

Работают мастера

Экстренных случаев не становится меньше

Это доказывают российские хирурги



Травматологи Челябинской областной клинической больницы совместно с сосудистыми хирургами, эндоскопистами и анестезиологами спасли 70-летнего жителя Нязепетровского района от вынужденной голодовки.

Необычный состав хирургической бригады объясняется причиной вмешательства. Дедушка уже год испытывал трудности с глотанием, а в последнее время любой приём пищи стал для пенсионера настоящей пыткой. Мужчину привезли в больницу, когда тот уже с трудом мог дышать. «С каждым днём становилось только хуже. Бывали дни, когда я мог только пить воду. Когда понял, что дышу уже плохо, пошёл в больницу», – вспоминает Пётр Шапошников.

Каждая операция – очередной экзамен

До тяжёлого состояния мужчину довёл костный нарост, который образовался на позвоночнике в области шеи. Своеобразный горб рос не наружу, а внутрь шеи. Промедление с операцией могло обернуться гастростомой в животе. Другие неприятные прогнозы в таких случаях – пролежни пищевода и инфекционные проблемы на шее.

Интубацию выполнили через нос. Удаляли злопучный нарост почти 1,5 часа, с осторожностью откалывая кусочки.

Уже через сутки пациент впервые за долгое время смог полноценно позавтракать. А спустя неделю после операции отправился домой.

По словам главного травматолога Челябинской области Леонида Поляка, за всю его сорокалетнюю про-

фессиональную деятельность это четвёртый случай пациента с такой патологией.

Надо отметить, что подобные вмешательства, требующие участия самых разных специалистов, возможны исключительно в многопрофильных клиниках, где чётко отработаны методики взаимодействия всех служб. Количество экстренных пациентов в больнице не меняет даже пандемия. Больные с тяжёлыми жизнеугрожающими патологиями продолжают поступать с завидным постоянством.

Наталья МАЛУХИНА,
внешт. корр. «МГ».

Челябинск.

Фото автора.

Ситуация

Актуальность сервиса передачи и хранения изображений

В Воронежской области проходит поэтапное внедрение высокотехнологичной системы для передачи и хранения медицинских изображений, а также создание единой радиологической информационной системы.

Данные системы представляют собой комплексы аппаратно-программных средств, предназначенные для передачи изображений как внутри медицинской организации, так и между разными медучреждениями.

Их внедрение поможет врачу-диагносту проводить удалённое консультирование с необходимым специалистом. Например, снимок, сделанный в районной больнице, может быть быстро передан по сети в областную медорганизацию для получения консультации. Пациенты смогут быстрее получить результат исследования, не думать о сохранности снимков и быть уверенным в точности и качестве диагностики. В настоящее время к сети подключаются десять медицинских организаций.

Департамент здравоохранения области отмечает актуальность сервиса в условиях пандемии. Поставить диагноз COVID-19 можно в том числе путём выполнения компьютерной томографии лёгких. Поэтому в области стремятся объединить аппараты компьютерной томографии в единую сеть, чтобы получить возможность быстрого просмотра изображений, передачи их в другие организации и консультирования по наиболее сложным случаям.

Рита ГРИГ,
МИА Сито!

Воронежская область.

Сергей КОЛЕСНИКОВ,
советник Российской академии наук,
профессор МГУ, академик РАН:

Национальные институты здоровья США, получают больше средств, чем вся наука – не медицинская, а вся! – Российской Федерации.

Стр. 5



Дмитрий МОРОЗОВ,
председатель Комитета Госдумы РФ
по охране здоровья,
профессор:

За два с лишним месяца эпидемии я ни разу не видел ни намёка на управленческую панику.

Стр. 6

Сергей ДОРОФЕЕВ,
вице-президент Национальной
медицинской палаты:

Прямо во время эпидемии губернаторы начинают увольнять министров здравоохранения, менять главных врачей не по профессиональному признаку, а по принципу «нравится – не нравится».

Стр. 7



COVID-19

СИЗ: они есть, или их нет?

Информация о средствах индивидуальной защиты исчезает так же бесследно, как сами СИЗ. 9 мая на официальном ресурсе «стопкоронавирус.рф» появилось сообщение: «Росздравнадзор провёл мониторинг обеспеченности противовирусными препаратами, масками и средствами индивидуальной защиты аптек и больниц в российских регионах. В сравнении с данными по запасам за март ситуация улучшилась». Странно, что такая, казалось бы, позитивная новость почему-то бесследно исчезла с данного ресурса, равно как и на сайте Росздравнадзора ничего о проведённом мониторинге найти не удалось.

«Полного отсутствия средств защиты в медорганизациях не было зафиксировано ни в одном регионе». «Минпромторг направил в регионы около 65 млн масок из Китая, собственное производство выросло на 11% за неделю». Это – цитаты с того же официального «рупора эпидемии». А медики продолжают жаловаться на нехватку СИЗ, да и Минздрав России призывает к их рациональному использованию.

Возможно, в столице дела обстоят лучше, но в регионах Сибири лечебные учреждения благодарят не Минпромторг, а добрых людей за гуманитарную помощь защитными масками и костюмами. Так, Минздраву Бурятии передали 5 тыс. одноразовых медицинских масок из соседней Монголии – в качестве подарка. Врачи Республики Тыва получили большую партию СИЗ (защитные комбинезоны, экраны для

лица, маски одноразовые, шапочки, костюмы), а также антисептики, лабораторные тест-системы и лекарственные препараты от благотворительной организации (в связи с этим упоминается имя министра обороны С.Шойгу).

В Республике Хакасия спонсорскую помощь больницам – около 75 тыс. масок, более 28 тыс. защитных костюмов, защитные очки, одноразовые перчатки, а также 9 аппаратов ИВЛ – оказало местное «пищевое» предприятие. В столице дела обстоят лучше, но в регионах Сибири лечебные учреждения благодарят не Минпромторг, а добрых людей за гуманитарную помощь защитными масками и костюмами. Так, Минздраву Бурятии передали 5 тыс. одноразовых медицинских масок из соседней Монголии – в качестве подарка. Врачи Республики Тыва получили большую партию СИЗ (защитные комбинезоны, экраны для

Елена БУШ,
обозреватель «МГ».

Новости

Мейкеры против COVID-19

Сообщество владельцев 3D-принтеров и лазерных станков изготавливает и передаёт врачам по всей России средства индивидуальной защиты и другую продукцию. Более тысячи добровольцев вносят свой вклад в борьбу с пандемией. Этот проект некоммерческий, всё делается исключительно на добровольной основе.

«Мы можем предоставить свои силы и ресурсы для оперативного и бесплатного изготовления немедицинских изделий, которые могут потребоваться в экстренных случаях для индивидуальной защиты от вируса. Мировой опыт показал, что недостаток защитного оборудования для врачей, близко контактирующих с большим количеством людей, может стать причиной взрывного роста эпидемии», – говорит региональный координатор «Мейкеры против COVID-19» по Иркутской области Фёдор Малков.

Мейкеры изготавливают щитки, которые защищают глаза от брызг; защитные боксы, которые обеспечивают дополнительную защиту врачу от выдыхаемого пациентом аэрозоля во время интубации; пластмассовые переходники, чтобы помочь адаптировать обычные маски для snorkлинга для медицинских фильтров от коронавируса; а также заколки для масок, снижающие нагрузку с ушей.

Сообщество работает по принципу местной самоорганизации: участники активно обмениваются информацией и перенимают опыт, предлагают свою помощь, ищут местные организации и узнают их потребности.

«Всё это не было бы возможным без пожертвований граждан и поддержки наших партнёров», – отмечают организаторы.

«Сообщество готово сотрудничать с любыми организациями, вне зависимости от их политических, религиозных и других взглядов, если это поможет спасти чью-то жизнь», – говорится в манифесте движения.

Георгий АЛЕКСАНДРОВ.

Аппарат ИВЛ в помощь

В отделение интенсивной терапии городской клинической больницы № 1 Махачкалы медицинский центр «Здоровье» передал аппарат для искусственной вентиляции лёгких пациентов с коронавирусной инфекцией.

Как отметили в Минздраве Республики Дагестан, мы ценим помощь, которую оказывает бизнес-сообщество нашей республики, так как нет ничего дороже на свете, чем жизнь.

Характеристики аппарата позволяют проводить вентиляцию лёгких в круглосуточном режиме при различных параметрах подачи кислорода. Помимо этого, представителями компании были направлены продуктивные наборы жителям двух посёлков, оказавшимся в трудной жизненной ситуации.

Зарина АГМАДОВА.

Республика Дагестан.

В королевстве кривых зеркал

В Научно-исследовательском институте скорой помощи им. Н.В.Склифосовского провели сложнейшую трансплантацию печени пациентке с полной транспозицией органов. На фоне тяжёлого заболевания у девушки начала отказывать печень, из-за тяжести состояния женщине потребовалась срочная пересадка.

Вся сложность операции заключалась в том, что органы пациентки расположены зеркально. Такая патология встречается крайне редко – всего у 0,005% людей в мире, и во многих зарубежных и российских центрах считается абсолютным противопоказанием к трансплантации. Подобные операции выполняются очень редко. В мире к 2014 г. их было выполнено всего пять.

Операцию провела бригада врачей центра трансплантации печени НИИ скорой помощи им. Н.В.Склифосовского во главе с Мурадом Новрузбековым. Пациентка чувствует себя хорошо, уже через 9 дней после пересадки она была выписана из стационара, сейчас возвращается к прежней жизни.

Валерий НИКИТСКИЙ.

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

Живая история

Подарок к юбилею Победы

Накануне 9 мая участнику Великой Отечественной войны Марии Космачёвой вручили ключи от однокомнатной квартиры. Она одна из двух оставшихся в живых ишимских медиков-фронтовиков. Сегодня ей 96 лет.



«Это большой подарок для меня к юбилею Победы, – делится Мария Яковлевна. – Конечно, мне в своём доме привычнее, всё же родные стены. Но когда увидела квартиру красивую, светлую, с большими окнами, решила, что буду переезжать».

В Великую Отечественную войну Мария Яковлевна прошла с эвакогоспиталем от Ишима до Восточной Пруссии. Когда началась война, ей было 18 лет. К тому времени она окончила первый год обучения в Ишимской фельдшерско-акушерской школе. Доучиваться её направили в город Тара Омской области. В конце 1942 г. с дипломом медсестры она вернулась в Ишим, пошла в военкомат и получила направление в эвакогоспиталь № 1502, который начал формироваться 23 июня 1941 г. Поток поступающих раненых иногда вдвое превышал запланированную вместимость. Так, казалось бы, далёкий от линии фронта сибирский городок столкнулся с войной.

Медики работали самоотверженно. Бились за здоровье и жизнь

каждого раненого. Привозили бойцов с передовой и с разными ранами, гангренами, ожогами. Практически каждый из медиков стал донором.

«Жалко их было так, что сердце кровью обливалось. Они же такие молодые, красивые, а им кому ногу, кому руку ампутируют, и он уже калека, инвалид. Много было лежачих. Их нужно было перевязывать, суметь вдвоём с боку на бок поворачивать. Привозили иногда по 800 раненых враз. Всех принимали, обрабатывали, перевязывали и по отделениям направляли. Бинтов всегда не хватало. Стирали их санитарочки. Я потом эти бинты стерилизовала в автоклаве. Иногда приходилось только вздремнуть после дежурства – и снова до ночи, пока не примем всех больных. У наших девочек всю войну от носилок на руках никогда не

сходили кровавые мозоли. Но самое тяжёлое, конечно, переезды. Всё же на себе приходилось таскать, грузить вагоны, потом выгружать, в госпиталь везти – на машинах, на телегах, на чём придётся, и там опять выгружать», – вспоминает ветеран.

В конце марта 1943 г. госпиталь направили в Калининскую область. Госпиталь переезжал вместе с персоналом, оборудованием, имуществом. Двигались с места на место вслед за нашими наступающими войсками – Смоленск, Вильнюс, а затем, уже в марте 1945 г., – Инстербург, Восточная Пруссия.

День Победы госпиталь встретил в Кёнигсберге. Но для медиков война, как оказалось, не закончилась. Госпиталь направили в распоряжение санитарного управления Первого Дальневосточного фронта. Лишь после капитуляции Японии он был расформирован, медперсонал демобилизован, и ишимцы вернулись домой.

С июня 1946 г. Мария Яковлевна работала в первой городской больнице медицинской сестрой. Медицине посвятила более трёх десятков лет.

Мария Яковлевна награждена медалью «За победу над Германией».

Жанна СТРИЖАК,
внешт. корр. «МГ».

Тюменская область.

Память

Акция, получившая своё начало 8 лет назад по инициативе томских журналистов, продолжает шествие по стране.

Чтобы увековечить в истории имена победителей, в этот юбилейный год 75-летия Победы в Великой Отечественной войне, сотрудники Ставропольской краевой клинической специализированной психиатрической больницы № 1 реализовали проект – создали виртуальный альбом с фотографиями участников войны. Материалы для альбома собирали всей больницей более 5 лет. И теперь пролистать его и увидеть лица героев может каждый.

Годы Великой Отечественной войны не просто заделали медицинское учреждение по касательной – они разрушили его стены и унесли

«Бессмертный полк» шагает по стране

жизни сотен пациентов, врачей, медсестёр. Перед началом немецко-фашистской оккупации города (август 1942 по январь 1943 гг.) в больнице находились на лечении около 800 пациентов, в том числе красноармейцы с последствиями черепно-мозговых травм. Некоторых из них сумели спасти местные жители, разобрав их по домам. От рук захватчиков погибли не только пациенты, но и медработники, защищавшие своих подопечных до последнего, а саму больницу разграбили и почти полностью разрушили.

В память об этих трагических событиях на территории медицинского учреждения установлен мемориальный камень. Ежегодно сотрудники больницы возлагают к памятнику цветы, проводят торжественный митинг, участвуют в шествии Бессмертного полка.

В этом году из-за сложной эпидемиологической обстановки шествие прошло виртуально, в режиме онлайн.

Рубен КАЗАРЯН,
соб. корр. «МГ».

Ставропольский край.

Проекты

Сибирское отделение Российской академии наук продолжает формировать и направлять в Правительство России пакет исследовательских разработок и готовых технологий, которые могли бы помочь стране справиться с коронавирусной инфекцией.

Так, в настоящее время в институтах СО РАН проверяется антикоронавирусное действие 22 новых лекарственных препаратов.

Второе предложение – это способ быстрого выявления хронических заболеваний, которые могут стать причиной осложнений и фатальных исходов у пациентов с COVID-19. При поступлении такого пациента (особенно когда он в тяжёлом состоянии) в стационар не всегда бывает возможно установить наличие у него «хроников», между тем стандартный протокол лечения в отношении такого больного может оказаться недостаточным. Новосибирский

Идеи рождаются на ходу

Пандемия – время высокой интеллектуальной активности

государственный исследовательский университет и академический Институт вычислительной техники предложили использовать для экспресс-диагностики метод термографии (тепловидения).

Как пояснили в Институте вычислительной техники, в основе медицинской тепловизионной визуализации лежит глубокая связь температурных градиентов на коже человека с процессами, происходящими в организме. С помощью тепловизора врач получает визуализированное инфракрасное изображение, создаваемое на поверхности тела пациента за счёт работы вегетативной нервной системы: изменение кровоснабжения подкожной сосудистой

сети в рефлексогенных зонах, соответствующих тому или иному внутреннему органу.

Надо отметить, что идея медицинской термографии родилась ещё в середине 1950-х – начале 1960-х годов в Канаде и СССР. Такие исследования проводились под руководством академика Бориса Петровского во Всесоюзном НИИ клинической и экспериментальной хирургии АМН СССР, где были разработаны методики тепловизионной диагностики различной сосудистой патологии. В настоящее время метод тепловидения применяется в нейрохирургии для определения локализации новообразований в головном мозге.

Сейчас сибирские учёные пред-

лагают совместить в одной программной системе термографический и рентгенографический источники данных, что даст медикам возможность автоматического картирования органов и систем организма на основе контуров рентгеновского снимка. Метод назвали «Комплексная термо- и рентгенографическая функциональная диагностика для формирования прогнозного сценария осложнений при COVID-19».

Техническое обеспечение методики не требует высоких затрат: нужны только современный рентгеновский аппарат, персональный компьютер, а также мобильный термовизор, к примеру, российского производства.

Наконец, ещё одна инновационная технология от сибирских учёных – самоочищающиеся фотоактивные тканевые материалы. Их разработали в Институте катализа СО РАН. Такие материалы очень пригодились бы сегодня для обеспечения медработников средствами индивидуальной защиты (СИЗ), о дефиците которых Президенту России на днях доложил министр промышленности и торговли РФ Денис Мантуров.

Методика производства фотоактивных материалов предполагает обработку как хлопковых, так и полиэфирных тканей нанокристаллическим диоксидом титана. В итоге получают самоочищающиеся от вирусов и бактерий текстильные материалы, которые можно стирать, и их особые свойства при этом не утрачиваются. Волшебство да и только!

Елена БУШ,
обозреватель «МГ».

Акценты

Новая ситуация — НОВЫЕ ВЫЗОВЫ

Министр здравоохранения РФ Михаил Мурашко провёл онлайн-встречу с Комитетом Госдумы РФ по охране здоровья. Глава ведомства проинформировал депутатов о текущей работе отрасли в условиях эпидемии коронавирусной инфекции, а также ответил на их вопросы.

Очень важное уточнение, интересующее всех медицинских работников: кто имеет право на получение дополнительных выплат за работу в особых условиях (в «красной зоне» и на других вредных участках, где оказывают помощь пациентам с коронавирусной инфекцией)? По словам министра, это врачи, средний медперсонал, сотрудники скорой помощи (врачи, фельдшеры, водители), работники патологоанатомической службы, рентгенологи, эпидемиологи, персонал лабораторий и т.д. Министерство здравоохранения 5 мая направило в регионы письмо с полным перечнем категорий работников здравоохранения, на которых распространяется действие данного Указа Президента России.

В полной ли мере обеспечены медработники и население средствами индивидуальной защиты? М.Мурашко сообщил: более 90 наименований отечественных средств индивидуальной защиты

прошли государственную регистрацию, также начались их поставки из-за рубежа. Это позволяет насытить внутренний рынок. Согласно мониторингу, который проводит Росздравнадзор и Минздрав, большинство регионов запаслось и имеет не менее двухнедельного запаса средств индивидуальной защиты.

Влияние ситуации с коронавирусной инфекцией на уровень психолого-психиатрических расстройств: требуется ли особое внимание данной теме? По словам министра, пока специалисты не отмечают роста таких расстройств у населения, всё в пределах обычных сезонных показателей. В то же время он подчеркнул высокий уровень стресса у медицинских работников, которые сейчас находятся в состоянии эмоционального напряжения. Поэтому Минздрав России рекомендовал региональным миноздравам сконцентрировать внимание на оказании психологической помощи именно медицинским работникам.

Министр принял к сведению предложение парламентариев о государственных наградах для медиков, сражающихся с коронавирусной инфекцией, и об увековечении памяти всех погибших медиков.

Прозвучал вопрос депутатов о целесообразности организации

отделений скорой медицинской помощи при стационарах с коечным фондом более 400 единиц (разумеется, уже после прохождения пика эпидемии). М.Мурашко заметил, что это верное предложение, но рассматривать его следует шире: требуется также реконструкция приёмных отделений крупных стационаров, а именно увеличение их площади, изменение планировки помещений, техническое оснащение. Сегодняшняя ситуация с коронавирусом показала необходимость таких изменений. То же самое касается инфекционных больниц: здесь конструктивные решения также должны предусматривать возможность справляться с большим потоком поступающих пациентов.

Планирует ли Министерство в условиях пандемии корректировку нацпроекта «Здравоохранение» и программы «Совершенствование первичной медико-санитарной помощи»? Следует ли ожидать секвестра финансирования данных программ? Отвечая на эти вопросы, министр сообщил, что реализация проекта по первичной медпомощи сдвигается с 1 июля на полгода. Он уточнил: речь идёт не о финансировании, а именно о реализации проекта.

Елена БУШ,
обозреватель «МГ».

Тенденции

Инициативу надо поддерживать

Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения (ЦНИИОИЗ) Минздрава России выпустил доклад, в котором проанализировал влияние эпидемии COVID-19 на российское здравоохранение.

Среди первоочередных мер реформирования отрасли – возврат страховым медицинским организациям функции страховщика и создание механизма финансовой ответственности СМО перед медицинскими организациями. Страховщики поддерживают эту инициативу.

В подготовленном ЦНИИОИЗ докладе «Влияние коронавируса COVID-19 на ситуацию в российском здравоохранении» проводится детальный анализ ситуации в отечественном здравоохранении, столкнувшимся с пандемией, достаточности принятых для коррекции ситуации мер, а также выявление проблемных точек,

нуждающихся в устранении в пост-эпидемический период.

По мысли авторов доклада, одной из ключевых нерешённых проблем действующей модели ОМС, требующей законодательных изменений, является недостаточная роль в системе страховых медицинских организаций.

«В соответствии с действующим законодательством страховщиком в системе ОМС вопреки логике являются не страховые медицинские организации, а Федеральный фонд обязательного медицинского страхования», – пишет коллектив авторов во главе с академиком РАН Владимиром Стародубовым. При этом, по выводам авторов доклада, «единственной стороной, которая реально несёт риски в системе ОМС, являются медицинские организации». А это «прямо противоречит самим принципам страхования», заключают эксперты.

Выход из положения в ЦНИИОИЗ видят в «возвращении страховым медицинским организациям функ-

ции страховщика». Нужно создать «механизм финансовой ответственности страховых медицинских организаций», – призывают эксперты.

С позицией экспертов Минздрава согласны представители страхового сообщества. «Мы давно говорим о необходимости повышения финансовой ответственности в сочетании с передачей дополнительных полномочий по взаимодействию с медучреждениями для страховых медицинских организаций, закрепления за ними статуса реального страховщика, а также дальнейшего погружения классических страховых принципов в отечественную модель ОМС. Это избавит её от внутренних противоречий, повысит качество оказания медицинской помощи, а соответственно – удовлетворённость ею со стороны граждан», – говорит вице-президент Всероссийского союза страховщиков Дмитрий Кузнецов.

Павел АЛЕКСЕЕВ.

Ну и ну!

Маска, я вас знаю

Губернатор Саратовской области Валерий Радаев освободил от занимаемой должности министра – руководителя аппарата главы региона Олесю Горячеву.

Чиновница подала в отставку по собственному желанию после отмены закупки «Саратовским аптечным складом» медицинских изделий на 443 млн руб., в число которых входили медицинские маски стоимостью 425 руб. за штуку.

Закупка у единственного поставщика была утверждена директором «Саратовского аптеч-

ного склада» 29 апреля 2020 г. Как следовало из документации, у компании-поставщика, зарегистрированной в Московской области, предполагалось закупить 10 тыс. изолирующих костюмов по цене 3,35 тыс. руб. за штуку, 3 тыс. защитных очков по цене 720 руб. за штуку, 5 тыс. респираторов класса FFP3 по цене 690 руб. за штуку, а также 10 тыс. нестерильных медицинских масок по цене 425 руб. за штуку.

