко рассказал, что началась работа фармацевтических компаний, научно-исследовательских институтов по созданию препаратов для лечения орфанных заболеваний. По поручению Президента РФ организован фонд «Круг добра». Уже оказана или оказывается помощь 1524 детям. По словам министра, все малыши со спинальной мышечной атрофией (в год их рождается до 200 человек) обеспечены лекарственными препаратами, в том числе получают генно-терапевтические.

Глава Минздрава также акцентировал внимание на цифровизации службы и переходе к проактивному мониторингу качества оказания медицинской помощи в соответствии с современными стандартами, отметив, что обновлён приказ, сформирована система прогнозирования и профилактики акушерских осложнений.

– Пациентка должна быть в поле зрения, начиная от момента обращения в медицинскую организацию до послеродового периода и работы уже с новорождённым, – подчеркнул он.

Задача заключается не только в сохранении жизни, здоровьесбережении, а ещё и в том, что вся система здравоохранения должна адаптироваться к возникшим условиям и стать на новые рельсы. Если раньше речь шла о статистических наблюдениях, о сборе информации

раз в квартал, раз в месяц, раз в год, то сейчас так жить не получится, полагает министр. Слишком быстро всё меняется и устаревает.

– Я каждое утро получаю огромный объём информации в виде СМС, чат-ботов и т.п. Для меня, возглавляющего отрасль, это необходимо, – сказал он. – Я вижу, что происходит в каждом регионе, даже в каждом населённом пункте, понимаю, как развивается ситуация не только с эпидпроцессом, но и какие объёмы помощи оказываются, где возникли затруднения и т.д. Мы сегодня собираем статистику буквально онлайн и знаем о каждом неблагоприятном случае.



Выступает М.Мурашко

надзора теперь будут приходиться к вам скорее с консультациями, с профилактическими визитами, нежели с надзором, предписаниями, штрафами. То есть мы становимся дружественными и к пациентам, и к вам, нашим коллегам.

А.Самойлова обратилась к докторам с призывом присылать в систему фармаконадзора сообщения о нежелательных реакциях, связанных с назначением препаратов и с вакцинацией от коронавируса. По её мнению, сегодня беременные не спешат прививаться потому, что боятся, не знают, как воздействует вакцина на организм.

Безопасность вакцинации для беременных подтвердили специалисты Национального медицинского исследовательского центра акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И.Кулакова в ряде выступлений на форуме. А директор НМИЦ академик РАН Геннадий Сухих напомнил:

– Исследования показали, что вакцинация не оказывает негативного влияния на овариальный резерв женщины, отсутствуют изменения репродуктивной функции аутоиммунного генеза. Не влияет она и на сперматогенез и гормональный уровень у мужчин.

Обязаны не отставать

Помимо связанных с пандемией проблем, тематика форума охватывала классические вопросы акушерства, гинекологии, неонатологии, репродукции: эндометриоз, кровотечения, невынашивание беременности, бесплодие и т.д. По словам Г.Сухих, нынешний форум «Мать и дитя» посвящён широкому кругу фундаментальных, клинических и организационных аспектов, касающихся оптимизации оказания помощи, результативности сотрудничества врачей разных специальностей.

– Без интеграции, без новых технологий, без ликвидации разрыва между клиникой и наукой не продвинуться вперёд, – подчеркнул он.

Информируя участников мероприятия о работе НМИЦ с регионами, об итогах аудита, академик отметил среди типичных проблем неполное обеспечение качества и безопасности оказываемой помощи, разобщённость амбулаторного и стационарного этапов, необоснованную порой госпитализацию, недостаточное внедрение клинических рекомендаций (их по специальности утверждено 29), но главное – дефицит специалистов.

Большая секция на форуме была отведена вспомогательным репродуктивным технологиям. Предстоит сформировать регистр ВРТ и регистр репродуктивного здоровья населения.

Рассказывая о роли центра, Г.Сухих упомянул о новом междис-

циплинарном направлении – сохранении репродуктивного материала для отсроченного деторождения у онкогинекологических больных и разработке инновационных методов ИВМ. Проконсультировано уже более 300 пациенток, произведена криоконсервация около 1 тыс. ооцитов и 300 эмбрионов.

– Планируем свои технологии ИВМ и криоконсервации распространить на все регионы, – поделился соображениями Г.Сухих и далее остановился на значении семенной плазмы в наступлении беременности:

– В 1986 г. я спросил Бориса Леонова – пионера ЭКО в нашей стране (благодаря которому появился первый ребёнок «из пробирки» в России. – В.Е.), куда девают семенную плазму, после того, как выделили сперматозоид. Он ответил: «Выбрасывают». Потребовались многие десятилетия, чтобы понять, что эволюция не создаёт просто так биологическую форму материи, что семенная плазма оказывает мощный эффект: она готовит иммунную систему.

Но весь вопрос заключается в качественном составе семенной плазмы. Если она, например, содержит избыточное количество интерлейкина 18, то наступление беременности не выше 10%. А вот правильная плазма способствует наступлению беременности в 61% случаев.

– Это меняет принцип ведения пациентов, – считает академик. – К лечению бесплодного брака нужно подходить иначе, исследовать семенную плазму пары, применять барьерную контрацепцию, если она не соответствует необходимым параметрам, и думать о том, чтобы лучшие молекулы поступали на слизистую репродуктивного тракта женщины.

В НМИЦ акушерства, гинекологии и перинатологии также начата работа по анализу экзема каждого родившегося ребёнка. С февраля исследовано уже более 3 тыс. Это позволяет исключить моногенные заболевания и в целом даёт очень многое. По словам академика, человек – сложнейшая система.

– Изучая геном, мы должны понимать, что это только часть системы, – сказал он. – Геном – прекрасный роуль с чёрно-белыми клавишами, но за него может сесть Денис Мацуев и человек без музыкального слуха. Один и тот же геном, но мелодии могут быть разные. Я имею в виду эпигенетику. Мы должны знать поломки генома и понимать, как исправить неправильное звучание этого роуля. Это должно быть в фокусе нашего внимания в ближайшее время.

Валентина ЕВЛАНОВА,
корр. «МГ».

Имплантация искусственной радужки

Травматические повреждения глаза часто осложняются утратой хрусталика и радужной оболочки, приводящей к снижению зрительных функций и значительным косметическим дефектам. Реабилитация данной группы пациентов подразумевает использование искусственной иридохрусталиковой диафрагмы, что позволяет одновременно восстанавливать диафрагмирующую функцию радужки и преломляющие свойства хрусталика.

Разработкой и последующим усовершенствованием такого протеза специалисты Чебоксарского филиала МНТК «Микрохирургия глаза» занимаются совместно с инженерами-конструкторами предприятия «Репер-НН» (Нижний Новгород), начиная с 1995 г. Создано уже несколько различных вариантов иридохрусталиковой диафрагмы «МИОЛ-Радужка» и предложены технологии их имплантации в зависимости от конкретной клинической ситуации. Более того, персонализированный подход к выбору протеза радужной оболочки предполагает, что врач учитывает даже настоящий рисунок и цвет глаз пациента, а это немаловажно.

Модель искусственной радужки, созданная чебоксарскими офтальмологами и нижегородскими инженерами, получила признание у коллег не только в России, но и по всему миру. Обучение технологии её имплантации входит в состав образовательных курсов в рамках европейских и американских конгрессов офтальмологов. Российская искусственная радужка имеет патент США, получила европейскую CE-марку, которая позволила ей занять прочное место на европейском офтальмологическом рынке, вытеснив с него аналогичную продукцию двух известных производителей.

Врождённая аниридия

Обширные дефекты радужной оболочки могут формироваться не только в результате приобретённой, но и врождённой патологии, обусловленной генетическими причинами. С 2014 г. в Чебоксарском филиале изучаются генетические аспекты врождённой аниридии и её офтальмологических проявлений.

Серьёзный прогноз – снижение зрительных функций вплоть до слепоты – связан с комплексным характером глазных поражений, включающих кератопатию, нистагм, глаукому, отсутствие радужной оболочки, незрелость сетчатки и зрительного нерва. Фундаментальные и прикладные научные исследования, выполненные офтальмологами в сотрудничестве с генетиками, позволили выделить благоприятные и неблагоприятные варианты течения врождённой аниридии, а также сформировать алгоритмы лечения, которые позволяют сохранить остаточные зрительные функции у пациентов с таким диагнозом.

В настоящее время под кураторством специалистов филиала находятся около 200 пациентов с этой редкой врождённой патологией.

Эндофтальмит

Сотрудники витреоретинального отделения разработали новую хирургическую технологию лечения самого серьёзного посттравматического осложнения в офтальмологии, грозящего полной потерей зрения – эндофтальмита. До её внедрения в клиническую практику была проведена большая экспериментальная работа, по результатам которой доказаны безопасность и эффективность

предложенного способа лечения. Благодаря применению данной технологии удаётся сохранить зрительные функции у большинства пациентов с тяжёлыми интраокулярными воспалениями.

Отслойка сетчатки

Поиск высокоэффективных способов лечения отслойки сетчатки – неотложная задача, кото-

энергии и более высокая частота импульсов, используемые в этом лазере, обеспечивают максимальную точность, минимальное повреждение тканей и минимальные побочные эффекты.

Лазерная коррекция у детей

Когда-то рефракционная хирургия использовалась для коррекции аметропий исключительно у

операции. Ещё одна новация – выполнение комбинированной операции при наличии закрытоугольной глаукомы с плоской радужкой с применением видео-эндоскопической системы. Такой подход позволяет улучшить не только зрение, но и отток внутриглазной жидкости через естественные для глаза пути, тем самым стабилизировать течение глаукомы.

Дакриология

Дакриологическая группа Чебоксарского филиала МНТК – единственное в регионе и одно из немногих в стране отделений данного профиля. Главное направление его научной работы – разработка и внедрение малоинвазивных технологий в лечении нарушений образования и оттока

Территория инноваций

Где рождается современная офтальмология?

Прогресс в медицине обеспечивает не только столица, но и регионы

Эта точка на карте российской офтальмологической службы появилась без малого 35 лет назад, когда по инициативе академика Святослава Фёдорова в городе Чебоксары был открыт филиал Межотраслевого научно-технического комплекса «Микрохирургия глаза». Некогда далёкая «столичная» высокотехнологичная офтальмология стала близкой. Сегодня хорошо организованная специализированная медицинская помощь с использованием современных наукоёмких технологий диагностики и лечения заболеваний органа зрения доступна населению не только самой Республики Чувашия и соседних регионов Приволжского федерального округа, а также пациентам со всех уголков страны и ближнего зарубежья.

Слово «наукоёмкие» здесь ключевое. Врачи и научные сотрудники Чебоксарского филиала Национального медицинского исследовательского центра МНТК «Микрохирургия глаза» им. С.Н.Фёдорова не просто внедряют готовые, кем-то и где-то разработанные способы и методы лечения в практику своей работы, но и сами пополняют арсенал российской и мировой офтальмологии новыми разработками.

рая требует быстрого решения. К сожалению, в настоящее время даже после успешно проведённой операции с достижением анатомического прилегания отслоённой сетчатки её функциональные показатели, в первую очередь острота зрения, могут оставаться невысокими.

Чебоксарский филиал активно применяет новые подходы к лечению и профилактике отслойки сетчатки, в том числе при травмах глаза с сочетанным поражением переднего и заднего отрезков, разработанные в системе МНТК. Речь идёт об использовании микроинвазивных хирургических технологий. В зависимости от показаний диапазон витреоретинальных вмешательств может варьировать от минимальной двухпортовой хирургии 25 и 27Ga до больших комбинированных вмешательств с использованием временного кератопротеза и последующей кератопластики.

Лазерная коррекция зрения

В 2007 г. в Чебоксарском филиале МНТК «Микрохирургия глаза» впервые в России начали проводить операции методом ФемтоЛАЗИК для коррекции близорукости, дальнозоркости и астигматизма. С тех пор выполнено около 30 тыс. таких вмешательств.

В нынешнем году специалистами рефракционно-лазерного отделения внедрён новый метод лазерной коррекции зрения CLEAR (Corneal Lenticule Extraction for Advanced Refractive Correction) – извлечение роговичной лентикулы через микроразрез. Его преимущество в том, что верхние слои роговицы остаются нетронутыми. Операции проводятся на единственной в Приволжском федеральном округе фемтолазерной установке Femto LDV Z8. Концепция применения низкой

взрослых, желающих избавиться от очков или контактных линз. Чебоксарский филиал МНТК – один из немногих центров офтальмологии в мире, где применяются лазерные рефракционные технологии в лечении высоких степеней гиперметропии в сочетании с анизометропической амблиопией у детей с 7-летнего возраста и подростков.

Здесь разработали и внедрили в практику систему коррекции гиперметропии и гиперметропического астигматизма у детей и подростков. В 2008 г. был выполнен первый ФемтоЛАЗИК у детей с гиперметропической анизометропией и амблиопией. С того времени в коррекции гиперметропической рефракции у детей основной технологией является ФемтоЛАЗИК, при этом хирурги работают на отечественных лазерных установках.

Глаукома

Глаукома – одна из главных причин ухудшения зрения и последующей слепоты. Выявление глаукомы на ранних стадиях и снижение внутриглазного давления до безопасных значений – вот условия сохранения зрительных функций. Специалисты глаукомного отделения Чебоксарского филиала МНТК «Микрохирургия глаза» используют в своей работе три варианта гипотензивного лечения при глаукоме: медикаментозный, лазерный и хирургический, причём, два из них – с применением собственных разработок.

Так, при выполнении операций непроницающего типа используется специализированный перфорированный дренаж, который, благодаря своей конструкции и физико-химической структуре, способствует активации всех путей оттока внутриглазной жидкости и обеспечивает длительную эффективность проведённой

Кератопластика

Одним из способов кардинально исправить нарушения зрения при кератоконусе и высокой близорукости является интрастромальная кератопластика, когда в толщу роговой оболочки вводят биосовместимые имплантаты в виде сегментов или колец, которые корректируют её форму.