Областная прокуратура 30 апреля сообщила о проведении проверки после публикаций СМИ о возможных нарушениях при

закупке за счёт бюджета средств индивидуальной защиты. «В ходе надзорных мероприятий прокуратура даст оценку соблюдению требований законодательства о контрактной системе в сфере закупок товаров, обоснованности определения стоимости средств индивидуальной защиты для медицинского применения. При наличии оснований по результатам проверки будут приняты меры прокурорского реагирования», – заявило ведомство.

После чего Минздрав Саратовской области расторг контракт на закупку средств защиты для врачей.

Леонид ПОЛЯКОВ.
МИА Сити!

Официально

Страховые гарантии?

Президент РФ Владимир Путин подписал Указ о предоставлении дополнительных страховых гарантий медицинским работникам, борющимся с коронавирусом.

Соответствующий документ опубликован на официальном интернет-портале правовой информации. Отмечается, что в случае смерти медицинского сотрудника единовременная выплата составит 2,7 млн руб. Дополнительные страховые гарантии предоставят

врачам, среднему и младшему медицинскому персоналу, водителям скорой помощи, а также непосредственно работающим с пациентами, у которых подтверждён коронавирус, и с больными с подозрением на COVID-19.

Но непонятен пока порядок, как будет признаваться, что медицинский работник заразился на рабочем месте, а не по дороге, скажем, в лечебное учреждение или дома.

Андрей ДЫМОВ.
МИА Сити!

Продлить действие документов

Министерство здравоохранения РФ приказом № 394н от 30 апреля 2020 г. продлило на 12 месяцев срок действия квалификационных категорий, ранее присвоенных медицинским и фармацевтическим работникам. Под действие документа попали те категории, срок действия которых истекает в период с 1 февраля 2020 г. до 1 января 2021 г.

Также приказ предписывает приостановить проведение аттестации медицинских и фармацевтических работников на получение квалификационной категории до 1 января 2021 г.

Ранее Минздрав России, что характерно, представил ведом-

ственный приказ № 327н от 14 апреля 2020 г. об особенностях допуска физлиц к медицинской и фармацевтической деятельности без сертификата специалиста или свидетельства об аккредитации, а также по специальностям, не предусмотренным такими документами. Приказ действует до 1 января 2021 г. и устанавливает до этого времени мораторий на получение сертификатов и свидетельств.

Кроме того, документ предписывает продлить срок действия сертификатов специалиста на 12 месяцев, в соответствии с ранее изданным постановлением Правительства РФ № 440.

Григорий МАТВЕЕВ.
МИА Сити!

Криминал

Самоизоляция в квадрате

Калининградский областной суд до 17 октября продлил домашний арест обвиняемым в «организации убийства» недоношенного младенца анестезиологу-реаниматологу Элине Сушкевич и и.о. главного врача Калининградского областного роддома № 4 Елене Белой. Предварительно судебное заседание по уголовному делу назначили на 19 мая 2020 г.

Уголовное дело в отношении Э.Сушкевич было возбуждено в июне 2019 г. после смерти в роддоме № 4 недоношенного ребёнка с массой тела 700 г – в медучреждение неонатолог прибыла в составе реанимационной бригады, вызванной для оказания лечебно-консультативной помощи, однако спасти новорождённого не удалось. Вместе с ней по делу проходит и.о. главного врача областного роддома № 4 Е.Белая, которую обвиняют не только по п. «в» ч. 2 ст. 105 УК РФ и ч. 3 ст. 33 (организация убийства малолетнего), но и по п. «в» ч. 3 ст. 286 и ч. 1 ст. 286 УК РФ (превышение должностных полномочий).

В Следственном управлении СК РФ по Калининградской области заявили, что «новорождённому по медицинским показаниям для поддержания жизнедеятельности требовалось введение дорогостоящего препарата», однако Е.Белая распорядилась ввести ребёнку смертельную дозу сульфата магния. Следователи считают, что Е.Белая обсуждала с Э.Сушкевич «способ убийства ребёнка». Врачи находятся под следствием с июня 2019 г. В феврале 2020 г. Ленин-

градский районный суд Калининграда продлил их домашний арест до 14 мая 2020 г.

В середине апреля адвокат матери умершего младенца Лариса Гусева ходатайствовала о помещении Э.Сушкевич в следственный изолятор. Гусева заявила, что врач разглашает детали дела и комментирует работу экспертов и следствия, а это может повлиять на мнение присяжных.

Однако работу экспертов во время двух онлайн-трансляций Э.Сушкевич и её адвокат не комментировали.

Ключевой довод обвинения – наличие в теле младенца сульфата магния, якобы введённого с целью убийства, – анализировали члены Российского общества неонатологов. Они пришли к выводу: цифры из патологоанатомической экспертизы не только не превышают норму магния для младенцев, но в 1,5 раза ниже этой нормы, а содержание магния в органах умершего младенца сопоставлялось с нормой для взрослого мужчины весом 70 кг.

Этот факт Э.Сушкевич упоминала в своём посте на Facebook, а также опровергла тезис о том, что смерть ребёнка позитивно повлияла бы на статистику медучреждения. «Моя работа не связана со статистикой. Это не моя зона ответственности. Я отвечаю за конкретных пациентов и за конкретный круг своих обязанностей», – писала она в апреле, подчёркивая, что «действие подписки о неразглашении окончено».

Игорь КОРАБЛЁВ.
МИА Сити!

Перемены позволили эффективнее организовать борьбу с эпидемией новой коронавирусной инфекции. Об этом в ходе онлайн пресс-конференции сообщила председатель Федерального фонда обязательного медицинского страхования (ФОМС) Елена Чернякова. На лечение больных, которых госпитализируют с вирусом в стационары, предусмотрены значительные средства, при этом и остальным пациентам помощь гарантирована в прежнем объеме, хотя и с коррекцией порядков её оказания. Защиту прав и своевременное информирование пациентов обеспечивают страховые компании, которые активно помогают региональным властям в борьбе с эпидемией.

По словам Е.Черняковой, система ОМС в полной мере доказала свою устойчивость и готовность к борьбе с коронавирусом. В кратчайшие сроки в течение марта и первой половины апреля были приняты необходимые решения, которые позволили донастроить систему. Прежде всего, во всех регионах страны доработаны тарифные соглашения, которые теперь включают в себя оказание медицинской помощи больным COVID-19.

Отвечая на вопросы журналистов о размерах финансирования лечебных учреждений на лечение больных с новой инфекцией, Е.Чернякова оценила его так: при лёгком течении заболевания стоимость лечения примерно соответствует тарифам на обычную пневмонию, при средней тяжести болезни стоимость лечения определена примерно в 100 тыс. руб., тяжёлые формы тарифицируются от 200 тыс. и выше.

Утвержденные изменения правил ОМС предполагают упрощенный порядок (по решению главы субъекта Российской Федерации) вхождения в систему ОМС для частных клиник, которые готовы взять на себя часть увеличившейся в связи с эпидемией нагрузки на государственные больницы и поликлиники. Медицинская помощь пациентам таких клиник будет оказываться по тем же тарифам, что и для государственных медицинских организаций, и без каких-либо доплат от граждан, отметила Е.Чернякова.

ФОМС также организовал мониторинг состояния бюджетов

ОМС: реальность и перспективы

Изменённые условия

В системе обязательного медицинского страхования важные перемены



На вопросы журналистов Е.Чернякова отвечает с помощью видеосвязи

территориальных фондов и объёмов оказываемой медицинскими организациями помощи. Это необходимо для своевременной компенсации им выпадающих доходов и в оплате медицинской помощи, оказываемой вне ранее утверждённых нормативов. Несмотря на возможные ситуации, связанные с перепрофилированием и введением особого режима, финансирование больниц не пострадает, подчёркивает глава ФОМС. Предусмотрена возможность увеличить размер авансирования страховых и медицинских организаций до 100% от среднемесячных объёмов финансирования обеспечения, предусмотренного в рамках реализации территориальных программ ОМС, и до 50% медицинским организациям, в рамках межтерриториальных расчётов.

По мнению председателя ФОМС, ни одна страна мира на 100% не была готова к подобной эпидемии. Однако благодаря точечным решениям, система ОМС России сохранила свою устойчивость. В связи с эпидемиологической об-

становкой временно приостановлено проведение профилактических мероприятий в части диспансеризации, введён особый порядок оказания медицинской помощи в стационарах, но в остальном порядок работы клиник не изменился. Е.Чернякова обратила внимание, что «лечение пациентов с онкозаболеваниями, болезнями сердечно-сосудистой и эндокринной систем, а также находящихся на заместительной почечной терапии будут по-прежнему проводиться в полном объёме».

В условиях распространения коронавирусной инфекции эффективно проявил себя институт страховых представителей, нагрузка на которых сильно возросла, говорит Е.Чернякова. «Напоминаю, что всем застрахованным крайне желательно иметь под рукой номер телефона страховой компании, которая выдала вам полис ОМС», – отмечает председатель ФОМС.

Как рассказал вице-президент Всероссийского союза страховщиков Дмитрий Кузнецов, с самого

начала страховые медицинские организации перестроили работу по информационному сопровождению граждан, чтобы максимально информировать о действиях в условиях коронавируса. Используя все каналы коммуникации от личных звонков и СМС, до видеороликов в СМИ, страховщики сообщали об отмене профилактических мероприятий и необходимости соблюдения режима самоизоляции (для лиц, приезжающих из-за рубежа или страдающих хроническими заболеваниями).

Важной мерой стало продление сроков действия временных свидетельств при отсутствии страхового полиса. Это было сделано для того, чтобы людям не пришлось ходить в офисы страховых компаний за новыми полисами и они дольше оставались дома. По словам Д.Кузнецова, больше половины обращений граждан в страховые компании за последнюю неделю было связано именно с вопросами получения нового полиса. Ещё в марте людей больше всего волновала информация о коронавирусе: общая доля таких обращений достигала 25%. Однако за минувшую неделю их доля снизилась до 3,77%, в то время как вопросы переоформления полиса волнуют 64,9% обратившихся. Страховщики отмечают, что беспокойство по поводу полиса излишне. «Медицинская помощь будет оказана в любом случае, даже по временному свидетельству, которое можно получить и дистанционно», – напоминает Д.Кузнецов.

По его словам, с первых дней введения особого режима, связанного с распространением коронавирусной инфекции союз страховщиков предложил губернаторам использовать возможность, которыми обладают СМК для решения задач по минимизации последствий пандемии и для взаимодействия с волонтерскими движениями.

Страховые компании не только участвуют в приёме заявок на оказание помощи, но предоставляют волонтерам автотранспорт и непосредственно участвуют в доставке продовольственных пакетов маломобильным гражданам. В нескольких регионах осуществлена адресная материальная поддержка больниц и поликлиник.

Сопредседатель Всероссийского союза пациентов Юрий Жулев отметил, что пациентское сообщество видит в страховых медицинских организациях надёжных партнёров в деле защиты прав пациентов. Особенно сегодня, в условиях распространения коронавирусной инфекции, когда параметры плановой медицинской помощи трансформируются. Временное перепрофилирование лечебных учреждений приводит иногда к изменению стандартов лечения. Именно в таких сложных ситуациях страховые представители помогают в маршрутизации страдающих хроническими заболеваниями.

«Сегодня мне как раз пришло сообщение от одной страховой компании, которая разбирала случай с пациенткой из Подмосквы. Её терапия в условиях дневного стационара была безосновательно прекращена, – рассказал Ю.Жулев. – Мне очень приятно сообщить, что по результатам вмешательства страховой компании в ближайшие дни терапия этой пациентке будет продолжена. Казалось бы, это отдельный случай, но за каждым из них – человеческая жизнь», – напомнил эксперт.

В особом отношении нуждаются хронически больные при попадании в инфекционные стационары. Лечение острых респираторных инфекций должно сочетаться с терапией хронических патологий. «Жизнеспасающая терапия не должна отменяться», – считает Ю.Жулев.

Алексей ПИМШИН.

Инициатива

Депутаты Омского горсовета единогласно проголосовали за установку памятника медицинским работникам, которые спасали жизни раненым в годы Великой Отечественной войны.

бражающей хирурга и медсестру.

Напомним, инициаторами установки нового монумента выступила региональная общественная организация «Ветераны здравоохранения Омской области». В военные

В военные годы была организована работа рентгенологической службы, клинической и биохимической лабораторий. Всего врачам удалось спасти жизни 75% воинов, которых вынесли с полей сражений фронтовые

В память о тех, кто спасал

Решено, что памятник военным медикам будет установлен в Парке Победы, что на Левобережье Омска. Памятную композицию из гранита и бронзы планируется расположить в мемориальном комплексе между скульптурами Сибирички с сыном и Солдата-победителя.

– Комитет единогласно рекомендовал принять постановление, – сказал председатель комитета по социальным вопросам Максим Астафьев, где изначально рассматривалось это предложение. – В итоге на пленарном заседании горсовета остальные депутаты также поддержали его и проголосовали за установку скульптуры, изо-

годы в городе на Иртыше работало 45 госпиталей. С 1941 по 1945 г. в больницы поступило более 156 тыс. раненых и почти 14 тыс. больных солдат и офицеров. «Головной» госпиталь был рассчитан на 600 коек, затем их количество увеличили до тысячи. Основными медицинскими пунктами тогда были областная клиническая больница, городская больница № 5, областная психиатрическая больница, школа № 55. Также госпитали работали в области – в Калачинске, Называевске, Исилькуле... Первый эшелон с ранеными прибыл в Омск ровно через месяц после начала войны. Более 250 тяжелораненых военных нуждались в срочной медицинской помощи.

медика. Сегодня в Омской области живут 22 ветерана-медика, спасавших жизни солдат в годы Великой Отечественной войны.

Идея нового памятника долго обсуждалась в коллективах медицинских учреждений города и области, ветеранские организации делились мнениями по поводу композиции памятника, его названия и выбора участков для его установки. Автор памятника – известный омский скульптор, член Союза художников России Виталий Шевченко.

Татьяна БЕРЕЗОВСКАЯ, соб. корр. «МГ».

Омск.

Акция

Не время останавливаться!

Финалист специализации «Здравоохранение» конкурса «Лидеры России-2020», заведующая отделом биомедицинских технологий Национального медицинского исследовательского центра реабилитации и курортологии Минздрава России кандидат медицинских наук Ильмира Гильмутдинова вместе с коллегами дала старт телемедицинскому кабинету, позволяющему проводить занятия для онкопациентов по лечебно-физической культуре дистанционно.

Запуск цикла онлайн-занятий осуществляется в Национальном медицинском исследовательском центре реабилитации и курортологии в рамках выполнения социального проекта «ONCOREHAB». Выписанные из федеральных онкоцентров пациенты уезжают в дальние регионы и практически не имеют шанса на получение физической реабилитации. Благодаря новому проекту у них появилась возможность осуществлять реабилитационный курс по ЛФК дистанционно. «Не время останавливаться, время жить! Мы знаем, как важна своевременная реабилитация для онкопациентов, как им необходима правильная физическая активность и психологическая поддержка. Наш проект – это не только набор полезных упражнений, но, прежде всего, простое человеческое общение, которое, поверьте, зачастую лечит и восстанавливает

намного эффективнее», – отметила И.Гильмутдинова.

После каждого занятия пациент заполняет дневник самочувствия, куда вносит данные о побочных явлениях и двигательной активности. Таким образом можно отследить динамику процесса реабилитации.

В период пандемии, по словам И.Гильмутдиновой, как никогда ощущается значимость работы дистанционной платформы: пациенты должны соблюдать режим самоизоляции, но потребность в реабилитационных мерах сохраняется. Поэтому занятия лечебной физкультурой остаются практически единственным доступным способом восстановления утраченных функций или поддержания здоровья.

Александр МЕЩЕРСКИЙ,

МИА Сити!

Новый коронавирус, наделавший столько шума на планете Земля, продолжает удивлять своей коварностью и непредсказуемостью. Это ставит перед фундаментальной наукой задачу не только в авральном режиме разработать тест-системы и вакцину, но также выявить досконально биологические особенности и специфику поведения SARS-CoV-2 в организме человека.

Способна ли российская медицинская наука в её нынешней организационной (а правильнее сказать – дезорганизационной) форме решить обе эти задачи если не первой в мире, то хотя бы в числе первых? Об этом – в интервью советника Российской академии наук, профессора Московского государственного университета, академика РАН Сергея КОЛЕСНИКОВА.

– Сергей Иванович, клиницисты говорят о необычном течении респираторной инфекции, вызванной SARS-CoV-2, и вызванных этим сложностях лечения. Очевидно, что ещё не всё об этом вирусе известно. В каких направлениях пока не проводятся фундаментальные исследования нового коронавируса, но их необходимо организовать?

– Только-только начинают исследовать действие лекарственных препаратов в отношении данного возбудителя. Сегодня терапия ведётся методом подбора, эмпирически, и говорить, что какой-то препарат или направление лечения наиболее перспективны, я бы пока поостерегся. К примеру, сведения, что при COVID-19 помогают препараты против ВИЧ-инфекции, малярии или гриппа, уже подвергаются сомнению. Однозначного заключения об их эффективности в отношении коронавируса нет, более того, в части случаев токсичность препарата превышает его терапевтическое действие.

Да, вспышка коронавиральной инфекции оказалась той ситуацией, когда не имея этиотропных средств приходится искать и применять препараты off-label. И в этих обстоятельствах отрицать что-либо заранее вряд ли имеет смысл. В крайне тяжёлых случаях заблуждения риск причинить вред пациенту меньше, чем вероятность помочь ему и надо использовать всё, что имеется в арсенале, и что может помочь, независимо от жёстких рекомендаций применять определённые – и тоже фактически не апробированные – препараты. Но, при этом правила проведения клинических исследований никто не отменял.

Кстати, замечу, что врачи почему-то не используют активно для профилактики развития тяжёлых симптомов COVID-19 традиционные лекарства, в частности, антиоксиданты, которые ещё с 1970-х годов практикуются сибирскими учёными-медиками при лечении пневмоний и могут предупреждать возможный цитокиновый шторм. А между тем, это крайне важная компонента терапии – не дату пациенту уйти в тяжёлую форму заболевания. И здесь учёные уже могли бы сделать клиницистам подсказку.

Кстати, на днях во время онлайн-конференции один из врачей Нью-Йорка в общении с китайскими коллегами поделился своим опытом ведения на дому средне-тяжёлых форм COVID-19 с помощью антиоксидантов.

Второе важное направление, на которое пока не хватает ни времени, ни возможностей – отслеживание и изучение отдалённых эффектов COVID-19. По-моему, это самая большая проблема, с которой мы в дальнейшем столкнёмся. Особенно у детей и подростков. У них болезнь протекает чаще всего бессимптомно или в лёгкой форме, тем не менее, необходимо разобраться, какие

именно изменения вызывает в организме вирус, и это задача для медицинской науки на ближайшие 2-3 года.

Далее, к числу необходимых я отношу исследования резистентности человеческой популяции к SARS-CoV-2. Известен феномен естественной резистентности к ВИЧ-инфекции, вирусным гепатитам В и С. Не исключено, что и к новому коронавирусу она существует у какой-то части людей. Ответ на этот вопрос позволил бы понять: может быть, паника, которую мы сегодня поднимаем, избыточна? Как и разговоры о

логические исследования, а не только исследования на клеточных культурах.

При этом уже сегодня очевидно, что новый вирус вызывает болезнь с необычным патогенезом, звенья которого предстоит изучить. Если изначально думали, будто SARS-CoV-2 поражает исключительно лёгкие, воздействуя на альвеолы, то теперь мы видим: он так же сильно тропен к эндотелию сосудов и бьёт по системе гемостаза. Как уже сказано, вирус вызывает в организме серьёзные цитокиновые штормы, которые свидетельствуют о каком-

тогда или поздно придётся решать: либо уделять внимание научно-исследовательским медицинским учреждениям бывшей Российской академии медицинских наук, и тогда они сохранятся, либо передать их в профильные ведомства. Это, на мой взгляд, принципиальная задача.

Сегодня же подведомственные Минобрнауки исследовательские институты медицинского профиля и их клиники находятся на нищенском финансировании. Вложений в инфраструктуру и оборудование – никаких, так как

ситуация с COVID-19 высвечивает со всей очевидностью, как недостаёт Российской Федерации того управленческого органа, который координировал бы все имеющиеся научно-исследовательские ресурсы страны.

– Как вы полагаете, нынешняя ситуация заставит государство переосмыслить роль академической науки и вернуть РАН её утраченные полномочия? Или к этому нет никаких предпосылок?

– Пока мы видим только то, как изменилось отношение к медицине. Врачей хотя бы стали уважать. Впрочем, и в здравоохранении произошло, в основном, перераспределение ресурсов внутри отрасли, и часть финансовых средств взяли из нацпроектов. За исключением добавок к зарплате, строительству и оснащению больниц специфическим оборудованием существенных дополнительных денег на медицину на самом деле не выделено.

Такая же ситуация с наукой. Мы не увидели ещё ни одного Постановления Правительства, ни Указа Президента страны о направлении в науку дополнительных финансовых ресурсов.

Удельное финансирование медицинской науки в России составляет примерно одну сотую часть от американского объёма вложений! Национальные институты здоровья (National Institute of Health (NIH) – подразделение Департамента здравоохранения США, в состав которого входят 27 крупных исследовательских учреждений, в прошлом году получил бюджет 39 млрд долл. То есть NIH США получают больше средств, чем вся наука – не медицинская, а вся! – Российской Федерации.

Если наша страна хочет сделать серьёзный технологический скачок, то это должен быть скачок не только в разработке вооружений, но в большей степени – в науках о человеке, центральной части 6-го технологического уклада. Пока такого понимания со стороны государства я не вижу. Между тем, ущерб от запущенности здравоохранения и медицинской науки значительно выше, чем ущерб от всех санкций, которые на нашу страну наложены. Мы сейчас видим это наглядно, подсчитывая экономические убытки от режима самоизоляции: каждые 10 дней остановки работы промышленности из-за коронавируса эквивалентны одному проценту ВВП. Если мы будем сидеть на самоизоляции два месяца, потеряем 6% ВВП. Это в 1,5 раза больше всего бюджета здравоохранения. Вот цена многолетнего невнимания к медицине и медицинской науке.

– А возможно ли в нашей стране создание аналога NIH, который объединил бы все институты медицинского профиля под своей эгидой?

– Вы удивитесь, но Национальные институты здоровья, так же как Ливерморская национальная лаборатория им. Э.Лоуренса Министерства энергетики США, а также так называемая Кремниевая долина, формировались по образу и подобию Академии наук СССР. Когда-то её опыт в качестве прототипа взяли на вооружение другие государства, а в нашей стране он вдруг кому-то разонравился...