В Чебоксарском филиале МНТК «Микрохирургия глаза» была разработана оптимизированная технология такой имплантации с применением фемтосекундного лазера. Суть – в более глубоком расположении интрастромального кольца для большего повышения прочностных свойств роговицы и возможности лазерной докоррекции при необходимости.

Чебоксары – второй после Москвы город в стране по количеству выполняемых пересадок роговицы при различных её патологиях. И в этой области сотрудниками филиала также разработаны новые технологии.

Интраокулярные линзы

В течение многих лет в филиале не прекращается разработка новых ИОЛ, призванных решать нестандартные задачи, создаются имплантаты для клинических ситуаций с нестабильной рефракцией. В частности, при хирургии катаракты у детей грудного возраста остро стоит проблема подбора интраокулярных линз нужной оптической силы. Поскольку в первые годы жизни размеры глаза увеличиваются, то оптика, необходимая ребёнку в возрасте, важном с точки зрения зрительных способностей мозга, по завершении периода роста становится избыточной. Для решения этой проблемы в Чебоксарском филиале МНТК разрабатывают модульную модель искусственного хрусталика, в которой оптический диск при необходимости может быть относительно атравматично заменён.

– Как следует из сообщения Всемирной организации интеллектуальной собственности, больше всего изобретений для восстановления зрения, предложенных университетами и научно-исследовательскими институтами мира за период с 1998 по 2019 г. принадлежит авторству сотрудников МНТК «Микрохирургия глаза». И мне приятно сказать о том, что среди этих изобретений есть принадлежащие специалистам Чебоксарского филиала. Данное обстоятельство доказывает важную истину – бурное развитие любой отрасли, включая медицину, возможно даже на удалении от крупных столичных городов. В нашем случае это достигается за счёт мощной синергии всех подразделений комплекса – научного, клинического, образовательного, – говорит директор Чебоксарского филиала МНТК «Микрохирургия глаза» доктор медицинских наук Надежда Поздеева.

По целому ряду направлений офтальмологии филиал стал лидером в плане выполнения научных исследований и создания новых лечебно-диагностических технологий.

слезы. Недаром на лечение сюда едут пациенты со всей России.

В Чебоксарах сформировалась собственная дакриологическая школа, имеющая учеников и последователей по всей стране и за её пределами. Дренажи, стенты собственной конструкции производятся предприятиями-партнёрами филиала. Авторские технологии операций защищены многими патентами, часть из них получили международное признание.

* * *

Завершая рассказ о научных приоритетах Чебоксарского филиала МНТК «Микрохирургия глаза», его директор подчёркивает, что филиал, как подразделение национального медицинского исследовательского центра, курирует работу офтальмологической службы восьми регионов Приволжского федерального округа. Это означает не только то, что всех самых сложных пациентов отправляют именно сюда, но и то, что ведётся постоянная работа по повышению качества медицинских услуг, предоставляемых государственными лечебными учреждениями курируемых регионов. Филиал – один из крупнейших образовательных центров, где постоянно повышают квалификацию офтальмологи со всей страны и из-за рубежа. Секретов от коллег здесь не имеют.

– Если в одном из филиалов появилась какая-то новая технология, этой информацией мы делимся и внедряем во всей системе МНТК, а затем и во всей отрасли. Такая практика открытости позволяет МНТК оставаться лидером, а наша система слияния науки и практики, пожалуй, может послужить образцом для многих медицинских центров и отраслей, – уверена Н.Поздеева.

Елена БУШ,
обозреватель «МГ».



КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 40 (2304)

Определение

Обморок – преходящая потеря сознания, связанная с временной общей гипоперфузией головного мозга. Коллапс (лат. collabor, collapses – ослабевший, упавший) – остро развивающаяся сосудистая недостаточность, характеризующаяся падением сосудистого тонуса и относительным уменьшением объёма циркулирующей крови.

Классификация

Классификация и коды МКБ-10 ВОЗ (WHO ICD-10NA)

№ п.п.	Код по МКБ-10	Нозологическая форма
1	R55	Обморок (синкопе) и коллапс

I. Рефлекторный (нейрогенный) обморок
1. Вазовагальный
– Вызванный эмоциональным стрессом (страхом, болью, инструментальным вмешательством, контактом с кровью).
– Вызванный ортостатическим стрессом.
2. Ситуационный.
● кашель, чихание
● раздражение желудочно-кишечного тракта (глотание, дефекация, боль в животе)
● мочеиспускание
● нагрузка
● приём пищи
● другие причины (смех, игра на духовых инструментах, подъём тяжести).

3. Синдром каротидного синуса.
4. Атипичные боли (при наличии явных триггеров и/или атипичные проявления).

II. Обморок, связанный с ортостатической гипотонией.
1. Первичная вегетативная недостаточность.
● чистая вегетативная недостаточность, мультисистемная атрофия, болезнь Паркинсона, болезнь Леви.

2. Вторичная вегетативная недостаточность.
● алкоголь, амилоидоз, уремия, повреждение спинного мозга
● лекарственная ортостатическая гипотония. Алкоголь, вазодилататоры, диуретики, фенотиазины, антидепрессанты
● потеря жидкости. Кровотечение, диарея, рвота.

III. Кардиогенный обморок.
1. Аритмогенный.

● брадикардия. Дисфункция синусового узла (включая синдром брадикардии/тахикардии). Атриовентрикулярная блокада. Нарушения функции имплантированного водителя ритма.

● тахикардия. Наджелудочковая (НЖТ). Желудочковая (идиопатическая, вторичная при заболевании сердца или нарушении ионных каналов (ЖТ)).

● лекарственная брадикардия и тахикардия.

1. Органические заболевания.
● сердце (пороки сердца, острый инфаркт миокарда/ишемия миокарда, гипертрофическая кардиомиопатия, образования в сердце (миксома, опухоли), поражение перикарда/тампонада, врождённые пороки коронарных артерий, дисфункция искусственного клапана).

● другие (тромбоэмболия лёгочной артерии, расслаивающая аневризма аорты, лёгочная гипертензия).

Этиология и патогенез

Вегетативные расстройства могут возникнуть вследствие поражения как центральной, так и периферической нервной системы.

Поражение центральной нервной системы может вызывать различные вегетативные нарушения. В головном мозге существуют центры, поражение которых обязательно приведёт к развитию вегетативных дисфункций. К ним относятся все сегментарные центры головного мозга (парасимпатические ядра черепных нервов, группы клеток ствола мозга) и некоторые надсегментарные образования (гипоталамус, гиппокамп, кора островка, орбитальная кора, миндалина, поясная извилина). Однако в последнее время появились данные, что любая структура мозга оказывает влияние на вегетативные функции. Их поражение может сопровождаться, а может не сопровождаться нарушением вегетативной регуляции. С одной стороны, поражение одного и того же центра

может приводить к развитию противоположно направленных вегетативных симптомов (бради- или тахикардии, гипо- или гипертермии, гипо- или гипертензии и др.). Это связано с отсутствием строгой направленности ответной реакции вегетативных центров на поступающие раздражения. Они могут оказывать как возбуждающие, так и тормозные влияния на эффекторные органы в зависимости от модальности поступающей в них афферентной информации и преобладающего состояния ЦНС в момент ответа на раздражение.

Ортостатическая гипотензия является острым проявлением вегетативной дисфункции, синдрома периферической вегетативной недостаточности. Снижение артериального давления, возникающее при

Оказание скорой медицинской помощи при обмороке (синкопе) и коллапсе

Клинические рекомендации (протокол)

переходе из положения лёжа в положение стоя (более чем на 30 мм рт.ст.) и вызывающее появление симптомов, в частности обусловленных снижением кровоснабжения головного мозга. В её патогенезе ведущую роль играет нарушение выделения норадреналина эфферентными симпатическими волокнами, адреналина надпочечниками и ренина почками, в результате чего не происходит периферической вазоконстрикции и повышения сосудистого сопротивления, прироста ударного объёма и частоты сердечных сокращений. Нарушение секреции этих нейромедиаторов могут быть обусловлены поражением как центральной, так и периферической нервной систем. При ортостатической гипотензии, возникающей вследствие поражения ЦНС, нарушается регуляция выделения нейромедиаторов периферическими симпатическими волокнами. В этом случае уровень норадреналина в положении лёжа не отличается от нормы, но при этом не происходит его повышения при переходе в положение стоя. При ортостатической гипотензии, возникающей вследствие страдания постганглионарных симпатических волокон, как правило, определяется сниженный уровень норадреналина в крови уже в положении лёжа, который в ответ на переход в вертикальную позицию ещё больше падает. Симптоматика центральной и периферической ортостатической гипотензии является одинаковой. Больные после перехода в вертикальную позицию предъявляют жалобы на головокружение, потемнение в глазах, затуманенное зрение, ощущение дурноты, уходя пола из под ног, дискомфорт в области головы и шеи, слабость в ногах. Могут присутствовать другие признаки вегетативной недостаточности. Ортостатическая гипотензия центрального генеза наблюдается при синдроме Шая – Дрейджера, опухолях задней черепной ямки, ствола мозга, височной доли, третьего желудочка, рассеянном склерозе, синингобулбии.

Клиническая картина

В развитии обморока выделяют три периода:

– пресинкопальный – продромальный – период предвестников; непостоянный, от нескольких секунд до нескольких минут;
– собственно синкопе – отсутствие сознания длительностью 5-22 секунды (в 90% случаев) и редко до 4-5 минут;
– постсинкопальный – период восстановления сознания и ориентации длительностью несколько секунд.

Прогностически неблагоприятные признаки:

– боль в грудной клетке;
– одышка;
– пароксизмальная тахикардия с ЧСС больше 160 в минуту;
– брадикардия с ЧСС меньше 40 в минуту;
– внезапная интенсивная головная боль;

– боль в животе;
– артериальная гипотензия, сохраняющаяся в горизонтальном положении;
– изменения на ЭКГ (за исключением неспецифических изменений сегмента ST);
– очаговые, общемозговые и менингеальные симптомы;
– отягощённый анамнез (наличие застойной сердечной недостаточности);
– эпизодов желудочковой тахикардии и др.;

– возраст более 45 лет.

Оказание скорой медицинской помощи на догоспитальном этапе

Советы позволившему

Первая помощь – перевод в горизонтальное положение с поднятыми ногами.

Помогите больному свободно дышать – расстегните стесняющую одежду.

Осторожно поднесите к ноздрям больного на 0,5-1 секунды с небольшой кусок ваты или марли, смоченной раствором аммиака.

При длительном отсутствии сознания – стабильное положение на боку.

Если больной перестаёт дышать, начните сердечно-лёгочную реанимацию.

– исследование пульса: замедленный, слабый;
– измерение ЧСС: учащённая, замедленная, неправильный ритм;
– измерение АД: нормальное, пониженное;

– аускультация: оценка сердечных тонов, наличие шумов над областью сердца, на сонных артериях, на брюшной аорте;

– шея: ригидность затылочных мышц;
– язык: сухой или влажный, следы свежих прикусов или рубцы;

– дыхание: ритм и глубина дыхания, запах ацетона, аммиака, алкоголя;

– грудная клетка: деформации, симметричность, отставание одной половины в акте дыхания;

– перкуссия грудной клетки;

– кожа: влажная, сухая, бледная, желтушная, цианоз, высыпания, покрасневшая, холодная, горячая;

– живот: размеры, вздутие, запавший, ассиметричный, размеры печени, селезёнки, почек, наличие перистальтических шумов.

Лечение (D, 4)

Общие мероприятия

– Для обеспечения максимального притока крови к мозгу следует уложить пациента на

спину, приподняв ноги или усадить, опустив его голову между коленями.
– Обеспечить свободное дыхание: развязать галстук, расстегнуть воротник.
– Брызнуть холодной водой на лицо.
– Открыть окно для увеличения притока воздуха.
– Оксигенотерапия.
– Контроль ЧСС, АД.

Показания к доставке в стационар
Доставке в стационар с целью оказания медицинской помощи подлежат пациенты:
– с повреждениями, возникшими вследствие падения при обмороке;
– при нарушениях ритма и проводимости, приведшими к развитию обморока;
– с синкопе, вероятно вызванным острой ишемией миокарда;
– с вторичными синкопальными состояниями при заболеваниях сердца и лёгких;
– с общемозговой и/или очаговой неврологической симптоматикой.

Доставить в стационар с целью уточнения диагноза подлежат пациенты:

– при подозрении на заболевание сердца, в том числе с изменениями на ЭКГ;
– при развитии синкопе во время физической нагрузки;
– с семейным анамнезом внезапной смерти;

– с аритмией или ощущением перебоев в работе сердца непосредственно;
– перед обмороком;
– при развитии синкопе в положении лёжа;

– с рецидивирующими обмороками.

Оказание скорой медицинской помощи на госпитальном этапе в стационарном отделении скорой медицинской помощи

Диагностика (D, 4)

1. Регистрация ЭКГ в 12 отведениях – выявление кардиогенных причин:

– тахикардия с ЧСС > 150 в минуту;
– брадикардия с ЧСС < 50 в минуту;
– фибрилляция или трепетание предсердий;

– желудочковая тахикардия или пароксизмальная наджелудочковая тахикардия;
– эпизоды полиморфной желудочковой тахикардии и удлинённый или короткий интервал Q;

– нарушения функции водителя ритма или дефибриллятора;
– укорочение PQ < 100 мс с дельта-волной или без неё;

– полная блокада ножки пучка Гиса (QRS > 120 мс) или любая двухпучковая блокада;
– Q/QS, подъём T на ЭКГ – возможный инфаркт миокарда;

– атриовентрикулярная блокада II-III степени, (Мобитц II, полная блокада);
– блокада правой ножки пучка Гиса с подъёмом ST в V₁, 3 (синдром Бругада);

– отрицательные T в V₁ и наличие эпсилон-волны (поздние желудочковые спайки) – аритмогенная дисплазия правого желудочка.