Думаю, в прежнем целостном виде Российская академия наук вряд ли возродится. Не видно, чтобы у кого-то появилось такое желание. В том числе, в самом научном сообществе наблюдается пассивность, апатия, и я бы даже назвал это академической депрессией. Однако по образу и подобию теперь уже американскому имеет смысл воссоздать объединённые структуры по разным направлениям, которые могли бы резко поднять эффективность работы российской науки.

Беседу вела Елена БУШ,
обозреватель «МГ».

Авторитетное мнение

Возможно ли возрождение?

Российская медицинская наука в эпоху COVID-19 и после

том, что, когда переболеют 60-70% населения, эпидемия закончится.

По данным Национального микробиологического центра им. Н.И.Пирогова, обследование медработников на антитела к SARS-CoV-2 показало: около 15% из них имеют антитела класса IgG, что является свидетельством длительного приобретенного иммунитета к данному возбудителю инфекции. Коль скоро это так, врождённая либо приобретённая устойчивость населения к вирусу может оказаться выше, чем мы предполагаем. Думать так заставляет тот факт, что в ноябре-декабре прошлого года в России был необычный всплеск пневмоний, их было зарегистрировано на 30% больше, чем традиционно бывает в это время года, причём, с проявлениями, очень напоминающими нынешнюю вирусную пневмонию средней степени тяжести. Не исключено, что коронавирусные инфекции – а известно уже четыре слабых коронавируса в человеческой популяции – «гуляли» в нашей стране уже тогда и могли вызвать перекрёстную иммунизацию.

И, наконец, науке предстоит разобраться с изменением свойств вируса. Очевидно, что он мутирует, и важно понять, в какую именно сторону. Большая часть экспертов склоняется к тому, что SARS-CoV-2 станет менее агрессивен и поселится в компании других вирусов, вызывающих сезонные вспышки острых респираторных инфекций. Однако это лишь предположения.

– Кстати, об экспертах. Мнения о новом коронавирусе высказывают российские учёные разных профилей: иммунологи, пульмонологи, педиатры, вирусологи, инфекционисты. Но почему-то не слышно патологов. Между тем, характеристика взаимодействия коронавируса с организмом человека – это сфера их интересов.

– Вы удивитесь, но многие из перечисленных экспертов, по сути, тоже патологические физиологи.

Поскольку инфекционная вспышка длится всего 4 месяца, по мере наблюдений за больными сейчас лишь накапливаются данные по клинической патологической физиологии. Лабораторные же модели COVID-19 есть только в США, во всяком случае, так говорят сами американцы. Если в ближайшее время такая модель поступит в нашу страну или будет разработана нашими учёными, на ней можно будет проводить уже экспериментальные патологические

то необычно остром развитии воспалительного процесса. Даже есть данные, будто этот «шторм» усиливают – а не ослабляют! – иммуноглобулины.

Всё больше появляется подтверждений того, что он поражает нервные клетки, и это проявляется потерей вкуса и обоняния, инсультами у молодых и серьёзными проявлениями деменции у пожилых людей, переболевших COVID-19. Наконец, страдают почки и печень. Таким образом, мы имеем дело с полиорганной патологией, следовательно, патологофизиологам предстоит большая работа.

– В целом ряде российских НИИ ведутся разработки вакцин против коронавирусной инфекции. Дело это дорогостоящее и прибыльное, поэтому каждый рассчитывает получить финансирование на свой проект. Складывается впечатление, что академия с её интеллигентными манерами уступает в плане продвижения своих продуктов институтам Минздрава, ФМБА, Роспотребнадзора.

– Не совсем так. В большинстве исследований в этих ведомствах лидерами научных групп являются именно члены Российской академии наук, и этого никто не отрицает. Но сама РАН сегодня представляет собой экспертно-прогнозно-аналитический орган и не имеет собственных институтов, не управляет ими, поэтому и не может отчитываться их результатами.

Между тем, как вы правильно заметили, есть три ведомства, в ведении которых находятся научно-исследовательские институты медицинского профиля. Соответственно, их стараются позиционировать, используя административный ресурс, так как речь идёт о серьёзных бюджетных вливаниях. Это и бизнес, и перспектива дальнейшего наращивания финансирования. А о том, что это делают члены РАН, часто забывают.

Минобрнауки свой административный ресурс не использует. Видимо, потому что не считает институты медицинского профиля, которые есть в его ведении, клю-



это учреждения второй категории. Деньги на зарплату они тоже сами зарабатывают в системе ОМС или платными услугами. Фактически, институты, некогда входившие в структуру РАМН, и гордо называвшие себя федеральными, постепенно умирают. Поэтому я скептически оцениваю вероятность того, что они вдруг, даже имея великолепные кадры, вдруг, без финансирования и приборной базы, начнут бурно заниматься серьёзными исследованиями, в том числе, по коронавирусу.

При этом, как ни удивительно, в нашей стране больше, чем в других, уже предложено вариантов вакцин против коронавируса. В основном, это проекты ведомственных институтов или результат кооперации «академических» институтов с вузами.

– Это не есть хорошо?

– Я этим горжусь. Но в то же время происходит распыление ресурсов. Правильнее было объединить их, сосредоточившись на 3-4 возможных вариантах вакцин. Ведь следующим этапом может стать конкуренция за деньги и клинические базы, на которых можно апробировать новые вакцины in vivo. У нас таких баз не много, а если мы начнём ещё и здесь переходить друг другу дорогу, то, к сожалению, можем уступить лидерство зарубежным разработчикам.

Одним словом, необходимо объединение интеллектуальных, материально-технических, клинических и финансовых ресурсов, а не их распыление. К сожалению, именно

По окончании эпидемии коронавирусной инфекции российскому здравоохранению предстоит серьёзная переоценка с последующей перезагрузкой. Неизбежно и обязательно. В этом убеждён председатель Комитета Госдумы РФ по охране здоровья, доктор медицинских наук, профессор Дмитрий МОРОЗОВ.

– Дмитрий Анатольевич, в феврале-марте 2020 г. депутатский корпус в очень сжатые сроки сделал всё необходимое, чтобы законодательно обеспечить работу государства в целом и системы здравоохранения в частности по противодействию коронавирусной инфекции. Форс-мажорные ситуации всегда оказываются вне рамок действующих законов?

– Не всегда, но часто. И это нормально. Как бы мы ни старались предусмотреть в законах все нюансы на все случаи жизни, следующая форс-мажорная ситуация подбрасывает какие-то неожиданности. Показательный пример: как раз накануне вспышки коронавирусной инфекции наш комитет вместе с Минздравом подготовил законопроект об обеспечении биологической безопасности в стране. Но мы были вынуждены его снять с рассмотрения во втором чтении и вносить коррективы, поскольку история с COVID-19 показала, что мы не всё предусмотрели. Да и не могли тогда предусмотреть.

Что касается собственно пакета «антикоронавирусных» законов, часть их касалась мер поддержки граждан и экономики, часть – ответственности граждан и юридических лиц за нарушение санитарно-гигиенических правил в это сложное время. И, наконец, собственно меры, касающиеся здравоохранения. Самая главная из них – это дополнительное финансирование региональных систем здравоохранения, что дало возможность быстро технически дооснастить лечебные учреждения, перепрофилировать больницы, открыть и технологически укомплектовать новые койки реанимации, закупить большое количество аппаратов ИВЛ и особенно аппаратов для ЭКМО, которых в подавляющем числе регионов РФ было по пальцам перечесть.

Одним словом, это позволило сделать огромные шаги за короткое время. Я могу сказать, что в «мирное время», если вы захотите открыть в клинике одну новую реанимационную койку, потратите, наверное, год на согласование, госзакупки оборудования, проводку кислорода. В реальной жизни, а не в форс-мажорных обстоятельствах, это очень трудно и долго.

– Есть повод задуматься, почему те же самые регламенты в мирной и военной жизни реализуются с разной скоростью, чтобы на будущее устранить это «сопротивление материала»?

– Согласен. Бюрократическая машина традиционно имеет свойство пробуксовывать, и в данной ситуации тоже стояла серьёзная задача – как быстро довести деньги до всех медицинских учреждений, которые занимаются лечением пациентов с коронавирусной инфекцией. И как дать деньги в регион, чтобы там могли их потратить не только на областную и городскую больницы, но также на федеральную или частную клинику, работающую в статусе «ковидных» госпиталей. В рамках действующих законов это невозможно: межбюджетные барьеры стоят. Нам удалось быстро найти такие законодательные решения.

Поскольку многие больницы перепрофилировались в «ковидные» госпитали, нужно было предусмотреть механизм компенсации им выпадающих доходов, то есть убытков от невыполнения государственного задания по основному профилю. Ведь плановые госпитализации и операции где-то сокращены или отменены, реабилитация остановилась, амбулаторно-поликлинический приём сокращён.



Наши интервью

Дмитрий МОРОЗОВ:

Нам выпал исторический шанс

Стратегию развития отрасли надо выстраивать сообща

Эти решения тоже были приняты быстро.

Разумеется, когда мы всё это обсуждали и с депутатским корпусом, и с Правительством, то помнили, что к эпидемии мы подошли с рядом серьёзных проблем в здравоохранении. Чего только стоит дефицит кадров в первичном звене? Конечно, эти проблемы накапливались годами, и в условиях начавшейся чрезвычайной ситуации сразу всё наверстать было невозможно. Тем не менее, очень многое удалось сделать оперативно, чтобы отрасль не сползла перед эпидемией, это объективно так.

– Одной из первых поставили задачу обеспечить население медицинскими работниками средствами индивидуальной защиты. Между тем, у руководителей лечебных учреждений до сих пор есть нарекания к системе закупок и ценам на рынке. Несмотря на отчёты губернаторов, маски в аптеках не лежат, их ещё надо поискать.

– Действительно, несмотря на все наши усилия, информация из регионов подтверждает, что не везде средств защиты достаточно. И в первую очередь такой дефицит опасен для учреждений здравоохранения. Медики выкручивались, кто как мог: кто-то удлинял сроки использования средств индивидуальной защиты, а кто-то менял регламент работы, то есть, чтобы не снимать костюм, вынуждены были не есть и не ходить в туалет по многу часов. Это факт, и он ни для кого не секрет. Поверьте, у властей на данный счёт иллюзий тоже нет.

Сейчас, по сведениям, которые нам предоставляют, снабжение средств индивидуальной защиты и регламенты работы в них соблюдаются.

– Тем удивительнее постановление Правительства РФ от 30 апреля о снятии ограничений на экспорт средств индивидуальной защиты, которое ввели месяцем раньше. Как это согласуется с тем, о чём мы говорим? Не приведёт к ещё большему дефициту средств защиты для наших врачей?

– Минпромторг пояснил, что снятие запрета на их экспорт распространяется только на страны

Евразийского экономического союза. Запрет на экспорт за пределы ЕАЭС остаётся в силе.

Полагаю, что такое решение было хорошо продумано. Очевидно, что оно не может – не должно! – быть принято в ущерб интересам своей системы здравоохранения и своих граждан. Чтобы закрыть потребность в средствах индивидуальной защиты, наша страна и закупки в Китае делает, и отечественное производство наращивает. Диверсификация российской промышленности сейчас реально напоминает военное время. Изготовлением спецкостюмов, защитных

Дескать, ему не положена выплата страховки.

– На тот момент, когда Президент В.Путин выступил с таким поручением, ещё не было известно, кому именно оно адресовано, кто конкретно будет его исполнять. Поэтому мы с коллегами по комитету на всякий случай в течение двух дней сделали всё, что зависело от нас – подготовили и представили в Правительство свои предложения.

Есть федеральный закон № 125 о социальном страховании, который касается многих специальностей. Для того чтобы под действие этого закона попали те категории медработников, которых необходимо сейчас застраховать, необходимо во вновь утверждаемом порядке страхования сделать ссылку на него. Это самый простой, на наш

профессия, и он по долгу службы не был призван работать в этой ситуации. Я с трудом могу представить себе человека с медицинским образованием, работающего в лечебном учреждении, который бы намеренно и постоянно ходил по стационару или поликлинике без защитной маски и говорил, что это его принципиальная позиция, он коронавируса не боится.

Ну хорошо, давайте будем рассматривать каждый «сомнительный», с точки зрения страхователя, случай заболевания медработника на трудовой комиссии. Представьте, как будет психологический климат в коллективе, где кто-то из коллег заболевает, а его подвергают вот такому «разбору», вместо того, чтобы оказать помощь ему или его семье.

штатов и очков для медиков стали заниматься все, кто может, от IT-компаний до ателье по пошиву модной одежды.

Честно говоря, это самое главное, что сейчас меня беспокоит – необходимость обеспечить достаточное количество надёжных средств индивидуальной защиты для медработников. Иначе мы будем множить угрозу здоровью и жизни медработников и нести серьёзные потери.

– Академик РАН В. Стародубов приводит цифры: если и впредь 10-15% медперсонала будет еженедельно выбывать из строя, то к концу пандемии мы останемся без врачей и медсестёр. Он считает, что важнейший урок этой инфекционной истории – необходимость защищать медработников. Всеми способами.

– Прежде всего, отмечу, что Россия теряет медиков не больше, чем другие страны. Но, к сожалению, и не меньше.

В то же время я полностью согласен с беспокойством В. Стародубова. Мы должны уделять этому больше внимания и делать выводы из ситуации, чтобы понимать, как нам жить в будущем. Если сегодня кардиохирург перепрофилируется в инфекциониста, пойдёт работать в «ковидный» госпиталь и там заболеет, то, когда закончится эпидемия, у нас кто будет оперировать на сердце? Для того, чтобы подготовить ведущего хирурга, нужны годы. Такие риски следует учитывать, и это, поверьте, учитывается.

Повторюсь, понимая всю сложность нынешней ситуации, мы в первую очередь должны выстроить максимально эффективную систему защиты медиков.

– Президент России поручил застраховать медицинских работников, которые подвержены риску инфицирования SARS-CoV-2, на случай их заболевания и смерти при исполнении служебных обязанностей. В списке погибших уже более 100 медиков, и очевидно, что скорбный список будет расти. При этом сам механизм страхования разрабатывался почти месяц, а теперь ещё и началась возня вокруг этой темы: а не виноват ли сам заразившийся?

взгляд, механизм. И он уже апробирован: есть такие ссылки, касающиеся страхования психиатров, фтизиатров и врачей, работающих с ВИЧ-инфекцией.

Мы предложили и такой вариант: внести изменения в Федеральный закон № 323-ФЗ в части перечня специальностей и должностей медработников и немедицинского персонала, которые работают с инфицированными пациентами и должны быть застрахованы. Этот закон надо будет разработать в продолжение изданному 6 мая Указу Президента о страховании медицинских работников. Собственно, так в Указе и написано.

– А ваш вариант перечня застрахованных медработников каков?

– По моему убеждению, это должны быть не только те, кто работает в «ковидных» госпиталях, а все, кто находится в контакте с заболевшими. Сюда относятся и сотрудники службы скорой помощи, включая водителей, и сотрудники поликлиник. Если мы посмотрим список российских медработников, которые уже погибли в этой «битве», то там единицы собственно инфекционистов, остальные – врачи других специальностей. И не все они были в «красной зоне», многие, сами того не зная, контактировали с вирус-положительными пациентами в хирургии, в терапии, на поликлиническом участке, и не были на тот момент достаточным образом защищены.

Сейчас наблюдаю в соцсетях дискуссию на эту щекотливую тему. Некоторые руководители здравоохранения в регионах позволяют себе рассуждения, учитывать ли при расчёте суммы страховой выплаты общий стаж медработника или только те часы и минуты, в течение которых он работал с ковидным больным. Или предлагают оценить в процентах вину самого медработника, который заразился коронавирусом. Это вызывает удивление! Мы работаем в единой профессиональной семье, и надо бережно относиться к тем, кто «на передовой».

Что значит «ты сам виноват, что заразился, поскольку не был защищён должным образом»? Да ведь человек исходно не попал бы в очаг инфекции, если бы у него была другая – не медицинская –

Да, существуют специальные методики расчётов при оформлении любых страховок. Но в данном случае – я уверен, – если есть какие-то сомнения, то их надо разрешать в пользу медицинских работников.

– Как вы относитесь к оценке мер по самоизоляции граждан: они достаточно жёсткие или нет?

– Мы находимся в условиях боевых действий с вирусом. И все законы, которыми мы руководствуемся сейчас, абсолютно соответствуют военному времени. Хотя так называемые диванные эксперты упрекают власть в том, что какие-то решения могли бы быть тоньше. В частности, называют слишком жёсткими ограничения для граждан и бизнеса. На самом деле, решения в условиях быстрого распространения инфекции принимаются на опережение и – да, они немного жёстче. И это абсолютно нормально.

– А на мой взгляд, у нас меры по социальной дистанцированию и самоизоляции не то что не жёсткие, а излишне мягкие. У меня есть опасение – дай бог, чтобы оно не сбылось – что часть медиков, которые сейчас отдают свои жизни, спасая «антиковидчиков» – когда всё это закончится, уйдут из профессии. Потому что значительная часть общества демонстрирует не солидарность с врачами, а полное пренебрежение их усилиями. Посмотрите в окно: люди, считающие самоизоляцию невыносимой для себя, разгуливают по улицам абсолютно безнаказанно.

– Я понимаю ваши опасения. Медицинские работники требуют очень бережного к ним отношения всегда, а сейчас – особенно. Сегодня действительно такое горячее время, что обижаться или спорить нет сил. Но когда всё закончится – вы совершенно правы – начнутся взаиморасчёты.

Наши коллеги сегодня показывают просто чудеса профессионализма. Это достойно серьёзного общественного осмысления: никого не хочу обидеть, но я убежден – есть все остальные профессии, а есть – профессия «врач». Я приветствую любые варианты флешмобов в поддержку врачей,

они приятны. Но важно, чтобы это эмоциональное поощрение медиков со стороны общества осталось и впредь, а не закончилось с выпиской из госпиталя последнего пациента с COVID-19.

– Российская система здравоохранения пока демонстрирует более высокие, чем в других странах, результаты оказания помощи заболевшим COVID-19. Уточню: речь не о качестве лечения, а именно о мобилизационной способности лечебной сети. Как, по-вашему, за счёт чего это происходит, учитывая, что система за последние десятилетия пережила череду разурительных реформ?

– Первое – в самом начале пандемии, как только появились первые тревожные сообщения из КНР, на высоком уровне сработал Роспотребнадзор. Несмотря на все «преобразования», эта служба сумела остаться центральной и супер-профессиональной.

В этой связи вспоминается история, которая произошла несколько лет назад в одном из северных российских регионов: самолёт Ту-154 зимой совершил вынужденную посадку на заброшенном аэродроме. Сначала мы все восхищались лётчиками, которые смогли это сделать, а потом появилась информация о местном жителе, который, оказываясь, один ухаживал за этим аэродромом в течение 4 лет с тех пор, как его закрыли. Он чистил взлётно-посадочную полосу, насколько мог, а семье говорил, что чувствует: этот аэродром ещё пригодится. В итоге именно благодаря ему самолёт, экипаж и пассажиры были спасены. Вот такой ежедневный тихий подвиг.

Примерно так же, незаметно для общества, все эти годы работала наша санитарно-эпидемиологическая служба. И в нужный момент у неё оказалось всё то, благодаря чему наша страна сумела оперативно выстроить линию защиты от коронавируса: регламенты, мощная команда санитарных врачей, научные кадры, лабораторная служба.

Пока санитарные врачи своими силами держали оборону в аэропортах, другая команда Роспотребнадзора – учёные – за считанные дни разработали первую тест-систему.

К этому моменту сформировалось второе важное звено – управленческое. Создан Национальный штаб по борьбе с коронавирусной инфекцией, выстроена чёткая схема соподчинения Президент – премьер-министр – все министерства и ведомства. Особо хочу отметить министра здравоохранения России Михаила Мурашко: только-только вступил в должность, и тут такое началось. Но он не растерялся, очень компетентен и эффективен.

Следующее звено – сама система здравоохранения. Нам очень помогло то, что мы сохранили службу медицины катастроф, и что у нас есть мощная служба скорой медицинской помощи. Ещё недавно шли споры, вызывающие болезненные реакции – объединять их или не объединять, а сейчас забыли про дискуссии, оба подразделения сразу подключились в полную силу.

Стационары при большом дефиците анестезиологов-реаниматологов оперативно организовали бригады для работы с тяжёлыми больными. Понятно, что эта проблема не закрыта полностью, но благодаря тому, что удаётся грамотно расставить имеющиеся силы, на сегодняшний день мы справляемся.

Нам очень помог опыт и ресурсы военно-полевой медицины, каких нет больше ни у одной страны. Это – результат работы профильных кафедр в медицинских вузах, которые мы сохранили. Умение сортировать больных и раненых, перераспределять потоки пациентов, организовывать изолирование и дистанционное наблюдение – всё это багаж прошлых времён, дополненный со-

временными информационными технологиями.

А первичное звено, которое мы все дружно критикуем – разве не сыграло свою роль? Участковая служба, которая взяла на себя курацию пациентов с лёгкими и среднетяжёлыми формами заболевания. Скорая помощь, которая вообще оказалась на «передовой».

Все эти части одного слаженно работающего механизма дали нам четыре недели отсрочки. Мы выиграли время и смогли затем выстраивать дальнейшую тактику в более спокойном режиме. И что особенно важно – за два с лишним месяца эпидемии ни одного намёка на управленческую панику я не видел ни разу.

– Иными словами, мы справляемся не вопреки, а благодаря?

– Конечно, благодаря. Никаких «вопреки!» В отличие от США, где больному выставляют счёт за реанимацию, а если у тебя нет хорошей страховки, ты вообще не попадёшь в госпиталь, у нас нет никого, кто остался бы без медицинской помощи.

Разумеется, при работе в таком авральном режиме возможны накладки, и кто-то из пациентов мог остаться недовольным тем, что его слишком долго держали в приёмном отделении стационара. Но когда вместо обычных 20 человек через приёмный покой проходит 600 больных за сутки, упрекать больницу в плохой организации работы, я считаю, несправедливо.

– Вы предложили по окончании эпидемии коронавируса собрать Общероссийский форум «Здравоохранение 2020+» и выработать стратегию «реформирования» отрасли. Разве возможно на многолюдном собрании, участниками которого станут, в том числе, те, кто не имеет профессионального отношения к медицине, выработать чёткие и эффективные правила работы и оптимальную структуру системы здравоохранения?

– Искать ответ на вопрос «каким вам видится будущее отрасли?» по окончании эпидемии станут все, кого это касается напрямую: члены Комитета по охране здоровья Госдумы, Минздрав, Общественная палата, профсоюз медработников, врачебные ассоциации. Каждая структура призовет экспертов, проведёт «круглый стол», подготовит резолюцию со списком предложений. Свои идеи захотят высказать общественные организации: защитники прав пациентов, благотворительные фонды, волонтеры-медики и т.д. И всё это огромное количество документов будет направлено одновременно в Правительство, Президенту, в Думу. Это продуктивно, оптимально? На мой взгляд, нет. Сложно будет понять плюсы и минусы, выбрать самое ценное.

Появилась идея собрать представителей всех заинтересованных организаций на одной площадке. Это не будет очень многочисленное собрание, потому что мы пригласим только делегатов. Но зато все их предложения можно будет свести вместе, обсудить и путём мозгового штурма вывести оптимальный список предлагаемых для отрасли перемен и обновлений. А затем уже это консолидированное решение обсудить с Правительством с учётом ранее утверждённого нацпроекта «Здравоохранение» и госпрограмм. Не надо считать их чем-то незбылемым, следует быть гибче и вносить изменения в стратегию и тактику развития здравоохранения по мере необходимости.

Сегодня – время переосмысления. Тяжелее, но очень важное для последующей жизни. Пользуясь этим историческим моментом, нужно собраться всем и обсудить спокойно, уверенно, честно: ну что, как дальше живём?

Елена ЮРИНА.

МИА Сити!

Мнение

Что будет после того, как...

О завтрашнем дне здравоохранения надо подумать уже сегодня

В разгар вспышки коронавирусной инфекции на сайте Национальной медицинской палаты появилось обращение ко всем работникам здравоохранения со словами огромной благодарности за самоотверженную работу, сопряжённую с риском для жизни и здоровья. Текст заканчивается словами «Вы нужны России как никогда!» На первый взгляд просто красивая фраза. Но на самом деле, какая же она справедливая: давненько наше государство и общество не заботились о медицине и

врачах так сильно и не просили их о помощи так громко, как сейчас.

А что будет потом, когда вспышка угаснет? Какие выводы следует сделать, какие перемены произвести в здравоохранении и в системе координат «государство-общество-врач», чтобы исправить ошибки, с последствиями которых столкнулись во время этой сложной противовирусной борьбы? Об этом шла речь на очередном заседании президиума Национальной медицинской палаты.

– Ситуация с COVID-19 обострила системные проблемы, которые накопились в здравоохранении: недостаточное финансирование отрасли, сложности с материально-техническим снабжением медицинских организаций, непродуманность обеспечения безопасности медработников при исполнении служебного долга, дефекты организации работы в системе ОМС и много других. Хорошо это или плохо – сам факт, что мы враз обнаружили столько недоработок? Скорее, хорошо. Во всяком случае, теперь понятны масштабы последствий, к которым приводит запущенность проблем. Из тех сложностей, которые обнажились во время вспышки, безусловно, надо делать выводы, – так прокомментировал итоги обсуждения вице-президент НМП, председатель новосибирской областной ассоциации врачей Сергей Дорофеев. Выводы и направления «реконструкции» укладываются в пять пунктов.

Обнулить абсурд

Первое – финансирование. Нуждаются в пересмотре как объём средств, направляемых на здравоохранение, так и правила распределения этих сумм.

– С тем фактом, что в последние годы денег на медицину выделялось недостаточно, согласна даже Счётная палата России. По нашей оценке этот объём должен быть доведён, по меньшей мере, до 5-6% ВВП, – говорит С.Дорофеев.

Система обязательного медицинского страхования не должна являться генеральной формой распределения финансовых средств между лечебными учреждениями, считает эксперт. Между тем, в ОМС сегодня погрузили даже службу скорой медицинской помощи и инфекционные больницы. Для завершения картины абсурда осталось завести в ОМС противотуберкулёзную службу, и это, скорее всего, лишь вопрос времени.

Члены президиума НМП высказались за необходимость выведения инфекционной службы из ОМС и переход на сметное финансирование. Принцип подушевого финансирования или оплаты по законченному случаю лечения здесь неуместны абсолютно. Аналогичное изменение должно коснуться также скорой помощи и, возможно, амбулаторно-поликлинической службы тоже, где сокращение числа пациентов, происходящее по объективным причинам, не должно приводить к сокращению финансового обеспечения и хуже того – банкротству медицинских организаций.

– Наглядный пример, как это происходит сегодня, во время инфекционной вспышки: посещаемость поликлиник резко, в среднем на 30%, сократилась. Во-первых, мы приостановили диспансеризацию, во-вторых, люди соблюдают режим самоизоляции. Какие-то амбулаторно-поликлинические учреждения вообще закрыты для приёма пациен-

тов либо из-за карантина, либо они перепрофилированы в «ковидный» диагностический центр. Учреждение не зарабатывает деньги, и территориальный ФОМС предлагает профинансировать авансом при условии, что до конца года поликлиника должна будет эти деньги отработать, чтобы долг закрыть. А как это сделать? Путь один – искусственно наращивать поток пациентов и количество законченных случаев. Разве это этично и законно? – продолжает мой собеседник.

Даже если отечественная система ОМС останется неприкасаемой, то как минимум заработную плату и затраты на содержание лечебных учреждений нужно вывести из тарифа на оказание медицинской помощи, убеждён С.Дорофеев. Что касается лекарств и расходных материалов, здесь также могут быть разные способы оплаты, и это тоже надо обсуждать. Но, даже если обе эти позиции останутся в тарифе, необходимо предусмотреть резервные механизмы, позволяющие главным врачам в случае необходимости приобретать в экстренном порядке то, что за пределами тарифных рамок.

Подчиняемся по вертикали

Второе, что необходимо сделать – дать правдивую оценку структуре лечебной сети здравоохранения в её нынешнем «оптимизированном» виде. Правильно структурированная сеть должна иметь возможность мобильно перестраиваться в случае чрезвычайных ситуаций с большим числом пострадавших, а наиболее вероятными событиями в этом смысле являются именно инфекционные вспышки. Ведь никто не сказал, что после COVID-19 ничего подобного никогда больше не случится.

Третье – следует пересмотреть структуру и принципы управления здравоохранением, причём не только в условиях чрезвычайных ситуаций, но вообще.

– Безусловно, а такие моменты истории, как нынешняя инфекционная эпидемия, главные для всей страны решения принимают Президент и Правительство. Но затем они дают поручения губернаторам, и тут, как говорится, «возможны варианты». Один глава региона, прислушиваясь к рекомендациям медиков, вводит строгий режим самоизоляции, а другой, напротив, его ослабляет, и тем самым провоцируется рост числа инфицированных. Прямо во время эпидемии губернаторы вдруг начинают одного за другим увольнять министров здравоохранения, менять главных врачей. Причём, делается это не по профессиональному признаку, а по принципу «нравится – не нравится». Такая кадровая политика вносит ещё большую сумятицу в систему, которая и без того испытывает сильнейший стресс и напряжение, – поясняет вице-президент НМП.

Вывод экспертов таков: в организации медицинской помощи населению должно быть едино-

началие. Целесообразно было бы сосредоточить эти полномочия в руках федерального министерства здравоохранения. Иными словами, разрушенную вертикаль управления в системе здравоохранения необходимо восстановить.

Принцип назначения руководителей медицинских организаций также следует изменить. По мнению С.Дорофеева, самая правильная организационно-правовая форма в здравоохранении – автономное медицинское учреждение, которое имеет наблюдательный совет. В состав совета входят представители учредителя, то есть органов власти региона, и трудового коллектива. В этом случае региональный Минздрав может назначать главного врача не по своему усмотрению, а только по представлению наблюдательного совета лечебного учреждения.

Болезненные госзакупки

Четвёртый раздел, требующий изменений – действующая система закупок для нужд медицинских организаций.

– Мы давно говорим о недостатках действующего законодательства, а именно о федеральных законах № 44-ФЗ «О контрактной системе в сфере закупок товаров, работ, услуг для обеспечения государственных и муниципальных нужд» и № 223-ФЗ «О закупках товаров, работ, услуг отдельными видами юридических лиц». Данные нормативные акты не помогают, а, напротив, создают проблемы руководителям лечебных учреждений. История с коронавирусом в очередной раз ярко высветила этот дефект: закупки надо проводить в экстренном порядке, но, действуя в рамках закона, ты ничего сделать не успеваешь, а действуя в обход, рискуешь свободой. И так, и так будешь виноват, – говорит С.Дорофеев.

И, наконец, пятый пункт необходимых преобразований касается того, о чём профессиональные врачебные сообщества России говорят уже не один год – правовой и социальной защищённости медицинского работника. Шаги, которые сейчас государство в экстренном порядке предпринимает по страхованию врача на случай заболевания или смерти при выполнении им профессионального долга, надо было сделать уже давно.

– Мы же не только при вспышке коронавирусной инфекции имеем риск заболеть, мы всегда в зоне риска. В дополнение к этому должно быть страхование профессиональной ответственности врача при оказании медицинской помощи. Уже надоело говорить «должно быть», хочется, наконец, сказать «сделано», – выражает С.Дорофеев общее мнение российских медиков.

Президиум НМП планирует направить свои предложения в Правительство России. В очередной раз. А вдруг услышат?...

Елена СИБИРЦЕВА.

МИА Сити!

КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 18 (2232)

Сахарный диабет 1-го типа (СД-1) – аутоиммунное заболевание, развивающееся у генетически предрасположенных к нему лиц, при котором хронически протекающий лимфоцитарный инсулит приводит к опосредованной Т-лимфоцитами деструкции бета-клеток с последующим развитием абсолютной инсулиновой недостаточности со склонностью к развитию кетоацидоза (ДКА).

ДКА – острая диабетическая декомпенсация обмена веществ, проявляющаяся резким повышением уровня глюкозы и концентрации кетоновых тел в крови, появлением их в моче и развитием метаболического ацидоза, при различной степени нарушения сознания или без неё, требующая экстренной госпитализации больного.

Код по МКБ-10	Нозологическая форма
E10.1	Сахарный диабет инсулинзависимый с кетоацидозом
E16.2	Гипогликемия неуточнённая

Классификация сахарного диабета

Этиологическая классификация нарушений углеводного обмена

I. Сахарный диабет 1-го типа может манифестировать в любом возрасте, но наиболее часто – в детском и юношеском.

A. Аутоиммунный сахарный диабет характеризуется деструкцией β-клеток, наличием аутоантител, абсолютной инсулиновой недостаточностью, полной инсулинозависимостью, тяжёлым течением с тенденцией к кетоацидозу, ассоциацией с генами главного комплекса гистосовместимости – HLA.

B. Идиопатический сахарный диабет также протекает с деструкцией β-клеток и склонностью к кетоацидозу, но без признаков аутоиммунного процесса (специфических аутоантител и ассоциации с HLA-системой). Характерен для пациентов африканского и азиатского происхождения.

II. Сахарный диабет 2-го типа (СД-2) – наиболее распространённый среди взрослых, характеризуется относительной инсулиновой недостаточностью с нарушениями как секреции, так и действия инсулина: от преобладающей инсулинорезистентности с относительной инсулиновой недостаточностью до преимущественного секреторного дефекта в сочетании или без сочетания с инсулинорезистентностью.

III. Другие специфические типы сахарного диабета.

A. Генетические дефекты функции β-клеток:

1. Хромосома 12, HNF-1α (MODY3).
2. Хромосома 7, глюкокиназа (MODY2).
3. Хромосома 20, HNF-4α (MODY1).
4. Хромосома 13, инсулиновый промоторный фактор – IPF-1 (MODY4).
5. Хромосома 17, HNF-1Я (MODY5).
6. Хромосома 2, NeugD1 (MODY6).
7. Митохондриальная ДНК-мутация.
8. Хромосома 6, KCNJ11 (Kir6.2), ABCC8 (Sur 1).

9. Некоторые другие, причина которых – моногенные дефекты синтеза инсулина.

B. Генетические дефекты действия инсулина:

1. Резистентность к инсулину типа А.
2. Лепречаунизм (синдром Донохью).
3. Синдром Рабсона – Менденхолла.
4. Липоатрофический диабет.
5. Некоторые другие формы диабета, возникающие вследствие мутации гена рецептора инсулина. Клинически – нарушения углеводного обмена от умеренной гипергликемии и гиперинсулинемии до явного сахарного диабета. Синдром Донохью и синдром Рабсона – Менденхолла манифестируют в детском возрасте и проявляются резко выраженной резистентностью к инсулину.
- С. **Заболевания экзокринной части поджелудочной железы:**
 1. Панкреатит.
 2. Травма, панкреатэктомия.
 3. Новообразования поджелудочной железы.
 4. Кистозный фиброз (муковисцидоз).
 5. Гемохроматоз.
 6. Фиброкалькулёзная панкреатопатия.

7. Некоторые другие нозологически различные заболевания, при которых наряду со значительными нарушениями экзокринной функции поджелудочной железы наблюдается и недостаточность секреторной функции островковых клеток.

D. Эндокринопатия:

1. Акромегалия.
2. Синдром Кушинга.

Оказание скорой медицинской помощи при острых осложнениях сахарного диабета 1-го типа у детей (диабетическом кетоацидозе и гипогликемии)

Клинические рекомендации (протокол)

3. Глюкагонома.
4. Феохромоцитомы.
5. Гипертиреоз.
6. Соматостатинома.
7. Альдостерома.
8. Некоторые другие вследствие контринсулярного действия выделяемых в избыточном количестве гормонов, могут приводить к истощению функциональных компенсаторных резервов β-клеток поджелудочной железы.

E. Диабет, индуцированный лекарственными препаратами или химическими веществами:

1. Вакор.
2. Пентамидин.
3. Никотиновая кислота.
4. Глюкокортикоиды.
5. Тиреоидные гормоны.
6. Диазоксид.
7. β-адренергические агонисты.
8. Тиазиды.
9. Дилантин.
10. α-интерферон.
11. Другие препараты. Механизмы их действия различны: ухудшение действия инсулина на периферии, усиление имеющейся инсулинорезистентности. В детском возрасте наибольшее значение имеет применение α-интерферона, под влиянием которого может развиваться аутоиммунный диабет с выраженной абсолютной недостаточностью инсулина.

F. Инфекции:

1. Врождённая краснуха.
2. Цитомегаловирус.
3. Другие. Под действием β-токсических вирусных инфекций происходит деструкция β-клеток с развитием абсолютной инсулиновой недостаточности. Непосредственное поражение вирусом островкового аппарата встречается редко.

G. Редкие формы сахарного диабета

1. Синдром ригидного человека (stiff-man syndrome) – аутоиммунное заболевание ЦНС, характеризующееся ригидностью аксиальных мышц с болезненным их спазмом, при котором выявляются антитела к глутаматдекарбоксилазе и почти в 50% случаев развивается сахарный диабет.
2. Синдром полиэндокринной аутоиммунной недостаточности I и II (APS I и II) типов.
3. Другие заболевания с образованием аутоантител к рецепторам инсулина – системная красная волчанка, пигментно-сосочковая дистрофия кожи (acanthosis nigricans). При этом может наблюдаться выраженная резистентность к инсулину.
- Н. **Другие генетические синдромы, иногда сочетающиеся с диабетом:** сахарный диабет может быть компонентом многих генетических синдромов:
 1. Синдром Вольфрама.
 2. Синдром Дауна.
 3. Синдром Шерешевского – Тёрнера.
 4. Синдром Клайнфельтера.
 5. Синдром Лоуренса – Муна – Бидля.

6. Синдром Прадер – Вилли.
7. Атаксия Фридрайха.
8. Хорея Хантингтона.
9. Порфирия.
10. Миотоническая дистрофия и пр.

В детском возрасте наиболее часто встречается синдром Вольфрама (DIDMOAD), при котором наблюдается дефицит инсулина, требующий обязательной инсулинотерапии.

1. Гестационный сахарный диабет – любые состояния с нарушением углеводного обмена (в том числе нарушенная толерантность к глюкозе), диагностированные при беременности. Выделение гестационного СД в отдельный тип обусловлено повышенным риском перинатальной смертности и врождённых уродств при нарушениях углеводного обмена у беременных.

Диабетический кетоацидоз (ДКА)

Диагноз ДКА основывается на клинической картине, жалобах, наличии гипергликемии, глюкозурии и кетонурии.

Биохимические критерии диагностики ДКА:

- гипергликемия > 11 ммоль/л
 - венозный PH < 7,3 или бикарбонаты < 15 ммоль/л
 - кетонемия или кетонурия.
- Степень тяжести ДКА определяется степенью ацидоза:
- лёгкий ДКА – венозный PH < 7,3 или бикарбонаты < 15 ммоль/л
 - умеренный – PH < 7,2 или бикарбонаты < 10 ммоль/л
 - тяжёлый – PH < 7,1 или бикарбонаты < 15 ммоль/л.

Оказание скорой медицинской помощи на догоспитальном этапе выездными бригадами скорой медицинской помощи

Клиника сахарного диабета варьирует от неурgentных проявлений до тяжёлой дегидратации, диабетического кетоацидоза, вплоть до развития коматозного состояния. К клиническим проявлениям сахарного диабета следует отнести:

Неурgentные проявления:

- полидипсия, полиурия;
- энурез;
- прогрессирующая потеря массы тела;
- рецидивирующие кожные инфекции;
- слабость, утомляемость;
- вульвит, баланит.

Ургентные проявления:

- тяжёлая дегидратация (сухость кожных покровов и слизистых, сниженный тургор кожи, «запавшие глаза»);
- многократная рвота;
- дыхание Куссмауля – равномерное редкое дыхание с глубоким шумным вдохом и усиленным выдохом, смешанная одышка;
- запах ацетона в выдыхаемом воздухе;
- расстройство сознания (дезориентация, прекоматозное или реже, коматозное состояние).

Критерии диагностики сахарного диабета (ISPAD, 2009)

- симптомы СД в сочетании со случайным выявлением концентрации глюкозы ≥ 11,1 ммоль/л (в капиллярной цельной крови ≥ 11,1 ммоль/л, для венозной цельной крови – ≥ 10,0 ммоль/л) в плазме крови.

Случайным считать выявление в любое время дня без учёта времени, прошедшего после последнего приёма пищи или

- уровень глюкозы в плазме крови натощак ≥ 7,0 ммоль/л (≥ 6,3 как для венозной, так и для капиллярной цельной крови). Состояние натощак определяется как отсутствие приёма пищи не менее 8 часов или

– уровень глюкозы через 2 часа после нагрузки ≥ 11,1 ммоль/л при проведении орального глюкозотолерантного теста (ОГТТ). Для нагрузки используется эквивалент 75 г безводной глюкозы, растворённой в воде, или в дозе 1,75 г/кг массы тела до максимальной дозы 75 г.

При наличии кетоновых тел в крови и моче показана срочная терапия.

При отсутствии явных симптомов СД или наличии лёгкой симптоматики случайно выявленная гипергликемия или гипергликемия, обнаруживаемая в условиях стресса (инфекционного, травматического и пр.), может быть транзиторной. Рекомендовано наблюдение.

Неотложные диагностические мероприятия при ДКА:

Исследование уровня гликемии глюкометром.

Исследование кетонурии/кетонемии.

Лечение ДКА

ДКА фатален без лечения. Лечение СД с тяжёлым ДКА должно проводиться в центрах, где существуют возможности оценки и мониторинга клинических симптомов, неврологического статуса и лабораторных показателей.

На догоспитальном этапе регистрируются пульс, частота дыхания, АД, неврологический статус, ЭКГ-мониторинг, оцениваются общее состояние и жизненно важные функции: сознание, дыхание, кровообращение. При стабилизации витальных функций проводится стандартный соматический осмотр, включающий определение числа дыхания и сердечных сокращений в минуту; измерение артериального давления, определение уровня глюкозы крови, пульсоксиметрия. Осматривается кожа, видимые слизистые, грудная клетка, живот; проводится аускультация лёгких и сердца; оценивается наличие очаговой симптоматики, менингеальных симптомов и т.д. Проводятся мероприятия по восстановлению и поддержанию жизненно важных функций организма, оксигенотерапия – 4-6 л/мин, обеспечение венозного доступа.

Лечение ДКА на догоспитальном этапе включает умеренную регидратацию (в том случае, если транспортировка до больницы составляет более 1-1,5 часов) и кислородотерапию.

Регидратацию проводят 0,9%-ным раствором NaCl для восстановления периферического кровообращения (A, 1++), но не гипотоническим раствором.

Начинать введение жидкости следует до начала инсулинотерапии. Регидратация у детей с ДКА должна проводиться более медленно и осторожно, чем в других случаях дегидратации. Проводят умеренную регидратацию обычно в объёме 5-10 мл на кг веса в течение 1-2 часов.

Осложнения терапии ДКА: отёк мозга, неадекватная регидратация – гипогликемия, гипокалиемия, гиперхлоремический ацидоз.

Что нельзя делать при ДКА: недопустим старт инсулинотерапии вне специализированного отделения стационара (ОАРИТ, ПИТ, эндокринологическое отделение).

Дальнейшее ведение пациента (показания к медицинской эвакуации в стационар) с ДКА

Больные нуждаются в немедленном лечении и оказании специализированной помощи.

Гипогликемия

Гипогликемия – наиболее частое острое осложнение СД 1-го типа.

Гипогликемией считается снижение уровня гликемии менее 3,6 ммоль/л, однако в кли-

нической практике пороговым значением при сахарном диабете, требующим медикаментозной коррекции принято считать уровень глюкозы равный 3,9 ммоль/л и менее (ISPAD 2014).

Причины гипогликемий:

- передозировка инсулина
- недостаточное количество углеводов
- физическая нагрузка
- алкоголь
- нарушение всасывания (целиакия).

Патогенез

Недостаточная секреция глюкагона в ответ на гипогликемию и снижение эпинефринового (адреналинового) ответа

Прочие причины:

- нарушения функций печени и почек;
- приём тетрациклина и окситетрациклина, сульфаниламидов, ацетилсалициловой кислоты, β-адреноблокаторов, анаболических стероидов.

Клиническая картина гипогликемических состояний связана с энергетическим голодом центральной нервной системы.

Нейрогликопенические симптомы:

- слабость, головокружение;
- сложность в концентрации;
- головная боль;
- сонливость;
- спутанность сознания;
- нечёткая речь;
- неустойчивая походка;
- судороги.

Автономные симптомы:

- тремор;
- холодный пот;
- бледность кожных покровов;
- тахикардия;
- повышение АД;
- чувство тревоги и страха.

Степени тяжести гипогликемических состояний

Умеренная (пациент в состоянии оказать себе помощь, нет серьёзных нарушений сознания): потливость, дрожь, сердцебиение, беспокойство, нечёткость зрения, чувство голода, утомляемость, головная боль, при прогрессировании – нарушение координации, неразборчивая речь, агрессия, сонливость, заторможенность.

Тяжёлая (пациенту требуется посторонняя помощь, так как имеются серьёзные расстройства сознания): судороги, сопор, кома.

Гипогликемическая кома возникает, если вовремя не принимаются меры к купированию тяжёлого гипогликемического состояния.

На догоспитальном этапе регистрируются пульс, частота дыхания, АД, неврологический статус, ЭКГ-мониторинг, осуществляется оценка общего состояния и жизненно важных функций – сознания, дыхания, кровообращения.

При стабилизации витальных функций проводится стандартный соматический осмотр, включающий определение частоты дыхания и сердечных сокращений в минуту; измерение артериального давления, определение уровня глюкозы крови, пульсоксиметрия.

Травма шеи – собирательное понятие включающее открытые и закрытые повреждения шеи.