– голова и лицо: наличие травматических повреждений;

– нос и уши: выделение гноя, крови, ликвора, цианоз;

– глаза: конъюнктивит (кровоизлияние, бледность или желтушность), зрачки (размеры, реакция на свет, асимметрия);

– голова и лицо: наличие травматических повреждений;

– нос и уши: выделение гноя, крови, ликвора, цианоз;

– глаза: конъюнктивит (кровоизлияние, бледность или желтушность), зрачки (размеры, реакция на свет, асимметрия);

2. Определение наличия психоактивных веществ в слюне и/или моче с помощью тест-полосок.

3. Определение концентрации глюкозы крови: исключение гипогликемии.

Консультация пациента неврологом: исследование неврологического статуса – обратить внимание на наличие следующих признаков острого нарушения мозгового кровообращения:

- расстройство сознания;
- дефекты полей зрения (чаще всего наблюдают гомонимную гемианопсию, паралич взора);
- нарушения артикуляции;
- дисфагия;
- парезы, параличи; следы инъекций;
- гипестезии, гемигипестезии;
- атаксии, чаще мозжечковые;
- расстройства функции тазовых органов, чаще по периферическому типу – недержание мочи.

Лечение (D, 4)

Способ применения и дозы лекарственных средств:

1. Средства с рефлекторным стимулирующим действием на дыхательный и сосудодвигательный центр: 10%-ный водный раствор аммиака (нашатырный спирт): осторожно подносят небольшой кусок ваты или марли, смоченной раствором аммиака, к ноздрям пациента на 0,5-1 секунды (можно использовать ампулу с оплёткой – при отламывании кончика ампулы ватно-марлевая оплётка пропитывается раствором).

2. При значительном снижении АД – Мидодрин (гутрон) перорально по 5 мг (в таблетках или 14 капель 1%-ного раствора), максимальная доза – 30 мг/сут. Начало действия через 10 минут, максимальный эффект через 1-2 часа, продолжительность 3 часа. Допустимо в/м или в/в введение в дозе 5 мг. Противопоказан при феохромоцитоме, облитерирующих заболеваниях артерий, закрытоугольной глаукоме, гиперплазии предстательной железы (с задержкой мочи), механической обструкции мочевыводящих путей, тиреотоксикозе.

– Фенилэфрин (мезатон) в/в медленно 0,1-0,5 мл 1%-ный раствор в 40 мл 0,9% р-ра натрия хлорида. Действие начинается сразу после внутривенного введения и продолжается в течение 5-20 минут. Противопоказан при фибрилляции желудочков, инфаркте миокарда, гиповолемии, феохромоцитоме, беременности, у детей до 15 лет.

3. При брадикардии и остановке сердечной деятельности: атропин 0,5-1 мг в/в струйно, при необходимости через 5 минут введение повторяют до общей дозы 3 мг. Доза атропина менее 0,5 мг может парадоксально снизить ЧСС! При брадикардии по витальным показаниям противопоказаний нет. С осторожностью применяют при закрытоугольной глаукоме, тяжёлой сердечной недостаточности, ИБС, митральном стенозе, атонии кишечника, гиперплазии предстательной железы, почечной недостаточности, артериальной гипертензии, гипертиреозе, миастении, беременности.

4. При гипогликемических обмороках (при обмороке более 20 секунд ex juvantibus): 50 мл 40%-ного раствора глюкозы в/в (не более 120 мл из-за угрозы отёка головного мозга). Предварительно следует ввести 2 мл

5%-ного тиамин (100 мг) для предупреждения потенциально смертельной острой энцефалопатии Гайе – Вернике, которая развивается вследствие дефицита витамина В1, усугубляющегося на фоне поступления больших доз глюкозы, особенно при алкогольном опьянении и длительном голодании.

5. При кардиогенных и церебральных обмороках проводят лечение основного заболевания.

6. При остановке дыхания и/или кровообращения проводят сердечно-лёгочную реанимацию.

Часто встречающиеся ошибки:

- Назначение анальгетиков.
- Назначение спазмолитиков.
- Назначение антигистаминных средств.

Показания для госпитализации в кардиологическое отделение стационара:

- кардиогенный обморок;
- кардиостимуляция;
- пароксизмальная узловая реципрокная тахикардия или трепетания предсердий, ассоциирующаяся с обмороками – катетерная абляция.

Показания для госпитализации в неврологическое отделение стационара:

- регистрация общемозговой и/или очаговой неврологической симптоматики;
- выявление очагового поражения головного мозга при нейровизуализации;
- при стенозирующих поражениях и/или извитостях артерий головного мозга, необходима консультация сосудистого хирурга.

Показания к лечению в амбулаторных условиях:

Наличие верифицированного диагноза сердечно-сосудистого заболевания является показанием для лечения в городском ангионеврологическом центре и/или наблюдение у невролога в поликлинике по месту жительства.

Вероника НИКИТИНА,
ассистент кафедры неврологии и мануальной
медицины факультета последипломного
образования, ведущий научный сотрудник
отдела биохимии, доктор медицинских наук.

Александр СКОРОМЕЦ,
заведующий кафедрой неврологии
и нейрохирургии,
академик РАН.

Елена МЕЛЬНИКОВА,
профессор кафедры неврологии
и нейрохирургии.

Наталья ШУЛЕШОВА,
профессор кафедры неврологии и
нейрохирургии.

**Первый Санкт-Петербургский
государственный медицинский университет
им. И.П.Павлова.**

Игорь ВОЗНЮК,
заместитель директора по научной
работе Санкт-Петербургского научно-
исследовательского института скорой помощи
им. И.И.Джанелидзе, профессор кафедры
нервных болезней Военно-медицинской
академии им. С.М.Кирова.

Наталья СЛУЧЕК,
доцент кафедры скорой медицинской
помощи Северо-Западного государственного
медицинского университета
им. И.И.Мечникова.

Приложение
Сила рекомендаций (A-D), уровни доказательств (1++, 1+, 1-, 2++, 2+, 2-, 3, 4) по схеме 1 и схеме 2 приводятся при изложении текста клинических рекомендаций (протоколов)

Рейтинговая схема для оценки силы рекомендаций (схема 1)

Уровни доказательств	Описание
1++	Метаанализы высокого качества, систематические обзоры рандомизированных контролируемых исследований (РКИ) или РКИ с очень низким риском систематических ошибок
1+	Качественно проведённые метаанализы, систематические или РКИ с низким риском систематических ошибок
1-	Метаанализы, систематические или РКИ с высоким риском систематических ошибок
2++	Высококачественные систематические обзоры исследований случай-контроль или когортных исследований. Высококачественные обзоры исследований случай-контроль или когортных исследований с очень низким риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной взаимосвязи
2+	Хорошо проведённые исследования случай-контроль или когортные исследования со средним риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной взаимосвязи
2-	Исследования случай-контроль или когортные исследования с высоким риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной взаимосвязи
3	Неаналитические исследования (например: описания случаев, серий случаев)
4	Мнения экспертов

Рейтинговая схема для оценки силы рекомендаций (схема 2)

Сила	Описание
A	По меньшей мере один метаанализ, систематический обзор или РКИ, оценённые как 1++, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие устойчивость результатов, или группа доказательств, включающая результаты исследований, оценённые как 1+, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов
B	Группа доказательств, включающая результаты исследований, оценённые как 2++, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов, или экстраполированные доказательства из исследований, оценённые как 1++ или 1+
C	Группа доказательств, включающая результаты исследований, оценённые как 2+, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов, или экстраполированные доказательства из исследований, оценённые как 2++
D	Доказательства уровня 3 или 4 или экстраполированные доказательства из исследований, оценённые как 2+

(Окончание. Начало в № 41 от 20.10.2021.)

У 65-80% больных установлено улучшение общего состояния, наметились тенденции к нормализации АД, положительная динамика в неврологическом статусе, регресс клинической симптоматики и вегетативных нарушений, улучшились лабораторные и гемодинамические показатели. У больных с дисциркуляторной энцефалопатией снижалась выраженность неврологического дефицита. Важно отметить, что лечение больные переносили хорошо и побочных реакций как местного, так и общего характера не наблюдалось. Электроэнцефалографически отчётливо отмечено усиление выраженности альфа-ритма и уменьшение выраженности медленных волн.

Анализ доплерографических параметров мозгового кровообращения показал существенные положительные изменения параметров после проведенного лечения с церулоплазмином. Анализ доплерографических параметров мозгового кровообращения до и после лечения показал положительную динамику у больных с РКФНКМ; диапазон метаболической реактивности при РКФНКМ сужается преимущественно за счёт вазодилаторного резерва; сдвиги в метаболическом контуре регуляции более выражены определялись после 40 лет; достоверных различий скоростных характеристик и уровня сопротивления резистивного русла мозгового

Эндоназальный электрофорез с церулоплазмином при сосудистых заболеваниях головного мозга

кровообращения у больных с РКФНКМ в сравнении с контролем не определялось. Сдвиги в системе ауторегуляции наиболее выражено отмечались у больных с РКФНКМ до 40 лет. Следует отметить, что лучшие результаты получены у пациентов с начальной недостаточностью мозгового кровообращения, при дисциркуляторной энцефалопатии I степени и в более молодом возрасте (Г.Аверцев, 2003).

Катамнестическое изучение с глубиной до 1-3 лет показало стойкость терапевтического эффекта.

Таким образом, церулоплазмин является эффективным средством при лечении сосудистых заболеваний головного мозга, ведёт к регрессу неврологической

симптоматики, стабилизации процесса и замедлению прогрессирования заболевания, обладает стойким терапевтическим эффектом. Предложенный метод лечения с использованием эндоназального электрофореза с церулоплазмином для больных с цереброваскулярной патологией оказывает положительное влияние на гемодинамику, биоэлектрическую активность мозга, благоприятно действует на биохимические параметры крови и функциональное состояние центральной нервной системы, уменьшает выраженность неврологического дефицита. Всё это позволяет рекомендовать более широкое его использование в практической медицине. Метод лечения комфортен,

экономичен, так как на курс лечения нужна одна ампула, с хорошими положительными эффектами и может быть использован в амбулаторных и стационарных условиях.

Нинель БОРИСОВА,
профессор кафедры неврологии Башкирского
государственного медицинского университета,
доктор медицинских наук,

Азамат РАХИМКУЛОВ,
доцент кафедры общественного здоровья
и организации здравоохранения Института
дополнительного профессионального
образования Башкирского ГМУ,
невролог, кандидат медицинских наук.

Ринат ХАЗИАХМЕТОВ,
невролог Республиканской клинической
больницы им. Г.Г.Куватова (Уфа),
кандидат медицинских наук.

Проблемы и причины

Подытоживая опыт, нарабатанный отечественной хирургической службой за полтора года функционирования в условиях COVID-19, главный врач больницы Святого Георгия подчеркнул: все организационные, технологические и клинические трудности, с которыми пришлось столкнуться в 2020-2021 гг., обусловлены двумя главными причинами. Первая – значительное сокращение объёмов плановой хирургической помощи, вторая – ограничение доступности экстренной хирургической помощи. Отсюда – изменение в худшую сторону показателей послеоперационных осложнений и госпитальной летальности при хирургических заболеваниях. Избежать этих изменений в такой системе организации оказания медицинской помощи было просто невозможно.

Далее, сама коронавирусная инфекция создавала и продолжает создавать проблемы для хирургов. Все без исключения стационары столкнулись со сложностями отбора пациентов перед плановой операцией, поскольку необходимо избежать госпитализации человека, инфицированного SARS-CoV-2.

– Точность ПЦР-тестирования на COVID-19 составляет от 70 до 95%, таким образом, до 30% инфицированных могут иметь отрицательный тест и абсолютно легитимно оказаться на больничной койке в «нековидном» хирургическом отделении. Между тем, периоперационная летальность у пациентов с коронавирусной инфекцией значительно – до 12 раз – выше и достигает 19% при плановых оперативных вмешательствах. Таковы, кстати, не сугубо российские, а общемировые данные. Вот почему приоритетный отбор на плановые операции пациентов, которые вакцинированы и переболели COVID-19, повышает безопасность вмешательства как для них самих, так и для других пациентов и медицинского персонала. Тщательный отбор хирургических пациентов на операцию предполагает качественное обследование их на догоспитальном этапе. Чтобы начать плановую хирургическую помощь в полном объёме, мы должны приложить все усилия к тому, чтобы исключить госпитализацию в «чистые» стационары пациентов с коронавирусной инфекцией. В противном случае так и будем «карантинить» до бесконечности, закрывая то одно, то другое отделение и оставляя врачей без работы, а пациентов – без лечения, – убеждён В.Стрижелецкий.

По словам эксперта, оптимальные сроки выполнения планового хирургического вмешательства пациенту, перенёвшему COVID-19, составляют не менее 4 недель от постановки диагноза после бессимптомного течения инфекции и не менее 6 недель при развёрнутой клинике COVID-19, но не требовавшей госпитализации. Пациенты, которые болели тяжело и проходили лечение в условиях ОРИТ, могут быть прооперированы по поводу хронической хирургической патологии не ранее, чем через 12 недель после выписки из инфекционного госпиталя.

Отдельное внимание следует уделить людям с сахарным диабетом и иммуносупрессией, имеющим какую-либо хирургическую патологию: они могут быть прооперированы в плановом порядке через 8 недель

после того, как переболели COVID-19, раньше нежелательно, что обусловлено особенностями влияния коронавируса на эндокринную, сосудистую и иммунную системы организма. Соблюдение данных интервалов, говорит В.Стрижелецкий, позволяет снизить риск периоперационной летальности. И это предупреждение не умозрительное,

собой разумеется. Что касается технических мер обеспечения инфекционной безопасности, то следует прежде всего минимизировать дисперсию биологических жидкостей пациента: отказаться от ультразвуковых диссекторов и электрокоагуляторов при открытых операциях, добиться максимальной герметичности рабочих пространств

вольно или невольно возьмёт с собой в «неинфекционное» будущее, эксперт называет прежде всего шлейф хирургической запущенности. По мнению В.Стрижелецкого (и он сказал об этом с трибуны съезда) пациенты с хроническими хирургическими заболеваниями плюс COVID-19 – это особая категория, своего рода

необходимость иметь в структуре многопрофильных стационаров корпуса-трансформеры, в которых можно оказывать помощь, в том числе хирургическую, пациентам как с соматической, так и с инфекционной патологией. Признаться, автор этих строк за последние полтора года слышала данную идею от нескольких специалистов, за-

Продолжаем разговор

«Новая нормальность»: на время или навсегда?