Классификация

По наличию кожной раны травмы шеи подразделяются на открытые и закрытые. Открытые травмы шеи классифицируются:

- по глубине раневого канала – на поверхностные и глубокие (если повреждена m.platysma);
- по характеру раневого канала – на слепые, сегментарные, диаметральные, касательные и трансцервикальные;
- по зональной локализации ран – на ранения I, II и III зон шеи.

Статистика повреждений мирного времени характеризуется низким удельным весом ранений шеи (1,9-2,9%) при высокой смертности раненых (до 21%) на месте происшествия и в ходе транспортировки. Вследствие небольшой длительности догоспитального этапа в условиях крупных городов и областных центров, в гражданские больницы и клиники поступает более тяжёлый контингент раненых в шею, общая летальность среди которого в процессе лечения достигает 15-25%.

Высокую частоту неблагоприятных исходов лечения ранений шеи можно объяснить не только возрастающей долей крайне тяжёлых и сочетанных повреждений. С одной стороны, многогранность задач, возникающих при оказании неотложной помощи раненым в шею, требует проведения первичной диагностики и оперативного вмешательства в условиях хорошо оснащённых многопрофильных госпиталей или травмоцентров при содружественном участии в процессе ле-

Осматриваются кожа, видимые слизистые, грудная клетка, живот; проводится аускультация лёгких и сердца; оценивается наличие очаговой симптоматики, менингеальных симптомов и т.д. Проводятся мероприятия по восстановлению и поддержанию жизненно важных функций организма, оксигенотерапия – 4-6 л/мин, обеспечение венозного доступа.

Хорошим результатом является повышение уровня гликемии на 3-4 ммоль/л. Этого можно достичь путём приёма таблеток глюкозы или подслащённых жидкостей, таких как сок: 9 г глюкозы для ребёнка весом 30 кг или 15 г глюкозы для ребёнка весом 50 кг (примерно 0,3 г/кг).

Для внутривенного введения рекомендуются растворы глюкозы 10-30% дозировки 200-500 мг/кг (10%-ный р-р глюкозы – 100 мг/мл).

Следует помнить, что при хронической декомпенсации сахарного диабета ухудшение самочувствия может наблюдаться при показателях гликемии порядка 6-7 ммоль/л. Данные субъективные ощущения не требуют дополнительного введения растворов глюкозы и приёма быстрых углеводов.

Дальнейшее ведение пациента (показания к медицинской эвакуации в стационар) с гипогликемией:

- тяжёлая гипогликемия (гипогликемическая кома)
- тяжёлая гипогликемия (гипогликемия с судорогами, серьёзными нарушениями сознания)
- повторная и/или некупируемая умеренная гипогликемия, например, при кишечной инфекции.

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

Основные принципы оказания скорой медицинской помощи в СтОСМП изложены в Федеральных клинических рекомендациях (протоколах) по ведению детей и подростков при развитии диабетического кетоацидоза и диабетической комы при сахарном диабете.

Вадим ПЛАТОНОВ,
детский эндокринолог городского детского эндокринологического центра Санкт-Петербурга, кандидат медицинских наук.

Юлия СКОРОДОК,
доцент кафедры педиатрии, неонатологии и эндокринологии Санкт-Петербургского государственного педиатрического медицинского университета, кандидат медицинских наук.

Ирина НИКИТИНА,
заведующий НИЛ детской эндокринологии, профессор кафедры внутренних болезней Северо-Западного медицинского исследовательского центра им. В.А.Алмазова, доктор медицинских наук.

Оказание скорой медицинской помощи при травмах шеи

Клинические рекомендации (протокол)

Коды по МКБ 10. Травмы шеи

Код по МКБ 10	Нозологические единицы
S10	Поверхностная травма шеи
S11	Открытая рана шеи
S15	Травма кровеносных сосудов на уровне шеи
S16	Травма мышц и сухожилий на уровне шеи
S19	Другие и неуточнённые травмы шеи

чения врачей различных хирургических специальностей (оториноларингологов, челюстно-лицевых хирургов, нейрохирургов, сердечно-сосудистых хирургов). С другой стороны, большинство раненых в шею первично поступают в неспециализированные лечебные учреждения и первично оперируются хирургами общего профиля. Ограниченная техническая оснащённость таких лечебных учреждений, а вместе с тем и сложности в организации полноценной

Степени тяжести	Лечение
Умеренная	10-20 г быстродействующих углеводов (сахар сок, кока-кола) При сохранении симптоматики – приём продуктов повторить через 10-15 минут
Тяжёлая	Глюкагон (в/м, п/к или в/в) 0,5 мг в возрасте до 12 лет, 1 мг – в более старшем возрасте В/в 20-80 мл 10%-ного раствора глюкозы

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	Не аналитические 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+

круглосуточной работы приёмно-диагностических отделений и консультаций узких специалистов нередко приводят к фатальным лечебно-диагностическим ошибкам.

Оказание скорой медицинской помощи на догоспитальном этапе

Основанием для диагноза травмы шеи являются:

- наличие раны, гематом в области шеи, факт травмы, ранения.
- О тяжёлой травме шеи свидетельствуют сочетание местных проявлений травмы шеи и следующих признаков:
 - бледность кожных покровов, холодный липкий пот, головокружение, слабость (коллаптоидное состояние);
 - частый и мягкий пульс, снижение АД;
 - нарушения сознания;
 - наличие неврологических симптомов, связанных с повреждениями спинного мозга/нарушением кровоснабжения головного мозга.

Возможные осложнения

- острая массивная кровопотеря;
- асфиксия вследствие аспирации крови;

- паралич дыхательной мускулатуры;
- острое нарушение мозгового кровообращения;
- воздушная эмболия.

Осмотр и физикальное обследование

- оценка местных повреждений – наличие наружного кровотечения, повреждение дыхательных путей;
- оценка общего состояния и жизненно важных функций: сознания, дыхания, кровообращения;
- исследование пульса, измерение ЧСС, измерение АД (тахикардия, гипотония);
- оценка неврологической симптоматики.

Показания к доставке в стационар. Все пациенты с подозрением на закрытую травму шеи или с открытой травмой шеи подлежат доставке в стационар в обязательном порядке.

Лечение на догоспитальном этапе

Основная задача СМП при травме шеи – экстренная доставка больного в стационар. Следует вести мониторинг или контроль АД и ЧСС, поддерживать витальные функции (в соответствии с общереанимационными принципами).

(Окончание следует.)

Сотрудник Научного центра эндокринологии Минздрава России, хирург, кандидат медицинских наук Александр Гадзыра от имени всех российских медработников ответил в социальных сетях тем, кто полагает, что рисковать собой ради спасения больных коронавирусной инфекцией – прямая профессиональная обязанность врачей и медсестёр, и никакого понимания, а тем более сочувствия они не заслуживают.

«Они нас заражают»

«Мы живём с вами в разных мирах: медики с угрозой жизни и здоровью на передовой, а вы в глубоком тылу параллельной вселенной, считая, что лично вас или ваших близких эта беда не коснётся», – так в одном предложении врач чётко сформулировал то, что на уме у десятков тысяч российских медиков, которые ежедневно сталкиваются либо с категорическим нежеланием сограждан соблюдать режим самоизоляции, либо с отрицанием самого факта эпидемии коронавирусной инфекции, либо хуже того – с попытками обвинить самих медиков в заражении людей.

Поводом же для столь жёсткой реплики доктора послужил совершенно дикий случай. Через несколько дней после того, как на базе московского Научного медицинского исследовательского центра эндокринологии был развёрнут «ковидный» госпиталь, жильцы соседних домов написали коллективную жалобу: дескать, сотрудники центра, облачённые в защитные костюмы, периодически выходят на крыльцо здания, к которому подъезжают машины «скорой» с больными, и тем самым подвергают риску заражения коронавирусной инфекцией население микрорайона.

«Странные люди в страшной униформе мешают простым москвичам культурно отдыхать в безопасной изоляции: это не их война...», – парировал врач. А дальше он передал ощущения тех, кто вынужден носить те самые защитные костюмы: «Запакуйте себя с ног до головы в пластиковый пакет, который, по сути, представляет из себя СИЗ, наденьте респиратор класса FFP3, который в 95% случаев защитит вас от инфекции, но совсем не облегчит вам дыхание, очки, которые за восьмичасовую смену оставляют на вашем лице пролежни. За это время вы не можете ни поесть, ни попить, ни справить естественную нужду, ни снять эту измучившую вас сбрую. И попробуйте походить так хотя бы час. Думаю, тогда у вас возникнет понимание того, что люди выходят из корпуса в таком виде не от желания покрасоваться».

Информационный провал

В том, что информационно-коммуникационная кампания по коронавирусной инфекции, проводимая государством, проиграна, сомневаться не приходится.

Информационная политика – это такая же серьёзная наука, как любая другая. Здесь важно знать правила: с какой аудиторией на каком языке нужно разговаривать, чтобы твой посыл был услышан и понят правильно; как дозировать положительную и негативную информацию; как формировать пул настоящих, а не псевдо-экспертов.

Увы, в данном случае информационную политику подменили простым (и хорошо оплачиваемым) PR, в результате чего исполнители делают свою работу исключительно с учётом интересов заказчика, а не целевой

аудитории. Речь идёт о серьёзной медицинской проблеме, а заказчик преследует в большей степени свои политические цели.

Так, средства массовой информации обращаются за комментариями, в том числе к людям, которые не имеют никакого отношения к вирусологии и эпидемиологии, а подчас и к медицине вообще. В итоге многочисленные «эксперты» выдают противоречащие друг другу сведения о путях передачи коронавируса, группах риска по инфицированию, эф-

– спасти людей или экономику – вынуждает политиков к принятию нравственно-сложных решений, не всегда кажущихся логичными. Это, в частности, ослабление режима социального дистанцирования в пользу интересов бизнеса на фоне быстро растущего числа инфицированных SARS-CoV-2 (к примеру, в Москве, Республике Татарстан и других субъектах РФ) и отказ штрафовать тех, кто не надевает защитные маски в общественных местах (Московская область).

сограждан, как видно из происшествия с НМИЦ эндокринологии, вообще полная каша в головах. Если люди всерьёз полагают, что SARS-CoV-2 разлетается по воздуху и поражает всё живое в радиусе ста метров – значит, им плохо объяснили.

«Будете умирать мучительно»

Впрочем, сказанное выше – всего лишь точка зрения автора статьи. А что думает по этому поводу сам Александр Гадзыра?

Точка зрения

Параллельная реальность

Почему россияне не слышат призывы врачей оставаться дома?



В таких нечеловеческих условиях врачи продолжают оставаться людьми

фективности защитных средств, о методах лечения COVID-19 и графиках прохождения пика эпидемии. При такой информационной какофонии немудрено, что у одной части россиян сформировалась коронафобия, а у другой – стойкое неверие в серьёзность вирусной угрозы.

В федеральных выпусках новостей уже отказались, наконец, от «ванильных» сюжетов о всепообеждающей силе российской системы здравоохранения и начали показывать весь ужас «ковидных» реанимаций. А в регионах журналистов всё ещё не пускают в инфекционные госпитали, там пресс-службы губернаторов по-прежнему выдают победные сводки типа «Благодаря нашим волонтерам-медикам сегодня в регионе работают промышленные предприятия и строительные организации» (цитата с сайта Правительства Новосибирской области – ред.)

Вероятнее всего, государственная информационно-коммуникационная программа по COVID-19 разрабатывалась без участия специалистов этой области знаний. Плюс к этому она, как уже сказано, сильно политизирована. Каждый из уровней власти стремится показать собственные заслуги в столь трудный для страны период, а дилемма

Министерство здравоохранения РФ разработало и постоянно обновляет методические рекомендации по лечению пациентов с коронавирусной инфекцией, и эти рекомендации обязательны к исполнению во всех субъектах РФ. В то же время федеральное медицинское ведомство не стало разрабатывать единые для всей страны методические рекомендации о правильном ведении информационно-коммуникационной кампании по коронавирусной инфекции, поскольку по факту региональные минздравы подчиняются не Минздраву России, а региональным правительствам, и в плане информирования населения делают ровно так, как предписывают им губернаторы. То есть минимум «натурализма» и максимум оптимизма, поскольку глава региона хоть и отвечает за эпидситуацию, но за провал экономики – ещё сильнее. Вот наглядный результат отсутствия вертикали управления в системе здравоохранения.

Что мы имеем в итоге? Низкие индексы самоизоляции по всем без исключения субъектам РФ, нежелание значительной части россиян носить защитные маски, и как следствие – продолжающийся повсеместно рост числа инфицированных. Ну а в плане знаний о коронавирусе у наших

В разговоре с корреспондентом «МГ» доктор отметил, что произошедшее с НМИЦ эндокринологии и случаи нападения на сотрудников «скорой», облачённых в СИЗ – далеко не самые дикие истории.

– Одному из врачей, работающему в столичной городской клинической больнице им. Ф.И.Иноземцева в о з м у щ ё н н ы е родственники погибшей от коронавируса пациентки написали: «Вы будете умирать ещё более мучительно, чем умирала наша мама». Я знаком с ним, и не могу представить, что он не сделал всё для того, чтобы спасти больную. Кстати, этот доктор вообще в данной ситуации мог бы спокойно отсидеться в стороне, поскольку и по возрасту, и по состоянию здоровья находится в группе риска по заболеванию COVID-19. Но он сам вызвался работать в «ковидном» госпитале, а в результате получил такое пожелание, – рассказывает мой собеседник.

По словам А.Гадзыры, сейчас в их команде кроме опытных и уже накопивших стрессоустойчивости докторов работают «необстреленные» девушки-ординаторы, которые с непривычки быстро устают, а, бывает, и в обморок падают от эмоционального напряжения, но, придя в себя, снова идут делать дело.

– Мне не столько за нас, сколько за них обидно стало, когда нам рассказали про жалобу жителей Академического района Москвы. Ну и не смог промолчать, – признаётся Александр Николаевич.

После того, как пост врача «разбежался» по социальным сетям, стыдно авторам жалобы не стало, и извинений перед врачами от них не последовало. Более того, часть интернет-аудитории поддерживает тех, кого испугало соседство с «ковидным» госпиталем.

Не вызвала ли эта история у самого Александра Гадзыры или у кого-то из его коллег желания снять защитную форму и навсегда закрыть за собой дверь больницы? Уйти из профессии, принадлежность к которой стала прямой угрозой твоей жизни: если не вирус тебя сразит, так меткое слово пациента или его родственников.

– Было горестное ощущение. Но желания уйти из медицины – нет. Мы не из камня сделаны, но в принципе готовы к подобным реакциям людей, а в такой драматичной ситуации – особенно. Тем более, что информированность россиян о коронавирусной инфекции и о работе медиков в этих условиях абсолютно несообразна реальности, – отвечает врач.

Оценивая информационную политику вокруг коронавируса, А.Гадзыра называет её непоследовательной. Сначала известные медийные персоны – кстати, доктора медицинских наук – пытались успокоить население, утверждая, что вспышка этой инфекции не должна вызывать беспокойства, так как она не опаснее гриппа. Затем тактика резко меняется, людей начинают запугивать опасными осложнениями COVID-19 и низким процентом успешно завершённых ИВЛ-процедур. К тому моменту, когда первое действие сменилось вторым, значительная доля населения страны уже в принципе перестала следить за новостями с «ковидного» фронта. А те, кто остались у экранов телевизоров, теперь панически боятся заболеть. И то, и другое – плохо в равной мере, считает А.Гадзыра.

– Вы знаете, что уже сформировалось движение COVID-диссидентов? Мне довелось с таким общаться. Они отрицают любые доводы о существовании и опасности вируса и настаивают на том, что очереди из «скорых» на подъездах к инфекционным госпиталю – это постановочные кадры. Причём, это люди не сплошь «дремучие», а многие с высшим образованием. Но переубедить их невозможно, – продолжает доктор.

В начале мая главный кардиолог Минздрава России академик РАН Сергей Бойцов высказал такое мнение: «Карантинные меры должны быть гораздо жёстче, а степень ответственности за нарушение требований – выше». Странно, что эта здравая идея не получила поддержки у других официальных лиц ни в данном министерстве, ни в иных. На вопрос, что думать по этому поводу те, кто как и С.Бойцов, не в теории знает о новой инфекции, а непосредственно работает с больными COVID-19, Александр Гадзыра ответил:

– Я тоже был за жёсткий карантин. Но его надо было вводить ещё полтора месяца назад с объявлением режима ЧС в стране и гарантированным обеспечением социальной поддержки всему населению, чтобы люди могли продержаться какое-то время без работы. К сожалению, у многих россиян нет никаких накоплений, и ужесточение мер самоизоляции, а тем более объявление строгого карантина вызовет протест, но никак не понимание с их стороны. Таким образом, ужесточать карантинные требования уже поздно, но и ослаблять меры самоизоляции пока рано. Если это сделать прежде времени, нам здесь будет ещё тяжелее, – резюмирует хирург-эндокринолог, который, как и все его коллеги, временно переквалифицировался в инфекциониста.

«Последствия» у всех на слуху. Последствия войны, наводнения, неурожая, эпидемии... Это понятие хорошо знакомо и общественно значимо. И медицина тут не исключение.

Ситуация

Последствия заболеваний и травм – это «труднорастворимый остаток». Они накапливаются годами и десятилетиями, определяя состояние здоровья населения, а это – гуманитарное, социальное и экономическое значение здравоохранения.

Хронические больные и инвалиды – миллионы людей во всех странах – тяжелейшее отягощение семей, общества, государства. Однако медицинское сознание, исследования и затраты традиционно ориентированы на спасение жизни пациентов, на лечение в остром периоде всех травм и заболеваний. Кто спорит, это прежде. Но есть и потом, которое, в конечном итоге, определяет медицинский и социальный результат нашей помощи. К сожалению, очень часто это ошибочно кажется менее существенным и далёким. А потому многочисленные «последствия» в медицине оказались не разработанными, нет никаких даже классификаций, нередко их путают с «осложнениями», а порой просто игнорируют.

Применительно к медицине последствия – это стойкая клиническая симптоматика, страдания, ограничения, изменения в здоровье и социальном статусе, которые обуславливают перенесённые заболевания или травмы.

Есть ещё одно недавно появившееся в медицине обстоятельство, делающее последствия патологии особенно актуальными. В XXI веке, благодаря научным и технологическим достижениям, резко снизилась летальность. Например, в Национальном медицинском исследовательском центре нейрохирургии им. Н.Н.Бурденко, где ежегодно выполняется около 10 тыс. сложных оперативных вмешательств на головном и спинном мозге, смертность не превышает 0,5%.

Проблема «святости жизни – качества жизни» обозначилась очень чётко, став одним из противоречий современной медицины. Ведь качество жизни должно быть приемлемо как для самого пациента, так и для его семьи и общества в целом. И эта связь «последствия болезни – качество жизни» стала решающей, истинной оценкой результатов лечения.

Не случайно мы наблюдаем энергичное развитие медицинской реабилитации – новой клинической дисциплины, призванной оптимизировать процесс восстановления отдельных пострадавших функций, организма в целом, а также психологической адаптации больного.

Что даёт научное изучение последствий

Рассмотрим анализируемую ситуацию на конкретной патологии, такой, например, повсеместно распространённой, как черепно-мозговая травма (ЧМТ).

Первое, с чем мы столкнёмся: несмотря на то, что количе-

ство инвалидов вследствие нейротравмы в России превышает 2 млн, нет никакой её клинической статистики и классификации, нет даже определения, что такое «последствия ЧМТ».

Изучив проблему, мы разграничили понятия «последствия» и «осложнения» ЧМТ.

Последствия ЧМТ – эволюционно предопределённый и генетически закреплённый комплекс процессов в ответ на повреждение головного мозга. К последствиям также относятся стойкие нарушения анатомической целостности черепа.

Мнение

Понятие «последствия» в медицине

Однако ему не уделяется того внимания, какого оно требует

В этом смысле последствия ЧМТ неизбежны.

Осложнения ЧМТ – это присоединившийся процесс, преимущественно гнойно-воспалительный, и они не являются обязательными, часто их можно избежать.

Приведу пример конкретизации этих дефиниций. Ликворея с формированием фистулы относится к последствиям перелома основания черепа с повреждением мозговых оболочек; менингит, возникший вследствие той же ликвореи, является уже осложнением ЧМТ.

Наши зондажные исследования показали, что частота только хирургически значимых последствий ЧМТ в России составляет 7,4+0,6 на 100 выживших после травм (то есть в абсолютных цифрах при экстраполяции на всех выживших составляет 35-40 тыс. пациентов в год).

Мы разработали системную классификацию последствий ЧМТ, положив в её основу принципы: патогенез последствий, морфологический субстрат и клинические проявления. Соответственно, выделены три группы последствий: тканевые, ликвородинамические, сосудистые. Конечно, они часто сочетаются, однако обычно имеет главное слагаемое, что всегда существенно для тактики лечения.

Последствия ЧМТ необходимо также разделить на: собственно травматические и ятрогенные. Это практически важно. Например, костные дефекты в большинстве ятрогенные, так как обусловлены трепанацией черепа. На основании упорядочения и развития знаний о последствиях ЧМТ, были разработаны концептуальные подходы к восстановительному лечению. Это позволило изменить принятые парадигмы и главное – резко улучшить исходы хирургических вмешательств.

Плоды концептуального подхода

В качестве примера рассмотрим тактику лечения хронических субдуральных гематом (ХСГ).

Вместо, казалось, логически безупречного одномоментного радикального удаления ХСГ с капсулой через широкое вскрытие черепа (чревато, однако, осложнениями и летальностью 12-18%), когда нам удалось раскрыть пато- и саногенез ХСГ, была обоснована новая концепция их лечения. А именно – отказ от трепанации черепа с

его принимавших, слишком часто стали появляться дети с грубыми врождёнными уродствами развития мозга, черепа, конечностей и других органов. Опаснейшие тератогенные свойства таламида не были в своё время выявлены; явно поспешили с запуском препарата в широкую практику, опираясь лишь на непосредственные результаты его применения.

Логика и научные знания

Бесспорно, далеко не всегда последствием в медицине возможно избежать.

удалением гематомы и использование взамен лишь минимально инвазивного изменения внутригематомной среды для устранения её гиперфибринолиза, который и есть основная причина существования ХСГ. Патогенетический концептуальный подход дал поразительные результаты. На репрезентативном материале (538 верифицированных наблюдений) смертность сократилась на порядок (1% против 12-18), тяжёлые осложнения, обусловленные коллапсом мозга, исчезли. Длительный катамнез (до 10 лет и больше) и методы нейровизуализации (КТ, МРТ) подтвердили эффективность и надёжность новой парадигмы лечения хронических субдуральных гематом.

Применительно к дефектам черепа, особенно сложным и обширным, также произвели значительные улучшения, обусловленные концептуальным подходом к их устранению и развитием компьютерного моделирования и новых аддитивных технологий краниопластики.

Отдалённые результаты свидетельствуют о перспективности высокотехнологичных методик, разработанных в последние годы в НИИЦ нейрохирургии им. Н.Н.Бурденко для реконструктивной нейрохирургии при последствиях черепно-мозговой травмы.