Хирурги хотят вернуться в операционные, откуда их выгнала пандемия

Выступая на прошедшем недавно Съезде хирургов России, главный врач городской больницы Святого Георгия (Санкт-Петербург), доктор медицинских наук, профессор Валерий Стрижелецкий назвал ситуацию, в которой сегодня вынуждена работать система здравоохранения, «новой нормальностью».

С тем, что условия, в которые оказалась погружена медицина силою пандемии COVID-19, действительно новые – не поспоришь. Но вот с тем, что эти условия стали нормальностью, согласиться трудно. Точнее, не хочется думать, будто отныне и веки будет так и не иначе. А хочется верить в кратковременность такой вынужденной «нормальности», в её скорое неминуемое окончание и возврат к прежней, привычной, выстраданной доковидной медицинской жизни.

– Пандемия COVID-19 привела к снижению объёмов оказания хирургической помощи и создала условия для снижения её качества. Необходимо как можно скорее возобновить выполнение плановых операций в полную силу. Для нашей больницы, где две трети коек хирургические, равно как для сотен других стационаров по стране это чрезвычайно болезненная тема. Представьте, какое огромное число хирургов вынуждены были «встать на паузу» на довольно длительный срок. Мы изголодались по работе. Я сам хирург и мечтаю о том времени, когда можно будет вернуться в операционную, – признаётся В.Стрижелецкий в разговоре с корреспондентом «МГ».

оно основано на имеющейся практике.

Личный опыт

Больница Святого Георгия, которая с самого начала пандемии стала инфекционным госпиталем, за полтора года пролечила более 25 тыс. больных COVID-19, из которых почти 30% требовали пребывания в отделении реанимации.

– Как, наверное, и многие другие стационары, мы вынуждены были перепрофилировать операционный блок, поскольку испытали нехватку реанимационных коек: 7 операционных используются в качестве палат реанимации на 70 мест, – поделился главный врач учреждения с участниками съезда.

Из всех пациентов хирургического профиля при поступлении 14% были в крайне тяжёлом и тяжёлом состоянии. Запущенность болезни объясняется как раз вынужденными ограничениями в работе амбулаторно-поликлинической службы и стационаров плановой хирургии. Количество экстренных операций, выполненных за время пандемии – 3032, что существенно меньше, чем в «мирное время». При этом хирурги этой больницы не ограничивали себя в применении современных технологий, выполняя эндоскопические, эндоваскулярные либо гибридные вмешательства.

– Хочу сделать акцент на том, как мы обеспечивали безопасность медперсонала в операционных. Уверен, наш опыт может быть полезен коллегам. Думаю, про использование средств индивидуальной защиты говорить уже не нужно, это само

и полостей при эндовидеохирургических вмешательствах, использовать системы дымоудаления, при интубации применять видеоларингоскопы. Не менее важными условиями снижения риска инфицирования хирургов и медсестёр являются необходимый минимум персонала, присутствующего в операционной, сокращение длительности операции и анестезии, – продолжает профессор.

Как показывает опыт больницы Святого Георгия, последнее условие в равной мере работает на безопасность и медперсонала, и самого пациента. Чем длительнее операция, тем выше инфекционный для хирургической бригады риск, обусловленный применением наркотозного и хирургического оборудования из-за спрей-эффекта. А для пациента уменьшение продолжительности операции равно уменьшению времени анестезии и продлённой ИВЛ, что само по себе хорошо. Наконец, это должно положительно сказаться на показателе осложнений, и вот почему: в стационаре, который оказывает помощь пациентам с COVID-19, сократился сам объём хирургических вмешательств, поэтому оперируют в основном наиболее опытные специалисты, а молодые привлекаются реже. Никого не хотим обидеть, но факт остаётся фактом: чем опычнее специалисты, работающие у операционного стола, тем меньше будет проблем у пациента в послеоперационном периоде.

Как быть дальше?

Подытоживая, какой багаж, накопленный за время пандемии, система здравоохранения



мина замедленного действия. Поскольку плановой хирургии в полном объёме нет, коморбидный больной либо оказывается в инфекционном госпитале, где, разумеется, хирургической патологией заниматься нет возможности, либо вообще лечится от инфекции дома, а по поводу основной патологии (грыжи, холецистита, язвенной болезни) – нигде.

– Как уже сказано, наш стационар определён для оказания помощи исключительно пациентам с подтверждённым COVID-19 и экстренной хирургической патологией. Стало ли больше экстренных хирургических больных за счёт сокращения объёмов плановой хирургической помощи? Пока мы не заметили роста, но я предполагаю, что это случится уже в ближайшее время, в течение года. К этому нужно быть готовыми, – предупреждает специалист.

Он также считает крайне важным нарастить объём и качество практической подготовки врачей хирургов, компенсируя тем самым образовательный провал последних полутора лет.

– В условиях «новой нормальности» подготовка врачей перешла полностью в дистанционный либо в симуляционный формат. И это точно нормальным не является. Я считаю, подготовить хирургов, не привлекая их к работе в операционных рядом с наставниками, невозможно. Обучение на рабочем месте – вот максимально эффективный способ, без которого обучение на тренажёрах и прослушивание лекций мало что дадут, – уверен В.Стрижелецкий.

Наконец, ещё одна мера, к которой подтолкнул COVID-19 – это

нимающих разные должности в системе здравоохранения и посты в органах власти. Но, похоже, только в одном субъекте РФ – Санкт-Петербурге – этот проект уже реализован на деле. Здесь решили не откладывать воплощение хорошего замысла на потом, а начали строить прямо в разгар пандемии.

– Когда я узнал, что корпус-трансформер строится для госпиталя ветеранов войн, сделал всё возможное и невозможное для того, чтобы и в распоряжении больницы Святого Георгия такое здание появилось. Оказывается, в наше время и в наших реалиях чудеса всё-таки возможны, – не скрывает радости В.Стрижелецкий, чем, конечно же, немного огорчает своих коллег из других регионов, которым подобная удача в диалоге с местными органами власти пока не улыбнулась.

За семь месяцев на территории стационара возвели не лёгкую модульную конструкцию, а капитальный шестизэтажный корпус на 305 коек с боксированными одно-двухместными палатами и несколькими операционными. В период эпидемического неблагополучия он может функционировать как многопрофильный инфекционный госпиталь, а когда вспышка закончится, вернётся к обычной работе.

– При таком подходе не просто исключается вероятность заноса инфекции из одной палаты во все отделения стационара, но и обеспечивается успех лечения инфекционного больного, в данном случае – с COVID-19, учитывая особенности течения заболевания. Пациент с этим диагнозом должен оказаться не в обычной инфекционной больнице, а именно в многопрофильном стационаре, где есть эндокринологи, неврологи, кардиологи, урологи и конечно хирурги. Как мы убедились во время нынешней пандемии, очень многим людям с коронавирусной инфекцией требуется помощь врачей разных специальностей. Создание корпусов-трансформеров при крупных многопрофильных стационарах позволит не прерывать хирургическую работу при будущих эпидемиях, – настаивает В.Стрижелецкий.

Деловые встречи

К кооперации готовы

Для этого необходимы совместные научные исследования и открытия

Многие цифровые технологии, ещё недавно казавшиеся фантастикой, сегодня уже применяются в медицинских учреждениях. Они снимают с врачей рутинные процессы, позволяют значительно повысить эффективность лечебной поддержки и качество медицинских услуг. Некоторые из таких решений были представлены на Международном конгрессе «Цифровая медицина и информационные технологии в здравоохранении. Sechenov Digital Health Summit», который прошёл в Первом Московском государственном медицинском университете им. И.М.Сеченова. Участники мероприятия обсуждали вопросы инвестиций в цифровую медицину, развития национальной информационной системы в сфере здравоохранения, информационной безопасности и противодействия кибератакам, Big Data в фармацевтической индустрии, телемедицины, искусственного интеллекта в диагностике и др.

Не хайпа ради

Сеченовский университет, понятно, не стоит в стороне от изменений. Здесь создали модель цифрового университета и, как сказал первый проректор вуза член-корреспондент РАН Андрей Свистунов, в рамках IT-стратегии уже достигли высоких результатов в интеграции научной, образовательной и клинической деятельности. А в прошлом году в Сеченовском университете приступили к созданию единой цифровой экосистемы – научного центра мирового уровня «Цифровой биодизайн и персонализированное здравоохранение». В консорциуме с институтами РАН здесь планируют к 2025 г. создать так называемые цифровые двойники заболеваний, для первого этапа уже выбрали пять социально значимых заболеваний. Это не просто хайп, не дань мировому тренду, уверяет специалист: «Это тот инструмент, который будет способствовать развитию национальной системы здравоохранения России, позволит проводить опережающую диагностику, прогнозировать характер течения заболевания и эффективность его лечения».

А.Свистунов подчеркнул, что развивать современную медицину сегодня невозможно только лишь с участием исследователей и учёных или даже создавая междисциплинарные команды: «Это невозможно без кооперации с технологическими компаниями, которые активно создают и проводят в жизнь решения, способствующие улучшению качества медицинской помощи». Эти слова подтверждают и прошедшие в рамках конгресса презентации интересных пилотных проектов, необычных цифровых сервисов – они возникли именно как продукт такой коллаборации, были реализованы благодаря совместным усилиям.

Так, был представлен совместный проект Сбербанка и Правительства Москвы «ТОП-3». Разработанный в помощь врачу при постановке диагноза, он позволяет с помощью искусственного интеллекта поставить три наиболее вероятных диагноза из 265 групп заболеваний, на которые приходится 95% всех диагнозов россиян на первич-



ном приёме у врача. Сервис упрощает процесс диагностики, делает её более эффективной, сокращает затрачиваемое время, а в целом повышает качество оказания медицинской помощи. Проект оценили и за рубежом – он стал лауреатом премии «Электронное здоровье» (E-health) Международного саммита по информационному сообществу (WSIS Prizes 2021).

Автоматизировать можно и процесс заполнения медицинской документации. Voice2Med – это программа для голосового заполнения медицинского документа, которая с высокой точностью распознаёт медицинскую лексику и термины, правильно оформляет медицинский документ, шаблонно заполняет протоколы. С ней можно работать из облака. Как обещают разработчики, врачу она поможет сэкономить 22% времени, затрачиваемые на заполнение протокола силы, при этом повышается качество медицинской документации.

Ещё один проект – виртуальный оператор на основе речевых технологий. Причём способный обучаться, благодаря чему может предоставлять большой объём услуг удобным для граждан способом: по телефону, в веб-чатах и мессенджерах, мобильных приложениях, соцсетях. С помощью такого голосового сервиса можно принимать обращения граждан, в том числе по эпидемиологическим показаниям, записывать на приём к врачу (виртуальный оператор напомнит о приёме, отменит или перенесёт его, проинформирует о диспансеризации), принимать заявки на вызов врача на дом.

Представитель ФМБА России рассказал, что со второй половины прошлого года проводится масштабная работа по цифровой трансформации агентства, которая затронула все направления деятельности. В результате создали единую межведомственную информационно-аналитическую систему, построенную с использованием современных облачных решений, которая позволяет обеспечить быстрый сбор и анализ данных по всем направлениям деятельности – от реестра спортсменов до службы крови и производства фармпрепа-

ратов и медизделий. А потом пришли к выводу, что нужно врачей, многочисленные проекты и пациентов, для которых всё, собственно, и делается, свести на одной площадке. Так этим летом у ФМБА появился центр стратегических инициатив, точнее, «Врачебная палата ФМБА» была реорганизована в АНО «Центр стратегических инициатив ФМБА». Как отметил на конгрессе руководитель этой новой некоммерческой организации Никита Одинцов, «создать такое место, где бы можно было бы приземлять идеи, потому что они есть и у студентов, и у госкорпораций, и у чиновников. Слава богу, у нас налажилось конструктивное взаимодействие с Минздравом, появилась синергия».

Центр собирается оказывать услуги, направленные на развитие здравоохранения и медицинских технологий. Планы не ограничиваются только фармацевтикой, а направлены на участие во всех сферах, где есть заинтересованность учреждений ФМБА во вводе в гражданский оборот продуктов и технологий, в организации экспорта.

Снятие правовых барьеров

Технологические компании уже готовы серьёзно выйти в медицину, предложить готовые решения, для этого у них есть компетенции и инфраструктура. Однако массовое внедрение цифровых решений сдерживает ряд факторов, в их числе нормативные ограничения, сказал заместитель министра экономического развития РФ Вячеслав Федулов.

Последние два года Минэкономразвития решало вопросы, связанные с нормативным регулированием, чтобы снять правовые барьеры для внедрения в экспериментальном режиме инноваций в различных сферах. Что касается медицины, то Минэкономразвития рассматривает сейчас ряд проектов. Один из них, сообщил он, направлен на расширение возможностей дистанционного оказания медицинских услуг – чтобы можно было легально удалённым способом ставить диагноз, назначать и корректировать лечение, дистанционно

наблюдать за состоянием пациента. При этом ставится задача расширить перечень способов удалённой идентификации. Речь идёт о том, что в случаях, когда пациент не может явиться лично или способом связаться с врачом только в режиме телемедицины, он мог бы это сделать с помощью либо видеозаписи, либо механизма простой электронной подписи, это может быть даже простая СМС, которой многие пользуются при взаимодействии с финансовыми организациями. Должна быть упрощена и обязательная процедура подписания информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство, считают в министерстве. «Если у нас реализуется такой эксперимент, и мы получим положительные результаты, это однозначно повысит доступность телемедицинских услуг. Что, безусловно, сокращает издержки при осуществлении консультаций и отменяет необходимость посещения медицинских организаций», – заключил заместитель министра.