Следует, однако, помнить, что предлагает тот или иной метод лечения, либо разрабатывая новые, нередко оценивают их эффективность, опираясь только на непосредственные результаты применения без должного учёта отдалённых данных, то есть возможных последствий.

История, да и современность медицины знает немало таких примеров. Вот один из них. В середине прошлого века обрёл популярность таламид. Однако у женщин,

его принимавших, слишком часто стали появляться дети с грубыми врождёнными уродствами развития мозга, черепа, конечностей и других органов. Опаснейшие тератогенные свойства таламида не были в своё время выявлены; явно поспешили с запуском препарата в широкую практику, опираясь лишь на непосредственные результаты его применения.

Свежим примером возникновения серьёзных последствий, обусловленных недостаточной изученностью патологического субстрата, является обширная двусторонняя краниоэктомия. Её рекомендуется выполнять для борьбы с неуправляемой внутричерепной гипертензией. Логически представлялось, что образуемые при декомпрессивной трепанации широкие окна в замкнутой полости черепа позволят устранить жизненно опасное повышение интракраниального давления. Однако на практике, порой несмотря на выполненную операцию, оно продолжает расти. Но даже если внутричерепное давление нормализуется, то чаще это не предотвращает летальный исход или хроническое вегетативное состояние пациента.

Вместе с тем, издержки этой вынужденно обезображивающей операции очевидны – необходимость последующей сложной и затратной краниопластики со своими «подводными рифами», массовых ранних и поздних осложнений.

В обзорной статье европейских учёных С.Сенер, Б.Рузенбик, А.Маас отмечается, что растущий энтузиазм применения декомпрессивной краниоэктомии начал исчезать после подведения итогов мультицентрового проспективного рандомизированного исследования DECRA. Оказалось, что при диффузном аксональном повреждении мозга количество пострадавших с неблагоприятными исходами было значительно выше, если им производилась бифронтальная краниоэктомия. Различные осложнения наблюдаются почти у половины оперированных.

Наиболее репрезентативное международное исследование груп-

пы авторов во главе с Р.Хатчинсон, опубликованное в 2016 г., привело к следующему выводу: обширные декомпрессивные трепанации уменьшают летальность, но ровно настолько же увеличивается число пациентов в хроническом вегетативном статусе.

Нужна ли жизнь без психической деятельности в полной неподвижности и зависимости всех функций от постоянной медицинской помощи самому пострадавшему, его семье и обществу? На этот вопрос лучше не отвечать.

Понять эту ситуацию и определить пути выхода из неё возможно

помогут исследования в НИИЦ нейрохирургии Александром Потаповым и Натальей Захаровой с группой соавторов.

Используя высокие разрешающие возможности МРТ (несравнимые с компьютерной томографией) у коматозных больных вследствие ЧМТ, учёным удалось доказать, что при неуправляемой внутричерепной гипертензии обычно имеются повреждения глубинных структур мозга, прежде всего его ствола. Именно это определяет переход пострадавших с тяжёлой диффузной мозговой травмой в стойкое вегетативное состояние, даже если удаётся устранить повышенное интракраниальное давление.

Исходя из новых знаний, широкое применение двусторонней краниоэктомии необоснованно.

Чтобы медицина могла успешно противостоять современным вызовам, необходимо более активно изучать последствия той или иной патологии для разработки патогенетически обоснованных методов лечения, способных существенно повлиять на восстановление или компенсацию нарушенных функций.

Важно, что проблема «последствий» в медицине стала не только актуальной, но и решаемой, благодаря новым знаниям и технологиям.

Леонид ЛИХТЕРМАН,
профессор,
заслуженный деятель науки РФ,
лауреат Государственной
премии России.

**Национальный медицинский
исследовательский центр
нейрохирургии им. Н.Н.Бурденко.**

Москва.

Тенденции

Ежегодно в апреле во всём мире пациенты, врачи и пациентские организации привлекают внимание общества к болезни Фабри.

Девиз месяца повышения осведомлённости о болезни Фабри в этом году был – «Будь редким, будь собой». Болезнь Фабри является одним из пятидесяти с лишним известных орфанных наследственных заболеваний.

По данным международных исследований от первых симптомов до установления диагноза в среднем проходит около 12 лет.

«На данный момент в России выявлено около 300 случаев болезни Фабри, но предполагается, что это лишь 10% от общего числа пациентов. Реальное число оценивается в

Будь редким, будь собой

несколько тысяч», – говорит директор клиники ревматологии, внутренних и профессиональных болезней имени Е.М.Тареева Сеченовского университета, доктор медицинских наук, профессор Сергей Моисеев.

В нынешнем году в месяц повышения осведомлённости о болезни Фабри особое внимание уделяется женщинам и девочкам с таким диагнозом. До 2001 г. врачи считали, что женщины являются бессимптомными носителями и могут передать заболевание своим детям, не испытывая симптомов болезни. Однако было доказано, что женщины с мутацией в гене, ответ-

ственном за выработку фермента альфа-галактозидазы А, испытывают те же симптомы и сложности, связанные с течением заболевания и ухудшением качества жизни, что и мужчины.

«Болезнь Фабри имеет разнообразное клиническое проявление, поэтому пациенты часто попадают к разным специалистам, которые не всегда способны выявить редкое генетическое заболевание, – подчёркивает С.Моисеев. – Поскольку болезнь наследственная и симптомы болезни, как правило, появляются в детстве, то педиатры должны знать симптомы заболевания».

По его словам, у детей проявления этой болезни могут напоминать симптомы простудного заболевания, из-за чего родители не всегда обращают на них внимания.

При классическом течении болезни отмечаются признаки мультисистемного заболевания с поражением сердечно-сосудистой и нервной систем, почек, желудочно-кишечного тракта, органа зрения и кожи. Разнообразные симптомы затрудняют диагностику, часто требуется мультидисциплинарный подход с участием нескольких специалистов.

Для терапии болезни Фабри существует лечение – ферментная

заместительная терапия. Однако, по словам С. Моисеева, на данный момент в России существуют проблемы с терапией. Пациенты не всегда имеют к ней доступ и не всегда могут начать её своевременно.

При этом в случае отсутствия специфического патогенетического лечения при болезни Фабри увеличивается риск смерти от сердечно-сосудистых, цереброваскулярных осложнений и терминальной почечной недостаточности, что снижает продолжительность жизни на 10-25 лет.

Однако своевременная диагностика и терапия может замедлить или остановить развитие болезни.

Алёна ЖУКОВА,
корр. «МГ».

– Алексей Юрьевич, как сегодня в РУДН и возглавляемом вами медицинском институте осуществляется образовательный процесс? Какие административные ограничительные меры приняты в целях противостояния беде?

– РУДН, как и все вузы, полностью перешёл на дистанционную форму обучения. Занятия проводятся по всем дисциплинам согласно расписанию с полной нагрузкой студентов и преподавателей. Конечно, медицинское образование имеет свои отличия: трудно обеспечить практическую часть занятий в условиях карантина и перепрофилирования наших клинических баз. Также ввиду риска заражения отменяются занятия в аккредитационно-симуляционном центре нашего института.

Медицинские вузы, факультеты всегда работают в тесном взаимодействии, независимо от их принадлежности. Конечно, сейчас основные вопросы связаны с поддержкой учреждений здравоохранения специалистами, студентами и ординаторами медвузов и организацией образовательного процесса, включая госэкзамены, аккредитацию и приём в условиях усиленного режима. Именно этому было посвящено апрельское заседание Совета ректоров медицинских и фармацевтических высших учебных заведений с участием министра здравоохранения Михаила Мурашко, естественно, в дистанционной форме.

Особенность нашего вуза – в его интернациональном составе, поэтому первые меры по борьбе с коронавирусом мы начали принимать ещё в феврале, до ввода в стране режима повышенной готовности, в связи с возвращением наших студентов с каникул из стран, где уже развилась пандемия. Ректором университета был создан оперативный штаб и выделен отдельный блок для обеспечения режима самоизоляции студентов. Первыми 14-дневный режим изоляции прошли китайские обучающиеся. Организовано чёткое взаимодействие с Роспотребнадзором, при необходимости обеспечивается режим карантина, проводятся мероприятия по дезинфекции на всей территории кампуса и т.д. В корпусах общежития, закрытых на карантин, организовано питание, обеспечены санитарно-гигиенические нормы и другие требования режима при особо опасной инфекции.

– Участвует ли профессорско-преподавательский состав

Инициатива

Надёжный заслон пандемии

Волонтёры-медики на боевом посту

В условиях напряжённой эпидемиологической ситуации, когда люди находятся на самоизоляции, врачам и персоналу, работающим непосредственно с заражёнными COVID-19, приходится нелегко. На помощь приходят участники Всероссийской акции «Мы вместе», которая объединяет около 100 тыс. добровольцев. В рамках направления «Помощь в медицинских организациях» незаменима поддержка студентов медицинских вузов и колледжей, а также ординаторов, аспирантов, молодых медиков, готовых в свободное от учёбы и работы время быть полезными обществу в оказании профильной помощи.

Коллективы медицинских вузов столицы активно включились в борьбу с новой фатальной инфекцией, оказывая помощь коллегам в медицинских организациях и людям, находящимся в условиях самоизоляции. Одними из первых надёжный заслон COVID-19 организовали в Российском университете дружбы народов (РУДН).

Активное участие в разработке методических рекомендаций, методов диагностики и лечения принимает наш Международный учебно-методический центр вирусологии человека в сотрудничестве со специалистами Китая и США под руководством директора центра и главного специалиста по проблемам диагностики и лечения ВИЧ-инфекции Департамента здравоохранения Москвы профессора Алексея Мазуса. Кроме этого многие профессора и специалисты медицинского института активно проводят научную и профилактическую работу, выступают экспертами в СМИ, вебинарах, видеоконференциях и т.п.

Например, в связи с увеличением времени работы за компьютером и возросшей нагрузкой на зрение профессор-офтальмолог Михаил Фролов дал рекомендации «Как не убить глаза на «дистанционке», известный элементолог профессор Анатолий Скальный подготовил несколько образовательных курсов на тему: «Коронавирус: цинк – естественный барьер» и «Профессор Скальный – наш ответ коронавирусу». Про-



РУДН. Со студентами, имеющими допуск к осуществлению медицинской деятельности на должностях среднего медицинского персонала, ординаторами и аспирантами Департамента здравоохранения Москвы заключает срочные трудовые договоры. Иностранцы обучающиеся и 283 ординатора остались помогать на клинических базах кафедр. Многие студенты находятся в эпицентре событий в статусе волонтеров.

– Ваша оценка движения волонтеров-медиков в новейшей России. Оправдывает оно себя, востребовано, полезно?

– С первых шагов развития движения волонтеров-медиков мною оказывалась всяческая поддержка и, начиная с дней открытых дверей и с посвящения в студенты, я призываю всех участвовать в этом движении. Твёрдо убеждён, что все, кто выбрал нашу самую гуманную профессию, уже стали волонтерами, сделавшими служение людям, нуждающимся в их помощи, своим призванием. Всероссийское движение волонтеров-медиков зародилось в 2013 г. на базе НИИ скорой помощи им. Н.В.Склифосовского при участии, в том числе, и наших студентов. Сейчас движение насчитывает более 50 тыс. человек по всей России. С 15 марта Московское региональное отделение начало оказывать помощь людям в условиях пандемии коронавируса по направлению «Помощь в медицинских организациях» с участием добровольцев медицинского института РУДН. Более 50 наших студентов активно работают в штабе. Не могу не отметить, что этим региональным отделением руководит наша выпускница Дарья Белимова, много сделавшая, чтобы волонтеры-медики традиционно принимали участие и проводили на нашей площадке многочисленные общественные мероприятия, посвящённые типовой модели ЗОЖ, профилактике и борьбе с социально значимыми заболеваниями. Среди таких мероприятий, например, ежегодная Всероссийская акция «Стоп ВИЧ/СПИД» и «День памяти жертв СПИДа» фонда социально-культурных инициатив Светланы Медведевой; профилактическая акция «Выбери здоровую жизнь!», приуроченная к Всемирному дню здоровья; антинаркотический форум и Всероссийская акция антинаркотической направленности «Мы выбираем жизнь!»; конференции, посвящённые Всемирному дню борьбы с туберкулёзом.

Наши волонтеры являются не просто участниками и организаторами мероприятий, но и подают личный пример, став донорами в недавней акции в Морозовской больнице.

– Проводите ли аналитическую работу по изучению ситуации, накапливаете материалы для будущих публикаций и научных работ? Изучаете ли, например, психологическое состояние пожилых людей, на длительный срок

Инициатором принятия комплекса мер профилактики распространения коронавирусной инфекции стал медицинский институт РУДН, возглавляет который председатель Совета деканов (директоров) медицинских факультетов (институтов) государственных университетов Минобрнауки России и член Ассоциации «Совет ректоров медицинских и фармацевтических высших учебных заведений» Минздрава России, доктор медицинских наук, профессор Алексей АБРАМОВ.

Ещё до начала разрастания заболевания до масштабов пандемии здесь консолидировали усилия всех сотрудников, начиная со студентов и заканчивая профессорско-преподавательским составом. Старшие коллеги демонстрируют обучающимся умения и навыки грамотного, эффективного противодействия реальной угрозе жизни и здоровью людей. Подобный практический опыт формирует личность врача, воспитывает, что, вне сомнения, пригодится каждому в дальнейшей врачебной деятельности. Как известно, в стенах РУДН учатся студенты со всего мира. И уже сегодня они экстраполируют полученный опыт на другие страны. Например, ординаторы Милена Гальвис и Мириам Кито, направленные на стажировку в Испанию, применяют полученные знания, помогая пациентам и тем самым разгружая персонал барселонской больницы.

О деятельности вуза и волонтеров-медиков мы беседуем с А.Абрамовым.

«отрезанным» от мира, ведь стресс в дальнейшем может сказаться на росте многих социально обусловленных заболеваний и привести к скачку смертности?

– Университет принял участие в совместном общероссийском научно-исследовательском проекте «Исследуем дома» при поддержке

ками заболевания и положительными пробами. Все обеспечиваются средствами индивидуальной защиты и питанием, в случае необходимости – карантин.

При этом наши обучающиеся имеют возможность получить уникальный опыт работы в условиях пандемии в самых современных



Студенты в ГКБ № 40

Минобрнауки России и Российского союза ректоров. Цель этого исследования: знания противоэпидемиологических мероприятий, выявление эмоционально-психологического состояния, социальных и экономических проблем, с которыми столкнулись граждане страны. Также предлагается возможность выбрать наиболее эффективные меры государственной поддержки.

– Не испытывают студенты и аспиранты страха за собственную жизнь? Насколько сформировано у молодых чувство самосохранения, ведь ложный героизм никому не нужен? Достаточно ли защищены администрацией их жизнь и здоровье?

– Касаясь отношения обучающихся, добровольно работающих в усиленном режиме в пандемии, их страха, ложного героизма, чувства самосохранения, могу сказать, что есть ситуации, когда человек должен сделать выбор и совершить поступок. Нельзя никого осуждать, но мы гордимся теми, кто откликнулся на призыв вице-мэра Москвы Анастасии Раковой и Департамента здравоохранения Москвы усилить медицинские учреждения города в борьбе с пандемией. Плечом к плечу с врачами клиник встали наши профессора, преподаватели, ординаторы и студенты: добровольцы и принятые в штат на должности от санитаров и медбратьев до врачей отделений, в том числе, иностранцы.

Конечно, оперативным штабом и лично ректором принимаются все возможные меры для обеспечения комфортного проживания работающих на переднем плане и в то же время ребят в изоляции с призна-

клиниках с лучшими специалистами. Безусловно, этот опыт полезен и нашим иностранным студентам и ординаторам – на родину они вернутся высокопрофессиональными специалистами. Конечно, лучше бы получать эти компетенции и навыки в условиях симуляционных центров!

– Ваш прогноз развития ситуации с коронавирусной инфекцией. Справимся с вирусом или нынешняя ситуация крайне непредсказуема?

– Трудно строить прогнозы в настоящей ситуации. Очень много мнений ведущих специалистов уже озвучено. Как организатор здравоохранения могу точно сказать, что методика Москвы – одна из наиболее эффективных, благодаря жёстким мерам, высокому профессиональному уровню и самоотверженности всех медицинских работников. Не может быть чрезмерных ограничений и излишне жёсткого режима! Главное в таких условиях – чтобы меры не оказались недостаточными.

Конечно, я не сомневаюсь в том, что пандемия будет остановлена и меры профилактики будут созданы. Уверенность моя основана на знании и личном опыте работы в системе российского и московского здравоохранения и на убеждении, что мы подготовили и готовим профессиональных врачей, достойных граждан и патриотов своих стран, а в нашем университете учатся представители 157 государств.

Беседу вёл
Александр ИВАНОВ,
обозреватель «МГ».

Фото предоставлены дирекцией
медицинского института РУДН.



Добровольцы готовы к предупреждению распространения коронавируса

в мероприятиях по пресечению распространения инфекции? Входят ли учёные вуза, в частности, в состав групп, занимающихся разработкой тестов и вакцин от COVID-19?

– Представители клинических кафедр медицинского института продолжают свою работу на наших базах и в университетских клиниках. На боевом посту остались не только работники и ординаторы профильных кафедр (инфекционных болезней с курсами эпидемиологии и фтизиатрии, анестезиологии и реаниматологии), но и другие, особенно в перепрофилированных в связи с эпидемиологией больницах Департамента здравоохранения Москвы, федеральных центров и частных медицинских организаций.

Профессор заслуженный врач РФ Елена Дегтярёва рассказала о течении болезни у детей с COVID-19. Вызвали интерес советы кафедры оториноларингологии: «Голос и слух – в порядке: отоларинголог рекомендует», эндокринолог профессор Светлана Калинин назвала простые средства профилактики коронавирусной инфекции.

– Сколько добровольцев находится сейчас на передовой по оказанию помощи оказавшимся в непростой ситуации? Какого рода поддержку оказывают волонтеры?

– Количество добровольцев, участвующих в мероприятиях по предупреждению распространения коронавируса и лечению пациентов, растёт с каждым днём и уже составляет более 500 обучающихся

Исследования

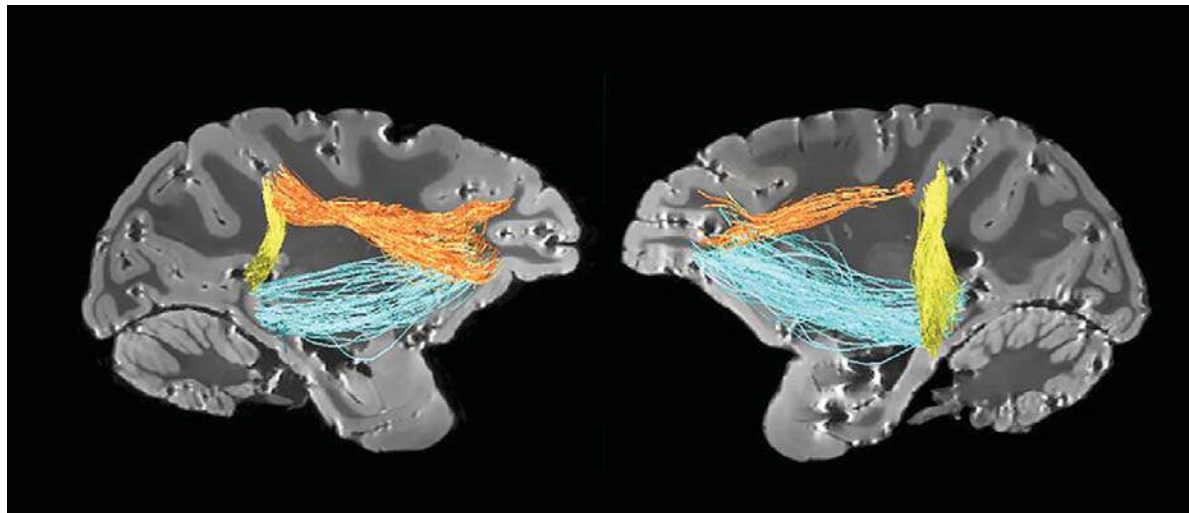
Гены включают свою транскрипцию с помощью особых белков, называемых транскрипционные факторы (TF). «Маринеры», изучающие уникальное явление биолюминесценции, выделили у небольшой медузки ген, кодирующий «зелёный флюоресцентный протеин» (GFP), который стали «подшивать» к другим белкам. Это позволило биологам воочию увидеть свечение самых разных молекул, синтезируемых клетками. Это можно было сравнить только с переходом кино и ТВ на цвет! В Институте нейронаук Флориды, славящейся своими яркими цветами, за которые полуостров и получил своё испанское название «цветочный», с помощью красных и зелёных биосенсоров увидели смену генной активности в нейронах. Речь идёт о возбуждении нервных клеток 2-го и 3-го слоёв мышшиной коры, начинающимся с поступления в цитоплазму ионов кальция, что хорошо «просматривается» с помощью зелёной флюоресценции белка кальмодулина (CaMP). Интересно, что активность регистрируется на протяжении нескольких дней и модулируется сенсорными «входами», то есть сигналами, поступающими от органов чувств. Это особенно чётко видно в зрительной коре мыши, которую сутки держали в темноте, а затем «вывели в свет», что сразу же повышает транскрипцию гена CaMP. Преимуществом нового подхода нейробиологов является то, что свои наблюдения они подкрепили данными анализа содержания информационной РНК – копии гена – в отдельных клетках, что стало активно использоваться в 2019 г.

Интерес к зрительной коре носит не только сугубо академический характер. Дело в том, что сегодня известно несколько форм нейродегенеративной слепоты, возникающей в результате гибели фоторецепторов (палочек и колбочек) в сетчатке глаза, посылающих свои импульсы в мозг. Клиникогм занимают и клетки, и этот механизм получил название аутофагия, или «самопожирание», что не совсем верно, хотя клетки действительно «поедают» нефункциональные белки и другие молекулы, мембраны и клеточные органеллы. Нарушения аутофагии

известно, что слово алкоголь идёт от арабского «когль» (kohl), коим после прихода арабов в Египет называли мелкодисперсный порошок, от малейшего дуновения взмывающий в воздух. Этим же словом новые обитатели речной долины стали на свой лад звать европейский дух-«спирит» (spirit), исходящий от вина. И мы сейчас знаем, что оба слова означают одно и то же, забывая, что «когль», или сурьмяной блеск использовался не только жёнами и дочерьми фараонов, но и самими правителями. Когль помимо сурьмы содержал также и свинец, и учёные не

могли понять – как эти два токсичных металла могли использоваться в качестве глазной косметики. Несколько лет назад после изучения 52 мумий и масок, хранящихся в Лувре, была высказана мысль, согласно которой «когль» извлекли египтян от различных заболеваний глаз. Сотрудники Университета Пьера и Марии Кюри показали, что он увеличивает производство азотного оксида NO культурой клеток кожи на 240% (NO используется в качестве регулятора генной активности и с другой стороны мечниковскими макрофагами для борьбы с «иноагентами»).