Ещё один рассматриваемый медицинский проект касается больших объёмов данных, в том числе баз пациентов. Он позволит в условиях обычной жизни пациента проводить оценку эффективности лекарственной терапии и влияния сопутствующих заболеваний – и выходить на эффективное лечение. А врачи получают дополнительный инструмент при назначении лекарственных препаратов и дальнейшей корректировке терапии. Уже в октябре или ноябре данный проект будет внесён на рассмотрение правительства.

Среди новых инициатив – дистанционные продажи лекарственных препаратов, отпускаемые по рецепту. Как сообщил В.Федулов, такой законопроект будет подготовлен, решение об этом уже согласовано с Минздравом. Предполагается, что первые площадки будут запущены на территории нескольких субъектов РФ, где предприниматели смогут доставлять жителям рецептурные препараты, за исключением наркотических, психотропных и сильнодействующих. Предположительно в октябре предложение пред-

ставят в правительство, после чего проект направят в Госдуму, а планируют принять его до конца этого года либо в первом квартале будущего.

Пространство для открытий

Государственному канцер-регистру уже не первый год достаётся критика. В последние годы он улучшился и развился, но тем не менее, ещё далёк от совершенства, признаёт генеральный директор Национального медицинского исследовательского центра радиологии, главный специалист онколог Минздрава России, академик РАН Андрей Каприн. Больше всего его беспокоит то, что пока не удаётся получать полные и достоверные данные. К примеру, попадая не в онкологическую, а в другую организацию, пациент, к сожалению, не регистрируется и «теряется». И даже в онкологических диспансерах далеко не везде и не всегда производится регистрация случаев злокачественных новообразований. Например, по таким локализациям, как рак центральной нервной системы, онкоортопедия, колоректальный рак, учёт не удаётся организовать.

Но сами эти пробелы – не секрет для онкослужбы, они выявляются при сравнении данных. Например, в США онкологическими заболеваниями центральной нервной системы болеет 25 тыс. человек в год, а в России, если верить официальным данным, лишь около 4 тыс. И даже если учитывать разницу в численности населения, недоучёт пациентов слишком очевиден. «Значит, мы теряем этих больных, часть из них недополучает помощь», – посетовал докладчик.

Контроль за собираемыми сведениями важен, так как позволяет верифицировать пациента, правильно формировать диагноз, говорит А.Каприн. И один из путей совершенствования контроля – это цифровизация регистра онкобольных, но и тут дела идут не очень споро. Пока удалось автоматизировать лишь часть функций. Причина здесь банальная – как он отметил, «за всё в жизни надо платить», а ведение регистра сегодня осуществляется за счёт средств НМИЦ радиологии (хотя данные охотно предоставляют в пользование коллегам). «Чтобы развивать регистр, надо вкладывать в него финансы, в том числе для привлечения партнёров. Я имею в виду математиков РАН, которые могли бы взять эти цифры и делать на их основе анализ», – говорит он. При этом он уверен, что канцер-регистр – это огромное пространство для научных исследований, междисциплинарного сотрудничества различных институтов. Нужны только интересные программные решения, продукты на основе искусственного интеллекта, чтобы совместно делать в этой области научные исследования и открытия.

Римма ШЕВЧЕНКО,
корр. «МГ».

Анализ современной ситуации, связанной с масштабным распространением коронавирусной инфекции в мире и в России, свидетельствует, по словам специалистов, о том, что в нашей стране вовсю бушует четвёртая волна, в то время как в остальных странах наблюдается только третья.

Причина проста: если даже в небольших странах (Мальта, Португалия, Катар) к середине октября было привито от 85 до 95% населения, и не намного меньше в Испании (80%), Китае (77%), Канаде (75%), Великобритании (72%), Италии (69%), Франции (68%), Германии (66%), Турции (58%) и т.д., то в России показатель составляет 32,4%. Это – «непочётное» 87-е место между Боливией с Гондурасом и Черногорией с Иорданией.

Что же мешает россиянам брать пример с остального цивилизованного мира?

Цена заблуждений

Под эгидой Национального общества профилактической кардиологии и Национального медицинского исследовательского центра кардиологии в рамках социально-образовательной программы «Пuls жизни» проведён опрос населения, выявивший основные психологические барьеры и самые распространённые заблуждения, которые удерживают россиян от прививок.

Согласно результатам исследования, 53% опрошенных относятся к вакцинации против коронавируса позитивно или нейтрально. Из тех, кто уже привился, 39% считают, что вакцина необходима для всех, а 23% признают, что коллективный иммунитет – единственное, что спасёт нас от пандемии.

В рамках опроса также анализировались наиболее популярные мифы о вакцинации против коронавируса, которые следует развеять с целью повышения числа привитых, которых, как известно, должно быть не менее 80% от всего населения для создания популяционного иммунитета. Знание подобных «мифов» и умение аргументированно их опровергать сегодня необходимы всем медикам, особенно врачам первичного звена.

На первом по распространённости месте – уверенность том, что естественный иммунитет лучше иммунитета, возникающего после вакцинации (так считает 53% респондентов).

«Такое утверждение на первый взгляд кажется правильным, – комментирует заместитель директора по клинической работе Центрального НИИ эпидемиологии Роспотребнадзора Антонина Плоскирёва. – Но никто не задумывается, какой ценой достаётся этот естественный иммунитет. Никто не говорит о том, что после коронавирусной инфекции можно попросту не выжить, стать инвалидом или существенно снизить качество жизни!».

Она подчёркивает: ни для одного человека «ковид» не проходит бесследно, однако все рассматривают побочные эффекты прививки под увеличительным стеклом, а её преимущества не замечают.

Наибольшую тревогу у респондентов вызывает страх умереть от прививки (37%), озабоченность «слишком быстрым» созданием вакцин (36%) и предположение о бесполезности вакцин из-за постоянной мутации вируса (33%).

Несмотря на то, что новый штамм коронавируса сейчас всё больше поражает молодёжь, люди пожилого возраста и все, имеющие коморбидные заболевания, по-прежнему остаются в

группе риска. В ней преобладают пациенты с сердечно-сосудистыми, цереброваскулярными заболеваниями и сахарным диабетом. Опыт последних лет показывает, что у них возможно более тяжёлое течение инфекции COVID-19 и худший прогноз.

При этом именно в отношении ССЗ встречается большое количество различных предубеждений, связанных с вакцинацией: 51% опрошенных уверены, что пациентам с сердечно-сосудистыми заболеваниями будет «сложно перенести прививку». Бытует мнение, что вакцины часто «вызывают воспаление сердца» (14%), провоцируют развитие тромбо-

тромбозы в сосудах практически всех органов и систем, поэтому антикоагулянты стали «общим местом» в лечении тяжёлых и среднетяжёлых форм коронавирусной инфекции. У 6% перенёвших «ковид» мы обнаружили повышение уровня тропонина, что свидетельствует о повреждении миокарда. Большинство специалистов сходится во мнении, что это многокомпонентное по механизму повреждение миокарда, но без хронического процесса течения, то есть не миокардит. Но данная ситуация ещё требует изучения».

Кардиологи отмечают также обострение течения сердечной

риск развития сердечно-сосудистых осложнений после прививки против COVID-19 составляет один случай на миллион, в то время как риск развития осложнений и смерти от COVID-19 несоразмерно выше. Например, при наличии у пациентов с COVID-19 артериальной гипертензии риск смерти выше в 2,5 раза, а при ишемической болезни сердца – в 5 раз.

Аллергические реакции, не говоря уже о тромбозах (даже если речь идёт о вакцинах, которые принято связывать с данным осложнением) крайне редки, что подтверждают и отечественные, и зарубежные данные.

В связи с этим Российская ассоциация эндокринологов выпустила рекомендации по вакцинации, где подчёркнута её первоочередная необходимость для пациентов с СД. Но среди них, по словам М.Шестаковой, также гуляют мифы: если пациент декомпенсирован, и у него высокий сахар крови, то вакцинироваться «опасно, потому что реакция на прививку непредсказуема». На самом деле у него риск летальности выше.

Существует и такое утверждение, что пациентам с аутоиммунными заболеваниями, к которым относится и диабет 1-го типа, нужно относиться к прививкам с

Опросы

Мифы о «многоликом Янусе»

Психологические барьеры вакцинации надо преодолевать



«Нужно бояться не прививки, а жизнеугрожающих осложнений и отдалённых последствий новой коронавирусной инфекции», – говорит она.

Близнецы-братья

Поддерживает коллег и заместитель директора НМИЦ эндокринологии Минздрава России, директор Института диабета, академик РАН Марина Шестакова. «Среди больных диабетом существует мнение о том, что если у пациента высокий сахар крови, то ему нельзя вакцинироваться. На самом деле, лицам с этим сопутствующим заболеванием, так же как и с наличием сердечно-сосудистых патологий, это необходимо сделать в первую очередь!», – отмечает Марина Владимировна.

Тем более, что сахарный диабет и сердечно-сосудистые заболевания, по её словам, – это «близнецы-братья». Если заглянуть в кардиологический стационар, то у 40% пациентов обнаружатся нарушения углеводного обмена (предиабет или диабет). А в эндокринологическом стационаре 60-70%, особенно с сахарным диабетом 2-го типа, обычно имеют сердечно-сосудистые заболевания. Таковы показатели у госпитализированных больных. А в целом по стране каждый третий пациент с сахарным диабетом имеет в анамнезе то или иное сердечно-сосудистое событие. Иными словами, это очень близкие состояния, усугубляющие течение друг друга.

Поэтому пациенты с сахарным диабетом, как и имеющие сердечно-сосудистые заболевания, тоже переносят коронавирусную инфекцию гораздо тяжелее и с более серьёзными последствиями, вплоть до летальных.

Подтверждают это исследования, проводимые в Центре эндокринологии, и данные Национального регистра больных с сахарным диабетом. Сразу после объявления пандемии в марте 2020 г. в регистр была внесена графа: перенёс ли человек «ковид» и с каким результатом? Положительный ответ дали 160 тыс. человек. Летальность у больных с сахарным диабетом 1-го типа составила 7%, со 2-м типом – вдвое больше. При том, что средний показатель по стране – 2,5%.

При анализе причин летальности на первом месте оказалась, как и ожидали специалисты, плохая компенсация диабета. А также более высокая масса тела, ожирение с индексом более 30 и выше, мужской пол, длительность заболевания и возраст.

злов и ишемического инсульта (27%), риск умереть от которого повышается в разы (29%). И что людям с сердечно-сосудистыми заболеваниями вообще нельзя прививаться против COVID-19 (34%).

«Вакцинация – главная защита от коронавируса, а возможные побочные реакции на прививку не сравнятся с реальными рисками и возможным тяжёлым течением инфекции, которые возникают при наличии сопутствующих болезней системы кровообращения, – не устаёт подчёркивать генеральный директор НМИЦ кардиологии, главный специалист кардиолог Минздрава России Центрального, Уральского, Сибирского и Дальневосточного федеральных округов, академик РАН Сергей Бойцов».

По его словам, позиция ВОЗ и крупнейших мировых объединений специалистов – Европейского общества кардиологов и входящего в него российского общества, американской, китайской и других ассоциаций кардиологов единая: ССЗ являются обязательным показанием для вакцинации. А вот противопоказаний для неё нет.

При этом число кардиопациентов в стране внушительное: гипертония диагностирована примерно у 40 млн человек, то есть, более чем у 30% населения; ишемическая болезнь сердца (ИБС) – у 8 млн человек, а хроническая сердечная недостаточность есть почти у 8% населения. Вклад ССЗ в общую смертность составляет 47%. Сергей Анатольевич обращает внимание на то, что летальность пациентов с ССЗ возможна не только во время острого периода, но и после того, как человек выздоровел.

«В остром периоде, – говорит главный кардиолог Минздрава, – основной причиной являются базисные процессы – микро-

недостаточности, нарушение сердечного ритма, фибрилляцию предсердий, мерцательную аритмию, которые провоцируют сердечную недостаточность и развитие тромбозов, главным образом, по достаточно неблагоприятному варианту – нарушению мозгового кровообращения».

Развиваются и инфаркты миокарда, но значимое повышение их частоты отмечается как раз в постковидном периоде. «То, что во время пандемии COVID-19, как и при других выраженных по масштабности респираторных инфекциях, достоверно повышается вероятность острого нарушения мозгового кровообращения и острого коронарного синдрома или инфаркта миокарда, неудивительно: в основе патологического процесса атеросклероза лежит воспаление, которое обостряется на фоне вирусных инфекций. Бляшки воспаляются, надрываются, туда приходятся тромбocyты, образуется тромб, который может либо закрыть просвет сосуда, либо оторваться и попасть в сосуды головного мозга», – поясняет С.Бойцов».

Что интересно: на ухудшение состояния пациентов и повышение смертности повлияла и боязнь людей, даже имеющих заболевание в острой форме, госпитализироваться, чтобы не заразиться коронавирусом. Это было объяснимо до появления вакцин, но сейчас уже тоже можно отнести к одному из мифов, которых, по ироничному замечанию Сергея Анатольевича, скоро будет больше, чем в Древней Греции.

Заместитель генерального директора по научно-аналитической работе и профилактической кардиологии НМИЦ кардиологии, президент Национального общества практической кардиологии, доктор медицинских наук Нана Погосова называет такие цифры:

осторожностью. Это тоже миф, утверждает директор Института диабета, поскольку людям с нарушенным иммунитетом особенно следует опасаться коронавирусной инфекции. Более того, оказалось, что «ковид» может стать и причиной развития диабета у людей, ранее им не болевших, поскольку он поражает в том числе и поджелудочную железу.

«Как и многие другие лечебные учреждения, наш центр был перепрофилирован под «ковидный» госпиталь. В нём находились разные пациенты, в том числе и с диабетом, и со стрессорным повышением сахара, – говорит М.Шестакова. – Когда мы пригласили этих пациентов к себе через год, оказалось, что у последних во многих случаях развился диабет».

Ещё об одном из мифов вспомнила Антонина Плоскирёва. «В самом начале пандемии было распространено мнение, что коронавирусная инфекция – это банальное ОРЗ, – отметила она. – Исследования инфекционистов показали, что острая респираторная инфекция – только одна из форм COVID-19, который можно назвать «многоликим Янусом». Потому что среди его проявлений есть и пневмония, и гастроинтестинальная форма, при которой у человека отмечаются симптомы острой кишечной инфекции; есть формы по типу гепатита, а нашим институтом описаны и формы в виде менингита». Работавшие в «ковидных» госпиталях отмечали и поражения высшей нервной деятельности – психозы, неадекватные реакции, которые могли быть как следствием воздействия вируса, так и одного из его последствий – развития гипоксии.

Антонина Александровна считает, что бессимптомных пациентов правильно называть малосимптомными, так как у них всё равно есть определённые изменения в анализах крови. А главное – у них может развиться постковидный синдром, способный привести, как уже было сказано ранее, к сердечно-сосудистым заболеваниям, дебюту сахарного диабета, астеническому синдрому и т.п.

Всё это, по её мнению, необходимо объяснять пациентам. Поскольку согласно многим исследованиям убеждённых «антиваксеров» на самом деле не так много. В большинстве своём те, кто боится прививок, люди сомневающиеся. И предпочтительнее их убедить в пользе вакцинации, нежели проводить её принудительно.

Алёна ЖУКОВА,
корр. «МГ».

Москва.

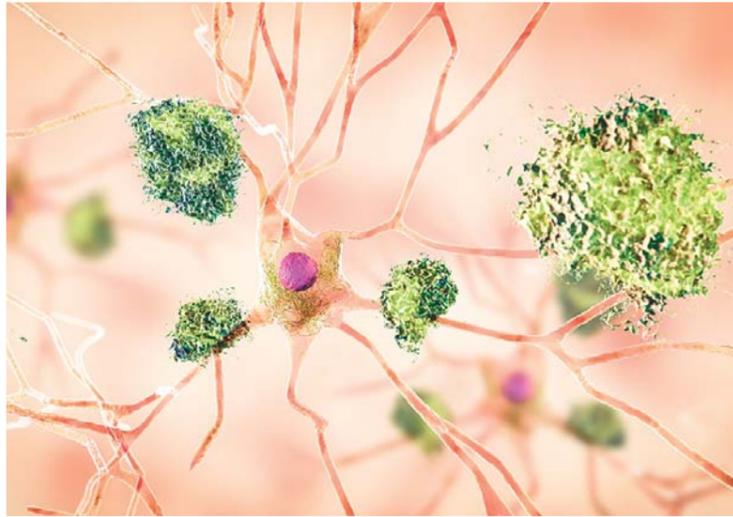
Наука сродни китайскому ко-
стяному шару, в котором рукой
искусного резчика «упрятаны»
всё уменьшающиеся резные
сферы. Нечто похожее дела-
ет и молекулярная биология,
которую на заре её рождения
упрекали в излишнем редуци-
онизме, то есть упрощении, по
ходу которого исчезает мифи-
ческая «жизненная сила».

Что мог видеть под обычным
микроскопом А.Альцгеймер, опи-
савший в мозгу людей, страдав-
ших предстарческим маразмом,
наличие глыбок, или бляшек. Его
руководитель Р.Вирхов ошибоч-
но, увидев их слоистую струк-
туру, назвал их крахмальными
зёрнами, или амилоидными (от
лат. amylium – крахмал, сравни:
амилаза – фермент, расщепляющий
крахмал и сахара).

Молекулярные биологи быстро
выявили заблуждение «корифе-
ев», определив, что «крахмало-
подобный» амилоид на самом
деле представляет собой пептид,
или цепочку аминокислот, от-
щепляющийся от APP, то есть
предшественника амилоидного
пептида (амилоида-бета – А-бета).
Бляшки Альцгеймера образуются
в результате «выпадения» мутант-
ного пептида, обретающего ней-
ротоксические свойства, то есть
убивают нервные клетки, что ведёт
к нейродегенеративным (и не
только) заболеваниям. Это один
из многочисленных примеров не-
верности научной терминологии,
рождавшейся во времена, когда
об истинной природе открыто-
го феномена исследователи и
не подозревали. Другим можно
считать название серотонина,
переводимое дословно «тонус
серы-плазмы». Естественно, что
серотонин был поначалу выделен
из плазмы-сыворотки крови, поэ-
тому считалось, что он необходим
для поддержания тонуса сосудов.
Лишь много позже нейробиологи
выявили место в мозгу, в котором
специфические нейроны синтези-

Взгляд

Амилоид и серотонин



Слева нарастание дофамина, справа серотонина

руют это производное аминокис-
лоты триптофана.

Особые серотониновые нерв-
ные клетки «сидят» в ядрах шва,
локализованных в стволе мозга
под дном IV желудочка, над ко-
торым «нависает» мозжечок. Над
стволом расположены ножки
мозга, представляющие собой
миллионы нервных отростков,
идущих от нейронов моторной
коры в спинной мозг. Есте-
ственно, что в ножках располагается
черная субстанция (S.nigra) и
красное ядро (n.Rubrum), клетки
которых синтезируют дофамин
из аминокислоты тирозина. До-
фамин необходим для поддержа-
ния жизнеспособности нервных
клеток, в том числе и тех, что
контролируют мышечные сокра-

щения и движения тела. Нехватка
этого вещества ведёт к паркинсо-
низму, или тремору конечностей
и головы. Так постепенно моле-
кулярный редуционизм заво-
евал полагающиеся ему позиции.
Помимо тирозина и триптофана
нейробиологи заговорили о роли
G-протеинов, представляющих
собой ферменты, расщепляющие
ГТФ, аналог АТФ. G-протеины
«сочетаны» с белковыми рецеп-
торами (GPCR), внутри которых
проходят ионные каналы. Скоро
60 лет Нобелевской премии 1963
г., которую присудили за открытие
того, что возбуждение и тормо-
жение нейронов осуществляется
с прохождением ионов натрия и
калия (к которым много позже
присоединился кальций).

Большую роль в нервном воз-
буждении играет и ещё одна
аминокислота под названием
глутаминовая (Glu). И.Павлов
писал и об «охранительном» тор-
можении, хотя, конечно же, в его
время о молекулярной природе
двух процессов ничего не было
известно. Оказалось, что в нерв-
ной «охране» главную роль играет
гамма-аминомасляная кислота
(ГАМК), которую врачи используют
для введения человека в терапев-
тическую кому. Перечисленные
активаторы-ингибиторы нейронов
носят общее название моноами-
ны, которые «выбрасываются» в
синапс, представляющий собой
точку соединения двух нервных
клеток. Контакт «укрепляется»
сонмом белков, среди которых
нейролигин и нейрексин. Важно
отметить, что нормальный А-бета
крайне необходим для функции
синапса, в полости которого ока-
зываются моноамины (зачастую
в излишнем количестве). Их из-
быток ведёт к перевозбуждению и
гибели нервных клеток, для пред-
упреждения которой существует
расщепляющий фермент MAO, или
моноаминоксидаза. В синапсах
также большую роль играют и
белковые транспортёры, кото-
рые осуществляют мембранный
«трафик» того же дофамина. Не-
сколько лет назад было открыто,
что кокаин блокирует транспорт
дофамина, в результате чего тот
задерживается в синапсе вместо
одной на 100 секунд!

Действие дофамина и его на-
копление в мозговых структурах
противоположно серотонину, что
доказали в Университете Джона
Хопкинса. Для этого был применён

позитронно-эмиссионный томо-
граф, «работающий» с помощью
радиоактивных трейсеров (в Бал-
тиморе использовали изотоп С).
Учёные сравнили картины в мозгу
20 контролей и 20 пациентов с
депрессией, развивающейся в
позднем возрасте (LLD – Late-
Life Depression). У последних
увеличиваются отложения А-бета
в теменной и затылочной, а также
височной долях, но снижается
концентрация серотонина в зри-
тельном бугре (таламусе), подкор-
ковых образованиях и ядрах шва-
гархе. Важно отметить снижение
серотонина в височной доле и в
частности её миндалине, клетки
которой наряду с нейронами од-
ной из подкорковых структур ге-
нерируют ощущение страха, а также
гиппокампе (извилине морского
конька), лежащем на основании
височной доли. Он является хра-
нищем памяти и депо нервных
стволовых клеток, поэтому неуди-
вительно, что гиппокамп в первую
очередь поражается при болезни
Альцгеймера.

Все эти достижения молеку-
лярного редуционизма сделали
возможным предложить новый
способ глубокой стимуляции
мозга (DSB – Deep Stimulation of
Brain), мишенью которой стали
специфические нейроны, недавно
открытые. Статья нейробиологов и
хирургов из Университета Карнеги
в Питтсбурге в Science называется
«Модуляция специфической попу-
ляции нейронов продлевает тера-
певтические преимущества DBS». В
клинических испытаниях авторы
получили улучшение состояния у
паркинсоников на момент публи-
кации в течение 12 месяцев.

Гипотезы

Как потомство охотников-со-
бирателей (hunters-gatherers)
разделилось на пастырей скота
и пахарей-земледельцев? На-
ука долго ломала голову над
этой исторической дихотоми-
ей...

Бог сказал сотворённым им
Адаму и Еве, имя которой в сноске
переводится как жизнь, «плоди-
тесь и размножайтесь». В книге
Бытия почему-то не отразился
тот факт, что женщины иногда
рождают близнецов, хотя греки
отразили это в мифе о «зевесо-
вых» сыновьях Касторе и Поллук-
се, рождённых Ледой, к которой
громовержец явился в аватаре
прекрасного лебеда. Судьбы двух
близнецов, вознесённых их отцом
на небо (так называется одно из
зодиакальных созвездий), были
различны, что неудивительно, по-
скольку они вылупились из двух
разных яиц, отложенных Ледой.
Так и у людей, близнецы которых
бывают моно- и дизиготными,
поэтому неудивительно, что во
втором случае близнецы могут
существенно различаться. Но с
развитием клонов, получаемых
разными путями из одной соматической – не половой – клетки,
показало, что её потомство также
может существенно различаться.
Это особенно ярко проявляется
в случае опухолей, часто возникающих
из одной клетка-предшественника (прогенитора),
различается уже на уровне ин-
формационных РНК (транскрип-
томики, показывающей различие
транскрипции-«считывания» генов
в разных клетках, что и делает пока
невозможной «победоносную»
борьбу с раком).

Не так давно на передний фронт
молекулярной биологии вышла

Вознесённые мастерами

подзабытая эпигеномика, о ко-
торой много говорили и писали
в начале 40-х годов. Ещё раньше
в глубине веков тогдашние яй-
цеголовые бурно слёстывались
в спорах о преформизме и эпи-
генетике. Сторонники первого
полагали, что в герминативных
клетках «заложен» полностью
сформировавшийся организм,
которому после рождения остаётся
лишь вырасти (в головку спермия
они «помещали» большеголо-
вого ребёнка гомункулюса). Их
же противники утверждали, что
на развитие плода влияют раз-
личные факторы-«гены» среды,
которые и определяют его. Имя
«определителей» привязывали к
Genesis'у, или названию первой
книги Пятикнижия Моисеева – у
нас Бытие (сравни: епископ –
«надзиратель», эпистола – «на-
писанное», эпистрофей – 2-й
шейный позвонок, на «пальце»
которого вертится из стороны в
сторону основание черепа). Сей-
час все, конечно же, имеют в виду
химическую модификацию генов,
которая при этом не ведёт к изме-
нению порядка «букв» ген-кода (её
можно сравнить с добавлением
диакритических знаков над «и» и
«е»: ель – ёлка, придёт – прийти
и т.д.) Происходит модификация
с помощью двух ферментов – ме-
тилазы, добавляющих метильные
группы –СН₃ к ДНК, и ацетилазы,
которые «подсоединяют» ацети-
лы – остатки уксусной кислоты
СН₃СООН. Этими весьма просты-
ми действиями осуществляется

регуляция генной активности,
которая вследствие этого в клет-
ках даже однояйцевых близнецов
может существенно различаться.
При этом можно заметить, что
эпигенетика практически не ска-
зывается на иммунной системе,
которая допускает транспланта-
цию органов и тканей между близ-
нецами (первая пересадка почки
в 1953 г. была сделана именно от
брата-близнеца).

В Амстердамском свободном
университете выяснили, что у
идентичных близнецов эпигене-
тика оказывает своё воздействие
уже на стадии раннего геномного
программирования. Она оставляет
свои «метки»-сигнатуры в райо-
не теломера, сохранение длины
которых отмечается при раке, и
центромер, по ходу деления к
которым подсоединяются микро-
трубочки веретена деления (на-
рушение расхождения хромосом
при нём ведёт к аномальному их
числу в клеточном потомстве, или
анеуплоидии, также характерной
для рака). Авторы отмечают, что
изменения клеточных делений в
нервной системе ведёт к нейро-
дегенеративным заболеваниям.
Можно добавить, что голландцы
обследовали около 6 тыс. пар
близнецов и выявили у них 834 ге-
номных сайта с эпигенетическими
маркёрами.

Надо понимать, что эпигенетика
не ограничивается только ДНК,
которая «намотана» на белковые
шпильки, или нуклеосомы, об-
разуемые гистонами, в которых

имеется аминокислота лизин.
Интерес молекулярных биологов
к модификациям гистоновых ли-
зинов в последнее время
связан с тем, что гистонами легче
манипулировать, нежели ДНК,
которая обычно «закрыта» для
эпигенетических ферментов (в
силу слишком плотной навивки
вещества генов). В Исследо-
вательском институте в калифор-
нийском Ла-Холье сумели с по-
мощью новомодных ферментов
ген-редактирования, за которые
в 2020 г. французские и амери-
канке дали Нобелевскую премию.
Благодаря манипулированию
активности генов учёные сумели
получить из фибробластов кожи
нейроны и мелкие клетки микро-
глии. В этом вроде бы нет ничего
удивительного, поскольку извест-
но, что оба типа нервных клеток
образуются из предшественников
в виде клеток радиальной глии
(Radial Glia), которые из глубин
мозга мигрируют в направлении
формирующейся коры, по пути
давая оба типа в силу «включения»
одних генов и подавления-блока
других. Журнал Scientist, привед-
ший эти данные, рассказал и об
успешном применении эпигене-
тических «редакторов», использу-

емых сегодня для изучения тонких
механизмов генной активности.
Их «поломка» грозит развитием
самых разных заболеваний, в том
числе и бактериальных, которые
«свирепствуют» в госпиталях и
больницах.