Мумии и гены



Слева пучки в мозгу здорового, справа у взрослого с ADHD

ведут к диабетам и мышечной дистрофии, болезням Альцгеймера и Паркинсона. Nature представил статью из мельбурнского университета Монаш, которые показали, что хорошо функционирующая система «уборки» сдерживает старение нервных клеток и как следствие – нейродегенерацию. Поддерживается «чистка» с помощью белковых рецепторов аутофагии и, в частности, оптинейрином. У мышей с моделью паркинсонизма накопление «неработающих» продуктов обмена ведёт к рекрутированию оптинейрина, включающего митофагию, то есть переработку повреждённых митохондрий. По-

следние как известно снабжают клетки энергией, и в норме «самоудаляются» благодаря своим белкам ПИНК и Паркин (PINK – фермент киназа, «включаемый» другим энзимом, и рекрутирующий Parkin).

Начинается аутофагия повреждённой митохондрии с включения активности гена, кодирующего синтез PINK, который в свою очередь фосфорилирует Паркин, присоединяя энергоёмкие фосфатные группы к нему. Активация последнего способствует стимулированию протеинов на наружной оболочке митохондрий, что является сигналом для аутофагии повреж-

дённых «энергостанций» клетки, а также митогенезу (образованию новых и «работоспособных»). Так аутофагия «омолаживает» нервные клетки, препятствуя их дегенерации или гибели в результате апоптоза, или запрограммированной смерти. Апоптоз, «запускаемый», кстати, протеинами митохондриальной оболочки, представляется намного более радикальным механизмом, нежели аутофагия, клетки сохраняющая, и тем самым предупреждая развитие нейродегенеративных заболеваний. Так постепенно определяется спектр молекулярных мишеней для будущих лекарств.

Выводы

Упущенный шанс

Человечество упустило свой шанс, который предоставился ему в 2002 г, когда случилась первая атака коронавируса в геномном миллениуме. Уже тогда китайцы стали разрабатывать свой «классический» вариант противовирусной вакцины против SARS, но потом финансирование прекратилось, и теперь приходится всё делать в спешке и в стеснённых обстоятельствах.

Проблема заключается в том, что только в 2015 г. с помощью криоэлектронного микроскопа (крио-ЭМ) была получена первая «картинка» атомного разрешения. Потом выяснилось, что белок «спайка», или шпильки наружной оболочки вируса меняет форму, или конформацию, в норме пребывая в спокойном состоянии до слияния – Pre-Fusion, с клеточным протеином ACE. Тот представляет собой энзим конвертации ангиотензина, который необходим для регуляции артериального давления. Таким образом наука получила ещё один пример молекулярного «паразитизма», в результате которого патоген «сливается» с белком клеточной оболочки для проникновения в её цитоплазму. Было выяснено, что антитела, вырабатываемые В-лимфоцитами, делают это именно против Pre-Fusion, но не против конформации «связывания» с ACE.

Нечто похожее описали в Nature сотрудники нескольких институтов и клиники Шарите в Берлине применительно к вирусу гриппа, который тоже чрезвычайно изменчив, унося каждый год в мире более 650 тыс. жизней. Столь же изменчив и норовирус, названный так по Норуоку (Narwalk), что к востоку от нью-йоркского Бронкса. Он вызывает «желудочный грипп» и уносит более 200 тыс. жизней каждый год. В Лидском университете (Великобритания) для характеристики его поверхностного белка также применили крио-ЭМ, и этот вирус показал изменение локаций поверхностных «бородавок». Этот «чейндж» мешает иммунной системе вовремя среагировать на вирусную атаку, почему он столь опасен. А в Медицинском комплексе Маунт-Синай Нью-Йорка показали (bioRxiv, Scientist), что клеточный ответ на коронавирус отличается от такового на вирусы гриппа и RSV, вызывающий респираторный синдром со слиянием клеток (образованием из них синцития).

В качестве модели «синаяцы» взяли фретку, то есть домашнего хорька, клетки которого также несут на своей поверхности белок ACE. Фретка или фуру похожа на горноста. Оба вида мелких хищников называют Mustela, добавляя уточняющие названия furo и ermine. Свою статью учёные назвали «SARS-CoV-2 стимулирует появление уникальной сигнатуры». Она показала, что коронавирус не активировал важных генов иммунного ответа (по сравнению с гриппом и RSV) – интерферонов, – но «запускает» синтез иммунных цитокинов, подстёгивающих кинетику размножения иммунных лимфоцитов. Нечто подобное наблюдается при аутоиммунных диабете и рассеянном склерозе, что вкупе с другими данными позволяет говорить о том, что эпителиальные клетки лёгочных альвеол поражаются собственной иммунной системой. Можно напомнить, что гриппозное состояние показывает «тяжесть» вовлечения в процесс иммунных клеток организма.

Подготовил Игорь ЛАЛЯНИЦ, кандидат биологических наук.

По материалам BioRxiv, Nature Nanotechnology, PLOS Biology, Scientist, Nature Communications, Journal Experimental Biology.

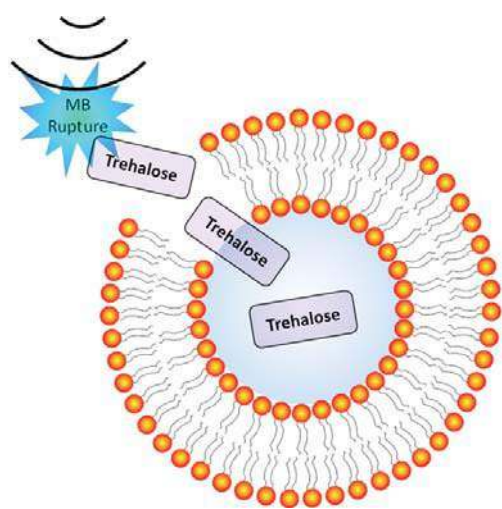
Взгляд

У животных есть несколько способов сохранять жизнеспособность клеток при различных температурах.

Так в Университете Глазго с помощью тепловизора подглядели, что у птиц резко – до «посинения» на дисплее – снижается температура клюва. При этом внутренние органы остаются зелёными, а «жаркий» мозг – красным. Животные в период гибернации, или зимней спячки не «околевают» от холода, сохраняя жизнеспособность клеток благодаря глицерину, соединению двух молекул которого даёт глюкозу, и трегалозе. Последняя привлекла внимание сотрудников Луисвиллского университета, что в штате Кентукки. Оно и понятно, если учесть вставшую в своём гигантском масштабе проблему консервации крови, полученной от людей, переболевших коронавирусной инфекцией.

Можно напомнить, что в 1930 г. Нобелевскую премию присудили австрийскому врачу К.Ландштейнеру, участнику мировой войны, на которой кровь в буквальном смысле текла рекой, и многие люди погибли от кровотечения и потерь, несовместимых с жизнью. Австриец впервые разобрался в трёхслойной системе групп крови АВО, что открыло путь к созданию банков крови. Проблема однако была в том, что донорская кровь при 4°C может храниться не более 1,5 месяцев, поэтому для более длительного

Трегалоза



Ультразвук вызывает разрыв клеточной мембраны, через который трегалоза поступает внутрь эритроцита (красные кружки – остатки фосфорной кислоты, к которым присоединены две молекулы жирной кислоты)

хранения необходимо добавлять к ней глицерин и охлаждать до температуры -80°C. Охлаждать кровь можно, но гораздо сложнее потом после размораживания «очистить» её от глицерина, что усложняет и удорожает хранение плазмы, «полной» крови и эритроцитарной массы.

вызванному разрывом мембран красных кровяных клеток. В Луисвилле же для введения трегалозы в эритроциты использовали ультразвук, волны которого «проводят» молекулы сахара внутрь клеток, не разрушая их оболочки.

В ходе отработки параметров воздействия и ультразвукового

давления-pressure, а также продолжительности импульсов и межимпульсного промежутка времени учёные использовали светящийся флуоресцентин. В конечном итоге авторам удалось достичь 73%-ной эффективности используемого метода (+/-37%). Ещё большего успеха удалось достичь при использовании высушивания и последующей регидратации крови, при котором доля жизнеспособных эритроцитов достигла 128+/-32% по сравнению с контролем. Успеху содействовало также использование микроканалцев (microfluidic channels), в которых достигалось большее фокусирование ультразвуковых волн, «проводивших» трегалозу в эритроциты. Учёные надеются, что разработанный ими метод позволит надёжнее сохранять эритроциты при долговременном хранении без глицерина, предупреждая образование ледяных кристаллов, буквально «рвущих» живые клетки. Теперь необходимо также проверить «сохранность» белковых противовирусных антител, поскольку человечеству и в будущем придётся сталкиваться с вирусными мутантами. А с той же ВИЧ-инфекцией, от которой погибло 30 млн людей по всему миру, тоже борются с помощью антител, которые были выделены из плазмы людей, инфицированных, но не болеющих СПИДом. Такой вот интересный феномен вирусной биологии...

Политизация ситуации вокруг пандемии COVID-19, вспыхнувшая после того, как президент США Дональд Трамп обрушился с началом своей предвыборной кампании с критикой на Всемирную организацию здравоохранения и заявил о приостановке взносов в бюджет ВОЗ, бесновательные попытки дискредитировать её не утихают. Как пишет газета The Guardian, жители пригорода Нью-Йорка подали в окружной суд Южного округа Нью-Йорка на эту авторитетную международную организацию за якобы проявленную при вспышке нового коронавируса халатность и требуют возмещения ущерба для 756 тыс. взрослых жителей округа.

Удар долларом

Обвинители указывают на неспособность ВОЗ своевременно объявить о пандемии (она сделала это 11 марта – ред.), предоставить рекомендации по лечению COVID-19, проконтролировать действия Китайской Народной Республики по борьбе с этой инфекцией, дать миру необходимые ограничительные рекомендации, а также координировать глобальную борьбу с пандемией. Кроме того, ВОЗ, дескать, сговорила с правительством Китая с целью скрыть всю серьёзность нового коронавируса.

ВОЗ «облажалась», заявил Дональд Трамп. «По какой-то причине она уделяет всё своё внимание Китаю, хотя большую часть её спонсирования выделяют именно США», – написал в Twitter глава Белого дома. По его мнению, организация должна понести также ответственность за то, что давала «безграмотные рекомендации» не закрывать границу с КНР в начале эпидемии коронавируса и мало сделала для предотвращения его эпидемии в США.

«Мы можем потратить 500 млн долл. (взнос США для ВОЗ – ред.), используя их гораздо эффективнее, если мы решим это сделать. И это будет на благо гораздо большего числа людей», – сказал президент США на брифинге в Белом доме. Европейские страны, столкнувшиеся с серьёзными проблемами из-за коронавируса, расплачиваются по его мнению, за доверие к ВОЗ. Президент напомнил, что США годами перечисляли ВОЗ в разы больше денег, чем Китай, и договорился до того, что упрекнул эту международную организацию в том, что её будто бы контролирует Пекин.

В середине апреля Вашингтон приостановил финансирование ВОЗ. Мера будет действовать до тех пор, пока расследуются «ошиб-

Ракурс

Как здоровье, ВОЗ?

США не оставляют попыток его подорвать

ки в реагировании и сокрытие распространения коронавируса». Самого Трампа, кстати, не раз критиковали из-за недооценки угрозы COVID-19, обратило внимание издание The Politico. По его информации, ещё в феврале специалисты просили президента принять неотложные меры для предотвращения вспышки заболевания, но тот повторял, что «у него всё под контролем».

И вот – удар наотмашь долларом. «Такое урезание финансирования чревато банкротством ВОЗ посреди пандемии», – выразил в этой связи опасение на портале Conversation доцент Университета Сиднея Адам Камрадт-Скотт. «Это может привести к тому, – полагает он, – что ВОЗ будет вынуждена уволить сотрудников, даже тогда, когда они помогают странам с низкими или средними доходами спасти жизни своих граждан».

Сегодня сотрудниками основанной в 1948 г. ВОЗ являются более 7 тыс. человек, в ней – 150 страновых бюро, 6 региональных бюро, штаб-квартира в Женеве. Помимо потери их сотрудниками работы сокращение финансирования приведёт к пробелам в координации ВОЗ международных исследований вакцины против коронавируса, закупок средств индивидуальной защиты для работников здравоохранения и оказании технической и экспертной помощи странам в борьбе с пандемией.

У ВОЗ секретов нет

Выразив сожаление относительно решения США приостановить финансирование ВОЗ, её Генеральный директор Тедрос Адханом Гебрейесус заявил на брифинге в Женеве: в возглавляемой им организации нет секретов. Она ничего не скрывает от США и других стран, так как все вопросы её деятельности связаны с охраной здоровья людей и сохранением их жизней. «Когда мы получаем информацию в ВОЗ, мы получаем цифры, сколько погибло, сколько заражено. Мы не видим эти цифры, мы видим отдельную личность. И поэтому у нас нет секретов. И как только у нас появляется информация, мы ею делимся», – пояснил он, заметив, что в будущем организация



Глава ВОЗ

рассчитывает на продолжение сотрудничества с Вашингтоном.

Глава ВОЗ напомнил, что по теме борьбы с COVID-19, специалисты Центров по контролю и профилактике заболеваний США (CDC) работали с ВОЗ, начиная с первого дня пандемии. «Очень много экспертов поддержали нас от CDC, особенно, сразу после того как началась пандемия. Сотрудничество ВОЗ с CDC имеет долгую историю, оно не началось с этой пандемии. С одной стороны, наличие сотрудников центров помогает. А с другой, означает, что ничего не было скрыто от CDC. Начиная с первого дня. Потому что американцы работали с нами, и ВОЗ открыта, мы ничего не прячем. Мы хотим, чтобы все страны получили сообщения сразу же. Потому что это поможет странам подготовиться», – полагает он.

В МИД России назвали принятое американским президентом решение контрпродуктивным, его заявления – несвоевременными и попыткой переложить ответственность за эпидемиологическую обстановку внутри страны. «Полагаем, что именно так следует расценивать недавние громкие обвинения со стороны американского руководства в адрес ВОЗ, которая якобы «прозевала» опасное заболевание, а по мере развития пандемии неоправданно

много внимания уделяла Китаю в ущерб другим странам, – говорится в заявлении министерства в Facebook. – Особое недоумение они вызывают в свете принятых с участием американской стороны итоговом заявлении онлайн-саммита «Группы 20», а также консенсусной резолюции Генассамблеи ООН о глобальной солидарности в борьбе с коронавирусом, в которых признаётся центральная координирующая роль ВОЗ в противодействии распространению COVID-19».

«Считаем исключительно важным избегать политизации ситуации вокруг пандемии, представляющей собой глобальный вызов всему международному сообществу и требующей слаженных действий всех государств», – доводит до мировой общественности свою позицию МИД России. А его официальный представитель Мария Захарова заявила на брифинге: что главное для Вашингтона – найти виноватых и доказать свою безгрешность. «У политиков этой страны всегда кто-то виноват: в пандемии – Китай и ВОЗ, в проигрыше Клинтон – Россия, в нетяжёлых состояниях. Эти три категории должны быть распределены в разных учреждениях. Если они останутся в одной больнице, система не выдержит. Из того, что мы наблюдаем сейчас, наиболее важными открытиями стали длительные сроки выздоровления, агрессивность самого вируса и тяжесть пневмонии: это отличает нынешнюю ситуацию от первых прогнозов. Мы не знаем, почему в Италии такое количество заболевших.

КНР в условиях пандемии коронавируса COVID-19 также полностью поддержала деятельность организации и её генерального директора. «Нападки и попытки дискредитировать ВОЗ абсолютно безосновательны, давление и принуждение не пользуются популярностью, государства, у которых есть совесть, не могут поддерживать такой подход», – заявил глава китайской дипломатии Ван И в телефонном разговоре с доктором Гебрейесусом. Министр выразил уверенность, что генеральный директор будет и дальше руководить работой ВОЗ, основываясь на профессиональной этике и научном подходе.

Вопреки надеждам США Евросоюз, мировое сообщество в лице ООН также одобрили и поддержали предпринятые специалистами ВОЗ меры. «Нет каких-либо причин, которые могли бы оправдать этот шаг, в то время как усилия ВОЗ необходимы для сдерживания пандемии», – заявил представитель ЕС по внешней политике и безопасности Жозеп Боррель. Осудили Трампа и его политические противники из Демократической партии, сравнив отказ в финансировании с лишением союзника перед атакой врага.

В рамках своего мандата

Столь широкая поддержка подтверждает правоту МИД РФ: нападки на ВОЗ не обоснованы, на всех этапах развития вспышки, переросшей в пандемию, она действует абсолютно в рамках своего мандата, в строгом соответствии с установками государств-членов и на основе имеющихся научных данных.

Доктор Т.Гебрейесус отметил, кстати, усилия России наряду с рядом других стран в борьбе с коронавирусом. Отвечая на глобальный вызов COVID-19, глава ВОЗ предупреждает, что человечеству ещё предстоит бороться с непростыми испытаниями, вызванными коронавирусом, и ожидает серьёзное ухудшение ситуации. Эти испытания будут тяжелее, чем нынешние, поэтому смягчать карантинные меры не стоит, считает глава организации, слова которого приводит The Politico. «Поверьте, самое сложное – впереди. Но мы можем предотвратить эту трагедию», – сказал Гебрейесус.

По последним данным, число заражённых COVID-19 превысило в мире 4,3 млн человек.

Сумеет ли мир противостоять коварному вирусу, ежедневно уносящему тысячи жизней?

Константин ШЕГЛОВ,
обозреватель «МГ».

Особый случай

Так говорит о своей работе Роберто Козентини, врач отделения скорой помощи больницы Иоанна XXIII в Бергамо, руководящий также Центром высокоспециализированной скорой помощи, передовым учреждением в области исследования неинвазивных методов вентиляции лёгких в Италии. Каждый день в его лечебное заведение поступает по 60-80 заболевших коронавирусом. Все инфицированные находятся в тяжёлом состоянии, при этом они разного возраста, а до заражения были крепки и здоровы.

«Ломбардия стала на данный момент эпицентром землетрясения, которому, кажется, нет ни конца, ни края. Если нам не удастся немедленно найти новые койки, больше врачей и медсестёр, в этих условиях мы недолго сможем выдержать», – говорит 60-летний Р.Козентини.

Уже почти три недели вместе с 26 врачами и медсестрами из его команды он не покидает отделения, оставаясь в авангарде национальной борьбы против COVID-19. Козентини – опытный

Это как землетрясение

Каждый вечер – новый толчок, и не знаешь, когда всё закончится

клиницист, не теряющий самообладания, с ним консультировались китайские коллеги из Уханя в связи с вспышкой острых респираторных заболеваний. Впервые, однако, он, помимо уверенности, испытывает ещё и чувство «глубокого беспокойства». «Проблема, – рассказывает он, – состоит в том, что запущенная коронавирусом динамика уже изменилась. Сейчас в мою больницу поступают по 60-80 заражённых в день. Их всё больше, но главное – все разом, все в тяжёлом состоянии, разного возраста, люди, которые до заражения были крепки и здоровы. Если эта новая волна не спадёт, систему здравоохранения ожидает крах, который будет вызван феноменом, сопоставимым с природными катаклизмами.

Из-за цикличности кризисов – это можно сравнить с землетря-

сением. В первые дни заражения инфицированные рассредоточивались в течение всего дня и поступали в больницу с небольшой температурой и умеренным бронхитом. Сейчас больные оказываются у нас с крайне высокой температурой днём и уже с тяжёлой пневмонией, требующей интенсивного лечения и подключения к аппаратам вентиляции лёгких. Каждый день с 16 до 18 часов происходит новый «толчок», то есть новая волна экстренных случаев. Подобная ситуация возникает исключительно во время землетрясений: на этот раз, однако, у нас идёт уже третья неделя, и до конца ещё далеко.

Первыми с вирусом столкнулись пожилые люди с рядом патологий. Сегодня же заражаются в том числе и молодые люди, и самые здоровые, те, кто выдержал по-

дольше в домашних условиях, лечась известными лекарствами. Мы уже прошли этап лёгких пневмоний, настало время более тяжёлых случаев.

Мы разделяем заразившихся на три категории: интубированных, тех, кто нуждается в экстренной вентиляции лёгких, и пациентов в нетяжёлых состояниях. Эти три категории должны быть распределены в разных учреждениях. Если они останутся в одной больнице, система не выдержит.

Из того, что мы наблюдаем сейчас, наиболее важными открытиями стали длительные сроки выздоровления, агрессивность самого вируса и тяжесть пневмонии: это отличает нынешнюю ситуацию от первых прогнозов.

Мы не знаем, почему в Италии такое количество заболевших.

И неизвестно, будет ли это понятно через несколько дней. Мы даже не можем с уверенностью сказать, что вылеченный больной не может заразиться вновь и в какой форме. Наши коллеги со всей Европы просят нас предоставить данные и информацию, чтобы быть во всеоружии.

Последствия COVID-19 будут, и это будет совершенно иная система здравоохранения и неузнаваемое общество. Наши города и наш стиль жизни уже не будут прежними. Поэтому я позволю себе призвать людей оставаться дома: пусть они знают, что они делают это не для того, чтобы помочь нам, врачам, а чтобы избежать столкновения с реальной катастрофой.

Юлия ИНИНА.

По материалам La Repubblica.

История ухода за больными и борьбы с пьянством в нашей стране тесно связана с деятельностью общин сестёр милосердия и братств трезвости. Их сотрудники выполняли важную социальную функцию, приходя на помощь государству в призрении сирот, престарелых и даже изгоев общества, а также оказывая доступную медицинскую помощь неимущим и нуждающимся слоям населения, прежде всего в очагах эпидемий. Вот почему важно и сегодня добиваться межведомственного взаимодействия в профилактике зависимого поведения и реабилитации пациентов. Более того профессиональная подготовка, лечебно-диагностическая и нравственно-просветительская работа врачей разных специальностей стали бы эффективнее при тесном взаимодействии с профильными организациями традиционных религий России.

Помощь самым обездоленным

Деятельность дореволюционных общин сестёр милосердия оказалась важной и продуктивной в условиях неблагоприятной эпидемиологической обстановки, которая периодически возникала в разных губерниях и областях России. Особо надо отметить работу сестёр милосердия в Вилюйской колонии прокажённых, находившейся в Якутии.

Впервые больничные юрты для лечения проказы появились в Якутии в 1817 г. в местности Быталах Среднеколымского улуса. Наличие больных проказой в Вилюйском округе отмечал врач А. Уклонский ещё в 1827 г. В 1860 г. здесь построили специальную лечебницу из двух юрт на 40 мест, но из-за трудностей финансирования её закрыли в 1863 г. В 1877 г. на выселке прокажённых вблизи Вилюйска вновь открыли лечебницу, однако в 1880 г. она также закрылась в связи с нехваткой средств на содержание.