Один из примеров касает-
ся гноеродного стафилококка
(S.pyogenes), борьба с которым
требует много времени и средств.
До сих пор для «доставки»-
доставки систем редактирова-
ния учёные использовали AAV –
аденоассоциированный вирус
(используемый кстати в вакцине
«Спутник»). Но он не является
бактериофагом («нацеленным» на
бактерию), что затрудняет работу,
поэтому в Дьюкском университе-
те, создали безвирусный редактор
с использованием направляющей
guide-РНК, нацеливающей фер-
мент «резки» ДНК на стафилокок-
ковый ген. В другой лаборатории
университета редактировали ген
синтеза холестерина в клетках
печени, и применение его снизило
уровень LDL – «вредных» липо-
протеинов низкой плотности – у
мышей с моделью атеросклероза.
Применение стандартных стати-
нов имело значительно меньший
эффект.

Подготовил Игорь ЛАЛАЯНЦ,
кандидат биологических наук.

По материалам Science, Translational Psychiatry, Nature Biotechnology,
Nature Communications, Scientist.

Недавно в СМИ прошла информация об инициативе крупного японского агентства недвижимости вести контроль за одинокими пожилыми квартиросъёмщиками с целью убедиться, что те живы. Риелторы установили в их квартирах датчики с искусственным интеллектом, которые хотя и не имеют камер, но анализируют использование электроэнергии и позволяют вовремя отреагировать в случае кончины человека. Как только нейросеть заметит бездействие в течение 20 часов – с жильцом связываются по телефону. Если никто не возьмёт трубку, арендодателя или его риелтора оповестят по электронной почте. Идея связана прежде всего со стремлением выгодно сдать жильё следующим арендаторам – неприятный запах и трудновыводимые пятна от разложившегося тела снижают стоимость недвижимости. По оценкам риелторов, цена может упасть на 10–20%.

Руководство агентства недвижимости считает систему полезной не только для собственников, которые теперь охотно сдают квартиры или дома людям старше 65 лет, но и для пожилых жильцов – они не страшатся умереть в одиночестве, не беспокоятся, что станут «обузой после смерти» и надеются, что их тела найдут в нормальном виде, ещё до начала разложения. А ведь подобное беспокойство вполне оправданно. Дело в том, что в Японии существует понятие «кодokusи» (дословно «одинокая смерть») – когда человек умирает в одиночестве, и никто об этом не знает. Также иногда этим термином называют силуэт человека, образовавшийся в результате вытекания из трупа жидкостей в процессе разложения.

В тисках социальной изоляции

Казалось бы, случаи одиноких смертей престарелых отмечаются в каждой стране, однако в Японии с её самым быстро стареющим населением в мире эта проблема стоит особо остро. Сейчас на японских островах проживают более 125 млн человек (почти как в России). Свыше 25% населения перешагнули 65-летний рубеж и, по прогнозам, к 2050 г. эта цифра возрастёт до 40%.

Впервые феномен кодokusи был описан и введён в обращение в начале 1980 г. Суть его в растущей социальной изоляции. Японское общество является социумом одиночек. Некоторые полагают, что причина феномена в том, что японцы не привыкли думать и говорить о смерти и не имеют дела с усопшими. Ещё одной причиной кодokusи является рост продолжительности жизни: сегодня он превышает 80 лет. Молодёжь покидает маленькие города, при этом многие всю свою жизнь целиком и полностью посвящают работе и карьере. Всё больше пожилых теряют контакты с семьёй, родными, соседями, так что их отсутствия среди живых долго никто не замечает. Забытые родными и друзьями люди умирают в своём доме, а их тела обнаруживают случайно спустя несколько дней, месяцев и даже лет.

Несмотря на высокую плотность населения, в стране очень много одиноких – каждый третий. Налицо мрачная тенденция японского общества: в час в стране умирают по три человека, о смерти которых, возможно, некому горевать. По статистике, всего в одиночестве ежегодно умирают примерно 35 тыс. человек, более 2/3 – мужчины. В основном, это люди в возрасте 65+. В одном только Токио за год фиксируют более 5,5 тыс. подобных смертей. Обычно таких мертвецов обнаруживают после того, как соседи начинают обращаться в коммунальные службы с жалобами на неприятный запах.

Проблема настолько сложна, что для её решения была учреждена должность министра по борьбе с одиночеством. Как ни странно, в 2020–2021 гг. даже не новая коронавирусная инфекция оказалась самой страшной угрозой для Японии. В прошлом году страна потеряла тысячи человек не из-за болезни – они добровольно ушли из жизни. Основная причина самоубийств – одиночество.

Известен случай, когда, получив положительный тест на COVID-19, молодая жительница Токио отправилась на самоизоляцию. Она сильно корила себя за то, что заразила дочь, а та, скорее всего, разнесла инфекцию по школе. Трагедию не успели предотвратить. О депрессии и душевных терзаниях рассказал муж женщины – уже после того, как она совершила самоубийство. Таким образом, пандемия лишь усилила и без того непростую ситуацию – многие японцы добровольно уходят из жизни. Беда в том, что разделить горе бывает не с кем, некому поддержать в трудный момент. Эпидемиологическая обстановка влияет на психическое здоровье, и велики опасения, что страну вновь накроет волна суи-

цидов. Чаще же напоминают обществу о себе только собственной смертью и связанными с ней формальностями.

По словам эксперта Центра японских исследований Института Дальнего Востока РАН Виктора Кузьминкова, культурный код Японии стал меняться около полутора веков назад под воздействием волны западных традиций и технологий. Коренные изменения произошли в эпоху индустриализации и «западничества», особенно после Второй мировой войны, когда японцы стремились всё перевернуть и перенастроить на свой лад. В укладе жизни появилось много подражания Европе, но именно плохого подражания.

«В Японии развалилась сама концепция семьи, – считает сотрудник Центра изучения жизни и смерти при Токийском университете Итиносэ Масаки. – Растёт количество одиноких людей, поэтому неизбе-

Россия в очереди

В нашей стране одиночество практически стало синонимом старости, превратилось в острую социальную проблему. Пожилые острее других испытывают это неприятное чувство, которое не всегда связано с объективными жизненными обстоятельствами. К этому прибавляются проблемы со здоровьем, страх собственной смерти, обиды на детей и внуков из-за недостаточного внимания.

В России случаи обнаружения в квартирах останков годами лежащих в квартирах тел одиноких людей перестали быть редкостью. Причём подавляющее большинство «мумий» не криминального происхождения. В стране появился даже музей подобных отечественных мумий. Наиболее крупная их коллекция представлена в петербургском Музее судебной медицины Северо-Западного государствен-

на особом учёте и в медицинских организациях, и в органах социального обеспечения, которые хотя бы время от времени станут проверять своих подопечных. Эта обязанность государства, которое не очень охотно этим занимается.

У нас проблема одиночества пенсионеров пока стоит менее остро: во-первых, нет таких успехов в продолжительности жизни; во-вторых, всё ещё сильны межпоколенческие связи. И тем не менее. Аналитический центр Национального агентства финансовых исследований совместно с Российским геронтологическим научно-клиническим центром РНИМУ им. Н.И.Пирогова в 2018 г. провели опрос, который показал, что у каждого четвертого россиянина есть пожилой родственник, живущий один. С учётом того что на тот момент в стране жило около 30 млн людей старше 60 лет, получается, что всего в России около 7 млн одиноко проживающих пенсионеров. Причём пожилые практически не ведут активную социальную жизнь: 70% из них замыкаются на доме и быте.

Геронтология как наука, работающая на стыке медицины и социальной сферы, лишь в последние годы активно развивается. По словам главного геронтолога Минздрава России, директора Российского геронтологического научно-клинического центра, доктора медицинских наук, профессора Ольги Ткачёвой, сейчас в России создаётся система долговременного ухода и помощи пожилым людям: и медицина и социальная служба работают совместно. Раньше проблема старения населения не стояла столь остро, этот процесс наблюдался только в последние годы. С учётом этого и предстоит планировать работу системы здравоохранения.

Директор Научно-исследовательского медицинского центра «Геронтология» доктор медицинских наук Кирилл Процаев отмечает: «Нам сильно поменялся за последнее десятилетие. Меняется социальный уклад жизни, семьи становятся более малочисленными, дети чаще живут не то что в других квартирах – в других городах и странах. Одиночество как социальный феномен стало действительно встречаться чаще. Новое в геронтологии то, что мы посмотрели на одиночество с точки зрения здоровья человека и поняли, что этот социальный феномен имеет последствия и для здоровья».

Синдром одиночества в геронтологии считается своего рода болезнью или предболезнью. У такого человека повышается риск развития многих когнитивных расстройств. Существует такой термин как «возраст дожития», когда человек обеспечен небольшой пенсией и находится в четырёх стенах. В стране в широком смысле отсутствует культура старости во благо.

Чувство полного одиночества опасно для пожилых людей. По мнению психологов из Университета Чикаго, оно на 14% повышает риск преждевременной смерти, что почти столь же значимо, как неблагоприятный социальный статус, и в два раза опаснее ожирения.

В эпоху стремительного развития «умных» гаджетов существуют технические решения социальных проблем. К примеру, браслеты-датчики, которые контролируют самочувствие человека, а при его ухудшении оповещают родственников, опекунов, экстренные службы. Да, кое-где это есть, прежде всего в Москве, но они должны быть повсеместно. Одно время в столице планировали пользователям радиоточек бесплатно устанавливать «тревожные кнопки», но, похоже, эта инициатива захлебнулась, поскольку больших денег на этом не заработаешь. Подобными гуманитарными проектами должны заниматься государство и благотворительные организации. Неужто те, кто на склоне лет остался в одиночестве, не заслужили внимания и помощи со стороны общества? В связи с увеличением продолжительности жизни россиянам надо уже сегодня готовиться к тому, чтобы эффективно противостоять «одинокой смерти».

Иван АЛЕКСАНДРОВ.

Жизнь как она есть

Кодокусии — тревожный синдром

Как целая жизнь покинутых и забытых людей порой оказывается в мешках для мусора

цидов. В прошлом году покончили с собой 20 тыс. японцев, от коронавируса погибло в 6 раз меньше.

Можно утверждать, что в Японии разрастается «пандемия одиночества». Хотя по горькой иронии именно уединённый образ жизни и отсутствие социальных контактов отчасти сдерживали распространение фатального коронавируса. Тотального локдауна и жёстких ограничений в стране не вводили.

Айсберг в жизненном океане

Одиночество японцев можно сравнить с айсбергом: от глаз скрыт целый комплекс проблем, которые уходят корнями в разные сферы жизни и давние тенденции в обществе. По статистике, больше трети домохозяйств в стране состоят из одного человека. Каждый пятый «пожизненно одинок» – в старшем возрасте шансов найти супруга практически нет. Один из трёх браков заканчивается разводом. Прежние полноценные семьи исчезают как анахронизм. Прогнозы неутешительные: к 2040 г. почти половина домохозяйств будет принадлежать «одиночкам», а число полных семей с детьми продолжит снижаться. Решить проблему практически невозможно, поскольку в Японии тема одиночества затрагивает множество социальных и возрастных групп и корнями уходит в специфику культуры. Борьб с феноменом по примеру западной цивилизации вряд ли получится, ведь менять нужно весь уклад жизни.

По мнению экспертов, злую шутку с японцами сыграла их высокая работоспособность: многих жителей островов карьера беспокоит куда больше создания семьи. Когда практически вся жизнь сосредоточена на работе, семья становится бременем, которое многие не могут и не хотят нести. Кроме того, ежедневный круг общения также формируется на работе и исчезает вместе с выходом человека на пенсию. Внезапно оказывается, что вокруг нет никого, с кем можно было бы поговорить о самых простых вещах: лишь четыре стены и телевизор. В гости ходить не принято, жизнь проходит в рамках невидимой стены между людьми. Понятие дружбы в нашем понимании у них имеет совершенно иной смысл. Пенсионеры замыкаются в себе, практически не держат связи с окружающим миром, и если попадают в больницу, то уже



Финал кодokusии

жен и рост числа людей, которые умирают без чьей-либо поддержки. Особенно подвержены этому престарелые мужчины: из-за гордости и нежелания просить о помощи. Они легко проникаются пренебрежением к себе и замыкаются, ведь рядом нет никого, кто мог бы это предотвратить».

Кстати, эта проблема не является исключительно японской. С феноменом «одинокой смерти» вскоре предстоит столкнуться Китаю.

Понятно, что на этом явлении хорошо зарабатывает бизнес. В связи с участвовавшими случаями кодokusии в Японии появились специальные агентства, которые занимаются уборкой квартиры после смерти человека и сортировкой оставшихся после него вещей, ведь здесь не принято, чтобы родственники прикасались к вещам покойника. По словам представителей клининговых компаний, примерно в 25% случаев на мебели остаётся смертельный след – силуэт человека, умершего в одиночестве. Как правило, на матрасах-футонах появляются характерные тёмные силуэты, покрытые личинками и мухами. Первым делом клининговая служба убирает фuton – основной источник запаха, а затем и прочие признаки одинокой жизни: упаковки лапши быстрого приготовления, безалкогольные напитки, пустые банки из-под кофе, лекарства, газеты, неровные кучки одежды. Производят дезинфекцию, после чего на несколько дней в квартире устанавливаются очистители воздуха. Работа закончена. Долгая жизнь покинутого и забытого человека в одиночестве оказалась в мусорных мешках. Как будто человека никогда и не существовало...

ного медицинского университета им. И.И.Мечникова. Шокирующее зрелище для обывателя! Экспонаты музея – результат естественной мумификации. Кого-то нашли в квартире, кого-то в лесу. У каждого музейного «экспоната» своя история. Например, один 60-летний мужчина сидел за столом и в такой позе умер. Когда вскрыли квартиру, обратили внимание на отрывной календарь. Выяснилось, что человек просидел в своей квартире после смерти больше года. Он не выходил на улицу, но соседям не было до него дела. Проблема безвестных смертей российских граждан – очень тревожный симптом. Он свидетельствует о том, что с нашей социальной системой и общественным сознанием не всё в порядке.

Прежде государством поддерживался принцип коллективизма, не было столь заметного расслоения общества, люди, жившие в одном доме, знали друг друга, особенно пенсионеры, заглядывали друг к другу в гости. Активно работали ветеранские организации. Жизнь поменялась, люди стали другими. Теперь не то что в подъезде, на одной лестничной площадке соседи не знают друг друга. Одинокие становятся более уязвимыми, всё чаще нарушаются их права. А смерть одинокого человека, длительное время не зарегистрированная как факт, – это социально-правовая проблема. В административном плане, конечно же, необходимо добиваться, чтобы те структуры, которые по долгу службы призваны интересоваться состоянием здоровья и безопасностью граждан, чётко исполняли свои обязанности. Одинокие люди должны быть

Древнегреческий философ Сократ, настолько изменивший взгляд человека на мир, что все хронологически предшествующие ему философы называются «досократики», периодически слышал «голоса дaimонов».

Не совсем ясно, впрочем, что именно это было – внутренний диалог мыслителя-диалектика или галлюцинаторные обманы восприятия, но об аналогичных «даймонах» не говорили другие философы – даже те, кто использовал диалектические, сократовские приёмы полемики и философствования. В то же время, «голоса» эти Сократ слышал лишь в тех случаях, когда его посещали размышления о выборе какого-то действия, имеющего неочевидные перспективы, и «даймоны» всякий раз уберегали философа от поступков, которые могли бы иметь дурные последствия. Сам он говорил о своих «голосах» так: «Благодаря божественной судьбе с раннего детства мне сопутствует некий гений – это голос, который, когда он мне слышится, всегда, что бы я ни собирался делать, указывает мне отступить, но никогда ни к чему меня не побуждает. И если, кто-нибудь из моих друзей советует со мной, мне слышится этот голос, он точно таким же образом предупреждает меня и не разрешает действовать».

«Даймоны» и интуиция

Но не отнестись ли в этой связи к «голосам дaimонов» Сократа как к интуиции? Ведь она, как и псевдогаллюцинаторные обманы восприятия, тоже не зависела бы «... от сознания и намерений Сократа» и ощущалась бы им «...как чьё-то действие, идущее через него, но не от него»: интуиция – сложный процесс, который не объяснить путём логики, а, следовательно, она тоже формально выглядит отчуждённым от личности человека феноменом. Сообщения вроде следующего: «...если человек слышит внутри себя «голос», если он перестаёт воспринимать его как игру воображения или начинает подчиняться ему, то речь идёт уже о психической патологии» не кажутся абсолютно верными, ибо не универсальны: кому не знакома ситуация, в которой субъект не может объяснить свой поступок, потому что, несмотря на многочисленные аргументы разума, исключительно по наитию принял решение, выглядящее абсолютно алогичным. Академик Татьяна Черниговская, специалист в области нейронауки и психолингвистики, по этому поводу в одной из лекций говорила: «Миллионы нейронов – основа нервной системы, что и составляет нейронную сеть. Когда я смотрю на такие вещи, я просто немею от ужаса, потому что не понимаю, как по такой сети сигнал может хоть куда-то прийти. Но он приходит. Если все тонкие ниточки вытянуть в одну, можно 68 раз облететь вокруг Земли или семь раз долететь до Луны и обратно вернуться. Вот такая сеть находится в голове каждого из нас». Далее она предлагает прислушиваться к внутреннему голосу, подсказывающему решение и отмечает, что природа его появления является загадкой: «Когда какое-то чувство, его надо услышать. Кто решение принимает – мы или не мы? Большинство из того, что мы делаем, делается не по нашей воле. Мы даже не знаем об этом... интуиция носит собирательный характер. Процесс интуитивного мышления происходит бессознательно, а в сознании всплывает лишь результат. Если внутренний голос говорит не делать чего-то без объективных на то причин, то надо послушать его. И наоборот – если безнадежное дело приносит чувство драйва, значит, надо лезть в него. Не надо напирать на мозг, говорить ему, что делать. Пусть он занимается, чем хочет. Мозг не терпит насилия». Сократ понимал это и поступал именно так. Считать ли это патологией?

Сократовский демоний

Само же выражение о «голосах дaimонов» вполне можно считать образной метафорой философа: ведь эти «голоса» никогда не мешали ему вести сложные диалоги и не нарушали хода его философской мысли. Такая избирательность «голосов», возникающих в определённых ситуациях, если считать их галлюцинацией, с точки зрения психиатрии выглядит довольно странно, несмотря на мнение некоторых авторов о том,

исходной тезе. И часто всё это выглядело сущим издевательством над собеседником. Сократовский метод последовательных вопросов – майевтика – получил название «сократовской иронии». Философ тонко троллил собеседника, выставляя его на посмешище, и тот обнаруживал это лишь спустя некоторое время. Мог ли такой человек пользоваться широкими симпатиями жителей полиса, многие из которых, благодаря Сократу, выглядели в глазах свидетелей диалога глупо и нелепо?

копьями раненого Алкивида. Именно с целью укрепления тела (да и духа) философ мог сохранять одно и то же положение – от зари до зари, «неподвижный и прямой как ствол дерева». И этот чётко очерченный срок «от зари до зари» выглядит как урок-испытание, заданный самому себе, исполнив который, Сократ мог позволить себе сдвинуться с места, предвзвешенно «помолившись Солнцу». В таком контексте становятся более понятными и непродолжительность «ступора» Сократа и отсутствие у

карикатура, всё вместе с тем отличается скрытностью, задней мыслью, подземностью... Сократ был шутком, возбудившим серьёзное отношение к себе».

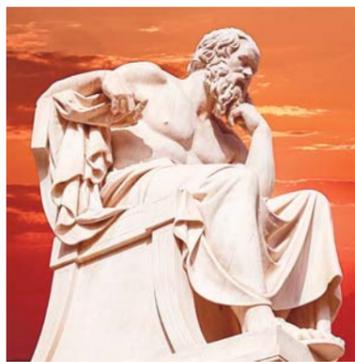
Король Лир называл своего Шута «злым дураком»; тот никогда не лез за словом в карман, так же как Сократ, подводя собеседника к своему собственному выводу, не произносил его прямо:

«Я злой дурак – и в знак Того ношу колпак, А глупость добряка Видна без колпака».

Былое

Тролль высшего уровня

Какие «голоса» слышал великий философ Сократ?



Другие не знают даже этого

В начале таких диалогов философ нередко прибегал к самоуничижительным характеристикам и признавал интеллектуальное превосходство своих собеседников. Но потом он начинал задавать вопросы и – высококоучный оппонент представал перед толпой недалёким человеком, неспособным просчитать даже собственную идею на несколько шагов вперёд. Манера Сократа была выдержана в стилистике его афоризма «Я знаю только то, что ничего не знаю», но и эта фраза была ловушкой: у неё было продолжение: «...другие не знают даже этого». В этом ключе Сократ и беседовал с тем, кто неосторожно попадался на удочку его взгляда снизу вверх.

Если проанализировать ещё один феномен, описанный современниками у философа и формально относящийся к сфере психиатрии, то и тут найдётся контрагумент. Некоторые исследователи говорят о «кататонических застываниях» Сократа. Формально говоря, воспоминания Платона дают для этого основание: «Как-то утром он о чём-то задумался и, погружённый в свои мысли, застыл на месте, и так как дело у него не шло на лад, он не прекращал своих поисков и всё стоял и стоял. Наступил уже полдень, и люди, которым это бросалось в глаза, удивлённо говорили друг другу, что Сократ с самого утра стоит на одном месте и о чём-то думает. Наконец, вечером, уже поужинав, некоторые ионийцы... вынесли свои подстилки на воздух, чтобы поспать в прохладе и заодно понаблюдать за Сократом, будет ли он стоять на том же месте и ночью. И оказалось, что он простоял там до рассвета и до восхода Солнца, а потом, помолившись Солнцу, ушёл». Но Платон употребляет фигуру речи «как-то...», предполагающую однократность (по крайней мере, нерегулярность такого явления, что не позволяет уверенно говорить о кататонической составляющей: ступор, зафиксированный всего один раз, длившийся не более суток и не возымевший иных психиатрических последствий... – теоретически это возможно, практически – крайне маловероятно. К тому же известно, что Сократ целенаправленно закалял тело, дабы укрепить его против страданий. (Этим же можно объяснить и его холодоустойчивость, изумлявшую теплолюбивых афинян: «...И зимний холод – а зима там жестокие – он переносил удивительно стойко, и однажды, когда стояла страшная стужа... он выходил в такую погоду в обычном своём плаще и босиком шагал по льду легче, чем другие обувшись. И воины косо глядели на него, думая, что он глумится над ними». Уже будучи пожилым человеком, Сократ, вооружённый лишь дубиной, сумел разогнать спартанскую фалангу, собиравшуюся забросать

него полиморфного клинического апгрейда, свойственного кататоническому синдрому».

Мудрец и паразит

Что же касается чудаковатости философа, его взаимоотношений с женой, то эти аргументы трудно принимать всерьёз: умный человек часто выглядит в глазах обывателей странно. К тому же, мнение о нём как о добродушном чудачке и оригинале, в основном, базируется на текстах пьес его современников-драматургов Каллия, Телеклида, Эвполида и, особенно, на комедиях Аристофана, которому, кстати сказать, платил один из главных и влиятельных недоброжелателей Сократа – богач и взяточник Анит. Да и сам жанр комедии – не слишком удачный первоисточник для жизнеописания и характеристики какой бы то ни было личности.

Кроме того, понятно, что у подлинного философа часто бывают иные, нежели у его современников приоритеты, ибо круг его интересов простирается в тех сферах, которые далеки от обыденных. Да и насколько чудной выглядит, например, его привычка носить одежду до тех пор, пока она не придёт в негодность? – Не было это для Сократа сколько-нибудь важным обстоятельством и предметом забот... И денег лишних у него тоже не было.

По существу, философ вёл жизнь нищего мудреца и паразита. В Древней Греции так называли помощника в исполнении религиозных культов, имевшего право участвовать в общих застольях. В дальнейшем это слово стало означать прихлебателя, зарабатывавшего угощение увеселением хозяев. И этот аспект жизни философа, возможно, несколько проясняет его ироническую майевтику: издевательский диалог Сократа в какой-то мере был его возмещением хозяевам, которым интеллектуальный поединок с неизменным последующим разгромом оппонентов философа доставлял удовольствие. (При этом доподлинно известно, что Сократ был бесребреником и всегда отказывался от дорогих подарков). Но главное в другом: философ осознанно выбрал именно такую форму для своих издевательских диалогов, чтобы его идеи могли сохраниться: ведь он никогда ничего не записывал, считая, что письменное запечатление мыслей ослабляет память, и иных способов фиксации у него не было. Ироническое содержание его диалогов было для античных Афин своеобразным talk show, привлекавшим к себе массу слушателей. Как шут Короля Лира, Сократ мог позволить себе быть развлечателем, потому что знал: он умнее всех окружающих, а его диалоги, если те будут иметь ироническую форму, афиняне запомнят лучше.

Ф.Ницше сказал о философе: «Всё в нём преувеличено, buffo,

Лир. Ты зовёшь меня дураком, голубчик?»

Шут. Остальные титулы ты роздал. А это – природный».

Враги реформ

Едкая ирония Сократа доставила ему немало недоброжелателей – в том числе и среди влиятельных людей, которые как только им представился случай, охотно обвинили философа в богохульстве и разращении юношества: «Сократ повинен в отрицании богов, признанных городом, и во введении новых божественных существ; повинен он и в свращении молодёжи. Предлагается смертная казнь». (Диоген Лаэртский). Казусу Сократа предшествовали дела философа Анаксагора и софиста Протагора, которые, будучи обвинёнными в безбожии, предпочли покинуть Афины, спасаясь от расправы. Обвинение Сократа попало под действие закона, предложенного примерно в 433-432 гг. до н.э. афинским прорицателем Диопифом, блюстителем старины и врагом реформ. Плутарх писал: «Диопиф внёс предложение о том, чтобы люди, не почитающие богов или распространяющие учения о небесных явлениях, были привлекаемы к суду как государственные преступники». Что же до обвинения Сократа в «свращении молодёжи», то здесь имелось в виду «свращение» учеников путём внушения им в ходе бесед собственного отношения к богам (то есть – распространение преступных воззрений из первых пунктов обвинения), а также «свращение» юношей с пути преданности демократическим устоям афинского полиса. Таким образом, Сократ обвинялся в подрыве самих основ города, его главных законов.

Будучи свободным гражданином Афин, Сократ не был казнён палачом, а принял яд сам, отвергнув возможность побега. Отказ философа был сформулирован в стилистике его майевтики: «Известно ли место за пределами Аттики, куда не было бы доступа смерти?» Умирая, Сократ попросил принести в жертву Асклепию петуха (такой обряд совершался как благодарность за выздоровление), символически обозначив свою смерть как окончательное выздоровление, освобождение от земных оков. Этот поступок и эти слова, вероятно, тоже показались многим чудачеством или даже безумством: не лучше ли было бы спастись, имея реальную возможность для побега? Но и этот поступок, и эти слова современники Сократа запомнили, хотя он так и не написал ни строки.

Игорь ЯКУШЕВ,
психиатр,

доцент Северного государственного медицинского университета. Архангельск.