В 1892 г. английская сестра милосердия Кейт Марсден приехала в Якутскую область для ознакомления с положением прокажённых. Вернувшись, она сообщила об ужасающем положении этих людей, практически лишённых ухода и помощи. Под влиянием этих рассказов укрепилось общественное мнение о необходимости и возможности помощи страждущим.

Многие сёстры московской общины «Утоли моя печали» решили поехать в Вилюйск, и 5 мая 1892 г. отряд из 5 сестёр милосердия выехал из Москвы в Иркутский край. Двух сестёр Иркутский генерал-губернатор А. Горемыкин оставил в отделении для прокажённых Якутской больницы, а остальные поехали в Вилюйскую колонию. По пути следования сёстры собирали на ярмарках пожертвования. Для размещения прокажённых в 20 верстах от Вилюйска было построено 9 больших и светлых юрт. Колонию предполагалось расширить до 100 человек.

По наблюдениям сестры милосердия Соколовой, из 9 поселённых в колонию двое не имели симптомов проказы, хотя жили вместе с прокажёнными. Поэтому было принято решение более тщательно обследовать всех больных. Если у них находили осложнения, например, после цинги и сифилиса, то старались лечить эти заболевания (в частности устраивали бани и ванны).

Представления сестёр милосердия о проказе соответствовали уровню научных знаний того времени. А меры по организации и работе лепрозория отвечали поставленным задачам. Сёстры милосердия облегчали физические страдания пациентов, помогали в быту, как могли утешали при депрессии и психологическом ожесточении.

Работа лепрозория требовала максимальной отдачи сил. Последняя московская сестра милосердия Анна Гладушкина уехала из Вилюйска через 5 лет, в 1897 г. Два года она оставалась в колонии одна: обмывала и перевязывала раны, стирала и зашивала одежду и настойчиво ходатайствовала перед начальством о нуждах больных.

Итак, несомненной заслугой дореволюционных общин сестёр милосердия явилась их добросовестная и самоотверженная работа в экстремальных условиях борьбы с опасными инфекционными заболеваниями. Сотрудники отрядов

пресс-тестирование на ВИЧ и 2640 – получили медико-психологическую консультацию специалистов.

«Грех не водка, а пьянство»

Борьба со злоупотреблением алкоголем в нашей стране тоже имеет давние корни. Так, в 1858-1859 гг. в 32 губерниях России прокатились антиалкогольные бунты с требованием закрыть все кабаки,

и т.д. В состав обществ входили рабочие, ремесленники, крестьяне и интеллигенция. Деятельное участие принимали видные русские врачи (А. Коровин, Н. Григорьев). По статистическим сведениям, к началу 1911 г. в Российской Империи насчитывалось 1767 церковных обществ трезвости.

Они вели серьёзную разъяснительную деятельность в рабочей, крестьянской и мещанской среде. Назовём такие формы медико-про-

социальная адаптация, активное «врастание» зависимого человека в социально-трудовую деятельность.

Действительно, больному невозможно меняться, не изменив внутреннего психологического состояния. А вот здесь-то таблетки, инъекции, гимнастика, массаж и прочие медицинские манипуляции бессильны. Требуется созидательный труд и добрая воля. Когда улучшается внутреннее состояние и создаётся новая система ценностей, то появ-

Взгляд в прошлое

Возрождая медико-социальные традиции

Об опыте лечения и реабилитации пациентов

занимались выявлением больных, при необходимости их изоляцией, дезинфекцией помещений и предметов обихода, организовывали карантин и т.д. В отличие от повседневных обязанностей в городских условиях, такие командировки были сопряжены с серьёзной опасностью для здоровья и жизни, требовали огромного напряжения сил и обычно сопровождалась эмоциональным подъёмом.

Дела, а не слова милосердия

Добрые традиции продолжают и углубляют современные сёстры милосердия. Так, 18 июня 2015 г. святейший Патриарх Московский и всея Руси Кирилл и министр здравоохранения России Вероника Скворцова заключили «Соглашение о сотрудничестве между Министерством здравоохранения РФ и Русской православной церковью». Указанное сотрудничество предполагает, в частности, совместную информационно-образовательную деятельность, направленную на нравственное воспитание, санитарно-гигиеническое просвещение и популяризацию в обществе здорового образа жизни, а также поддержку реабилитационных душепопечительских центров.

В настоящее время действуют более 70 церковных центров реабилитации наркозависимых, где проходят реабилитацию и ВИЧ-инфицированные, 14 центров ресоциализации наркозависимых, 13 амбулаторных центров и 34 консультационных пункта для наркозависимых. Сёстры милосердия и добровольцы оказывают помощь в разных регионах (например, в Тюмени, Ростове-на-Дону, Архангельске и Санкт-Петербурге). В Московской ИКБ № 2 добровольцы и сёстры милосердия трудятся в рамках проекта паллиативной помощи ВИЧ-инфицированным православной службы «Милосердие». За 2015 г. 650 пациентов ИКБ № 2 получили помощь сотрудников этой службы.

Также в Москве организован Ресурсный центр паллиативной помощи ВИЧ-инфицированным. С 2005 г. сёстры милосердия провели более 40 обучающих семинаров в разных регионах России. В Санкт-Петербурге действует проект «Автобус милосердия». Это мобильный консультационный пункт по профилактике ВИЧ-инфекции, вирусных гепатитов и туберкулёза. Работа по выявлению и профилактике заболеваний ведётся среди групп риска (бездомных, наркопотребителей), а также студенчества и молодёжи. Любой желающий может получить необходимую консультацию, пройти экспресс-тест на ВИЧ и гепатит. Так, в 2014 г. 1995 человек прошли экс-

и царь Александр III ограничивает торговлю водкой. В России появляются общества трезвости: в 1874 г. в селе Дейкаловка Полтавской губернии, в 1882 г. – «согласие трезвости» в селе Татево Смоленской губернии, в 1874 г. – украинское общество трезвости и др.

Народные антиалкогольные инициативы горячо поддержала русская интеллигенция во главе с Фёдором Достоевским и Львом Толстым. Так, в 1887 г. Л. Толстой вместе с Н. Миклухо-Маклаем, П. Бирюковым, Н. Ге (младшим) и иными общественными деятелями подписал «Согласие против пьянства» и создал у себя в имении общество трезвости.

Об исправлении жизни как первоочередной задаче в деле обретения внутренней свободы от зависимости гениальный художник русского слова Лев Толстой пишет в статье «Для чего люди одурманиваются?»: «Не во вкусе, не в удовольствии, не в развлечении, не в веселье лежит причина всемирного распространения гашиша, опиума, вина, табака, а только в потребности скрыть от себя указания совести... Трезвому совестно то, что не совестно пьяному. Этими словами высказана основная причина, по которой люди прибегают к одурманивающим веществам. Чтобы не было совестно после того, как сделан поступок, противный совести, или для того, чтобы вперёд привести себя в состояние, в котором можно сделать поступок противный совести, но к которому влечёт человека его животная природа... Всем известны люди, спившиеся вследствие преступлений, мучивших совесть. Безнравственно живущие люди более других склонны к одурманивающим веществам. Разбойничьи, воровские шайки, проститутки не живут без вина».

Писатель продолжает: «Употребление одурманивающих веществ в больших или малых размерах, периодически или постоянно, в высшем или низшем кругу вызывает одной и той же причиной – потребностью заглушить голос совести, чтобы не видеть разлада жизни с требованиями сознания... Освобождение же людей от употребления одуряющих веществ откроет им глаза на требования их сознания, и они станут приводить свою жизнь в согласие с совестью».

Добрым начинаниям активно содействовали правительственные учреждения и православная церковь. Мощный рост числа церковно-приходских обществ трезвости начинается с 1889 г. после появления Указа святейшего Синода, в котором духовенство призывалось к борьбе с народным пьянством. В 1890 г. основано Петербургское общество трезвости, в 1891 – Одесское, в 1892 – Казанское, в 1893 – Рыбинское, в 1895 – Московское

светильской и социально-педагогической работы, как публичные чтения антиалкогольной, героико-патриотической и религиозно-нравственной литературы, беседы о трезвости и проповеди. Открывались и специализированные больницы для лечения страдающих алкоголизмом. В дальнейшем им помогали трудоустроиться.

По всей стране большими тиражами издавались и распространялись дешёвые (что немало важно!) брошюры, книги и журналы: «Вестник трезвости», «Деятель», «Народная трезвость» и др. В указателе антиалкогольной литературы перечислены 32 названия соответствующих журналов, приложений к журналам и периодических листов, издававшихся обществами трезвости, непосредственно духовенством либо при его участии. В статьях анализировались факторы алкоголизации, влияние спиртного на организм и психику, роль церковных приходов и школ в борьбе за трезвость и прочие актуальные темы.

К сожалению, сразу после революции все трезвеннические общества и братства, а также общины сестёр милосердия были закрыты. Их имущество конфисковали, сотрудников разогнали. Но правое дело живёт и побеждает!

Подняться со дна бутылки

Глубоко убеждён, что по сути любая зависимость – форма бегства от себя. Значит, для исцеления нужно вернуться к себе, найти себя. Но, разумеется, не на дне стакана или во Всемирной паутине! Это главный принцип реабилитации людей, зависимых от психоактивных веществ и состояний.

Итак, чтобы снять зависимость, нужна квалифицированная медицинская и психологическая помощь. Она позволяет подавить очаг патологического возбуждения в коре головного мозга («прочистить мозги») и на время приглушает страсть. Но не менее важно обрести правильные духовно-нравственные ориентиры и укрепить желание бороться с коварным соблазном.

Известный невропатолог, доктор медицинских наук, профессор Анатолий Берестов кратко характеризует этапы лечения и реабилитации людей, страдающих различными зависимостями от психоактивных веществ и состояний. Программа рассчитана на три последовательных этапа, а именно: детоксикационная и общеукрепляющая терапия; целенаправленное воздействие на личность зависимого (выход из социально опасной среды, продолжение поддерживающей терапии и духовная переориентация); семейно-бытовая и

светлые и здоровые жизненные цели, формируется здоровое отношение к себе и окружающим, то есть меняется стиль мышления и поведения. В итоге человек осознаёт своё пристрастие как болезненное и понимает, что дурную привычку нельзя заменить чем-то аналогичным, но безвредным. Единственный выход из ситуации – полный отказ от зависимости. Вот что на деле отрезвляет!

Именно на таких принципах ведётся работа со страждущими в душепопечительских реабилитационных центрах. Опытные пастыри и специалисты помогают зависимым людям выйти из болезненного, эгоцентричного состояния духа и побороть низменные влечения. Вникая в проповеди духовников, консультируясь с врачами и психологами, люди пересматривают сформированные ранее стереотипы и начинают конструктивно решать личностные проблемы. Человек учится видеть себя таким, каков он есть на самом деле, и воспринимает окружающий мир как училище. Одна ситуация учит добру, другая – подсказывает, как делать не стоит, а третья – оказывается экзаменом.

В современной России церковь организовала свыше 100 обществ, братств и групп трезвенния. Желательно, чтобы с ними сотрудничали психиатрическая, наркологическая, психотерапевтическая и психологическая службы. Думаю, это значительно повысит эффективность лечения и будет способствовать скорейшему возвращению человека к нормальной жизни в обществе.

Как правило, в каждой епархии есть социальный отдел, курирующий центры по работе с зависимыми и ВИЧ-инфицированными людьми. Сведения о названных организациях и их сотрудниках размещаются на епархиальных сайтах.

Завершить хотелось бы на оптимистической ноте. Что подсказывает нам опыт многих столетий и поколений? Для лечения и профилактики зависимого поведения, а также реабилитации пациентов разного (в том числе инфекционного) профиля требуется комплексный междисциплинарный подход. Нужно учитывать особенности не только генетики и психофизиологии, но и ценностно-смысловой сферы личности. На мой взгляд, в этом нам очень пригодились бы теоретические и практические разработки наших дореволюционных и современных коллег!

Константин ЗОРИН,
доцент кафедры ЮНЕСКО
«Здоровый образ жизни –
залог успешного развития»
Московского государственного
медико-стоматологического
университета им. А.И.Евдокимова,
кандидат медицинских наук.

Человек с двумя фамилиями. Чем не название для судебного очерка, детектива, приключенческой повести или рассказа? В следственной и судебно-медицинской практике такие случаи не часто, но встречаются. Обычно тогда следователь, эксперт или автор детектива имеет дело с лицом, преступившим рамки закона, иногда с настоящим преступником. Тут, однако, иной случай, иная ситуация.

Вспоминаю, как в солнечный мартовский день с утра, когда мороз ещё крепок и свеж, в нашу судебно-медицинскую амбулаторию вошёл невысокий мужчина. Не спеша он разделся, отогрелся и протянул мне определение Меленковского районного народного суда. Потом представился: «Георгий Палутин».

В кратком определении суда я прочёл следующее: ...В годы Великой Отечественной войны Г.Палутин находился на фронте под фамилией И.Шувалов. Во время боевых действий дважды был ранен – в 1943 и 1944 гг., но все справки о его ранениях из архива выданы на И.Шувалова. После войны, демобилизовавшись в сентябре 1945 г., он получил документы на имя Палутина, с которыми проживает в настоящее время. Так как истец не может получить льготы, полагающиеся инвалиду войны, поскольку медицинские справки выданы на другую фамилию, он просит признать факты ранений после освидетельствования, что подтвердит истинность документов, выданных на фамилию Шувалова...

На разрешение экспертизы судом ставятся следующие вопросы: Имеются ли у Г.Палутина телесные повреждения? Если у свидетелеваемого имеются телесные повреждения, то когда они могли быть получены и являются ли ранениями? Если у Г.Палутина имеются следы бывших ранений, идентичны ли они ранениям, указанным в медицинских документах, выданных на имя И.Шувалова?

Ознакомившись с определением, беру документы пришедшего. Все на фамилию Палутина. Наконец, две медицинские справки, выданные Архивным отделом Военно-медицинского музея Министерства обороны, обе на другое лицо – И.Шувалова. Так началась эта необычная редкая экспертиза под очередным порядковым номером – 415.

Вместе с определением суда в тоненькой папке Палутин представил и другие документы. А вот заявление в суд, заканчивающееся словами: «...Прошу признать военно-медицинские документы, выданные на фамилию Шувалова, в том, что они действительно принадлежат непосредственно мне. Палутин и Шувалов – одна и та же личность».

Что заставило Палутина изменить фамилию в годы войны?

– Не буду скрывать, доктор, но в 1940 г. я был осуждён Палутин, – произнёс он. – По молодости совершил преступление. Когда пошёл на допрос, фамилию и имя утаил, назвался Иваном

А ещё был случай

Чужая фамилия

(Из записок судебно-медицинского эксперта)



Петровичем Шуваловым, документов у меня не было, потерял. Следователь вначале сомневался, потом поверил. Осудили на 5 лет лишения свободы, приговор вынесли на фамилию Шувалов. В 1942 г. с места, где отбывал наказание, неоднократно писал заявления с просьбой отправить на фронт. Наконец летом 1943-го мою просьбу удовлетворили. Под фамилией Шувалов я и воевал, демобилизовался в сентябре 1945 г. Когда вернулся в родные края, начальник милиции, тоже фронтовик, посоветовал мне взять прежнюю фамилию. Чего прятаться под чужой фамилией. С того дня я опять стал Палутиним. Хоть давно это было, но, помню, как на душе сразу легче стало...

Шли годы. Палутин не чурался никакой работы, даже после того, когда, перенеся операцию на лёгком, стал инвалидом второй группы. Разумеется, он знал о льготах, которыми пользуются участники и особенно инвалиды Великой Отечественной войны, но то ли от скромности, то ли из-за нежелания ворошить прошлое не думал об этом. Наконец, родные заставили его принять решение.

Любая экспертиза начинается с осмотра свидетелеваемого. В принципе, эта поначалу ничем не отличалась от иных.

Георгий Николаевич худощав, подтянут, видно, что для него привычен физический труд. На передней поверхности грудной клетки слева, чуть ниже проекции второго ребра, замечаю бледный овальный рубец размерами 1,5 на 1 см, слегка западающий над уровнем кожи.

Беру справку о первом ранении. Из неё следует, что «...автоматчик 735 стрелкового полка, 166 дивизии И.П.Шувалов

25 сентября 1943 г. получил осколочное проникающее ранение левой половины грудной клетки».

Следы от второго ранения располагались на левом предплечье. Снаружи я увидел большой, уродующий руку, рубец длиной до 13 см, с внутренней стороны – кожа втянута, с множественными пигментированными светло-коричневыми складками. По особенностям этих рубцов, можно предположить, что входное огнестрельное отверстие находилось на наружной поверхности руки, входное – на внутренней.

Сверяю увиденное с документом, выданным архивом. В нём говорится, что «...автоматчик 171-го стрелкового полка 1-й Московской гвардейской дивизии И.П.Шувалов 5 февраля 1944 г. получил сквозное пулевое ранение левого предплечья с повреждением локтевой кости и локтевого нерва».

Пока Георгий Николаевич одевается, подробно записываю всё то, что удалось увидеть. Спрашиваю Палутина о его самочувствии в настоящее время.

– В общем-то, чувствую себя неплохо, – отвечает он. – И кое-какая память о войне у меня осталась до сих пор.

Я поначалу не понял о какой «памяти» говорил этот человек. Слова Палутина осознал позднее, когда Георгий Николаевич принёс заключение рентгенолога. «...На рентгенограммах грудной клетки гражданина Палутина выявлен старый консолидированный перелом 4-го ребра слева с наличием в левом лёгком металлического инородного тела, вероятно, осколка, размерами 1,5x0,5 см, расположенного спереди от входящей аорты».

– Что ж вы молчали, Георгий Николаевич? Ведь осколок – это бесспорное вещественное дока-

зательство ранения в грудь. Если бы, допустим, справки в архивах не сохранились, и без них можно было бы обойтись.

– Оно, конечно, так, осколок здесь, в груди, с сорок третьего. Видно, из-за него все мои недавние беды – туберкулёз, частые пневмонии. Но за последнее время притих, затаился. Он ведь маленький, не больше ногтя, а справки – вот они. Как вы сказали – вещественные доказательства...

Эту экспертизу мне хотелось закончить побыстрее. Я отложил в сторону иные, менее срочные, чтобы заняться непосредственно 415-й. В общем-то, меня никто не торопил. Да и в самом деле, что – неделя, две, месяц. Но Георгий Николаевич десятилетия не обращался никуда по поводу своих ранений. Перенёс несколько операций, однако, даже удостоверения инвалида войны пока не имел. Хотелось скорее помочь человеку, скромность и неприязнательность которого, наверное, можно считать эталонными. К тому же, меня начали тревожить воспоминания. Память, она ведь есть у любого из нас. Даже сейчас, когда со дня Великой Победы прошло столько лет, вряд ли найдётся семья, на которой война не оставила бы своей суровой меты.

Через несколько дней Г.Палутин опять появился у нас в бюро. Поинтересовался, как продвигается экспертиза, не надо ли представить дополнительно другие документы. Постепенно мы разговорились. Как-то незаметно разговор коснулся фронтовых дел. Оказалось, что Георгий Николаевич вначале воевал в штурмовом отряде по выполнению специальных заданий командования. Служба в таком подразделении была особой, эти

отряды находились в авангарде наступательных операций, всегда на передовом крае. Первое ранение он получил на Украине, под Белой Церковью.

Взвод из 35 бойцов, в котором находился Палутин, с боем занял небольшое село, отбросив гитлеровцев назад, деревня располагалась в холмистой местности и была важным опорно-стратегическим пунктом, который надо было удержать до подхода наших войск. Отряд приготовился к обороне.

– Тут мы заметили, – произнёс Г.Палутин, – что немцы и не думают наступать. Прямо перед нами, километрах в двух, за низиной и болотом находилось большое село. Брать его мы не собирались, ждали подхода главных сил. Как вдруг видим, что фашисты ходят по деревне с факелами и собираются её поджечь. Население – женщины, старики да дети высыпали из домов. Вот-вот случится непоправимое. Вижу, лица у всех побелели. Командир не успел слова сказать – все как один поднялись в атаку. Мы скатились в низину и тут же попали под прицельный миномётный огонь. Командира убило на месте, меня ранило осколком в грудь. Хотя мои товарищи и ворвались в село, но спасти его не удалось. Дул сильный ветер, почти все постройки сгорели. Так немцы и сожгли деревню...

Почти три месяца пролежал Георгий Николаевич, а как поправился, влился в атакующие колонны 1-й Московской гвардейской дивизии, сражавшейся на Белорусском фронте.

Второе ранение – в левую руку он получил в феврале 1944 г., под Витебском, где фашисты оборонялись яростно, с фанатизмом обречённых. Ранение оказалось серьёзным, не легче предыдущего. Помимо локтевой кости, простреленной насквозь, пуля повредила нерв. Летом 1944-го, когда фронт переместился на территорию врага, он опять был в строю. Теперь уже до Победы.

Когда за Георгием Николаевичем закрылась дверь, я достал его рентгенограммы. По описанию рентгенолога он находился «кпереди от восходящей аорты». Пройди частица немецкой мины хотя бы на сантиметр глубже, оказалась бы поражённой аорта.


Наконец экспертиза была закончена. «Имеющиеся у Г.Н.Палутина ранения грудной клетки и левого предплечья по локализации и особенностям идентичны ранениям, указанным в медицинской документации, выданной на имя И.П.Шувалова Архивом военно-медицинского музея Министерства обороны». В тот же день заключение эксперта № 415 было отправлено заказным письмом в районный народный суд.

Вот такая история об одной экспертизе и судьбе человека. В бесконечной летописи Великой Отечественной у Георгия Николаевича своя веха, своя память.

Марк ФУРМАН,
заслуженный врач РФ.

Владимир.

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

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

Главный редактор А.ПОЛТОРАК.

Редакционная коллегия: И.БАБАЯН (ответственный секретарь), В.ЕВЛАНОВА, В.ЗАЙЦЕВА, В.ЗИНОВЬЕВ (зам. ответственного секретаря), А.ИВАНОВ, В.КЛЫШНИКОВ, Т.КОЗЛОВ, В.КОРОЛЁВ, А.ПАПЫРИН (зам. главного редактора, редактор сайта), Г.ПАПЫРИНА, К.ЩЕГЛОВ.

Дежурный член редколлегии – А.ПАПЫРИН.

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

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

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

Е-mail: mggazeta@mgzt.ru (редакция); rekmedic@mgzt.ru (рекламная служба); inform@mgzt.ru

(отдел информации); mg.podpiska@mail.ru (отдел изданий и распространения).

«МГ» в Интернете: www.mgzt.ru

ИНН 7702394528, КПП 770201001, р/с 40702810338000085671, к/с 30101810400000000225,

БИК 044525225 ПАО Сбербанк г. Москва

Отпечатано в ОАО «Московская газетная типография».

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

Заказ № 1186

Тираж 17 110 экз.

Распространяется по подписке

в Российской Федерации и зарубежных странах.

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

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

Подписные индексы в Объединённом каталоге «Пресса России»: 50075 – помесечная, 32289 – полугодовая, 42797 – годовая.