

# Медицинская

15 ноября 2023 г.  
среда  
№ 45 (8114)

# Газета®



ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ВРАЧЕБНОЕ ИЗДАНИЕ

Основано в 1893 году. Выходит один раз в неделю.  
Распространяется в России  
и других странах СНГ

[www.mgzt.ru](http://www.mgzt.ru)

Как работает всероссийская служба медицины катастроф в условиях их ежегодного роста, обсуждали участники конференции «Медицина катастроф – 2023». Стр. 4

Что влияет на точность пренатальной УЗ-диагностики? Стр. 5

Итоги XV фестиваля искусств студентов-медиков и медицинских работников. Стр. 10-14

В центре внимания

## Пандемия и пневмонии: нет худа без добра

12 ноября отмечался Всемирный день борьбы с пневмонией



**Несмотря на все усилия, предпринимаемые медиками, пневмония до сих пор остаётся одной из самых актуальных проблем здравоохранения. Согласно статистике, от воспаления лёгких ежегодно в мире умирает более 2 млн человек, в том числе примерно 1,1 млн – детей.**

Главный пульмонолог Минздрава России, директор клиники пульмонологии и респираторной медицины Сеченовского университета академик РАН Сергей Авдеев рассказал о динамике заболеваемости пневмониями в России и об уникальных исследованиях на кафедре пульмонологии вуза.

– Согласно статистике, за первые 5 месяцев 2023 г. количество больных пневмонией в России значительно снизилось (274 случая на 100 тыс. населения). За 5 месяцев 2022 г. было зарегистрировано 280 случаев на 100 тыс. населения. Сегодня данные показатели приближаются к тем, что мы имели до пандемии COVID-19, когда заболеваемость составляла 4-5 промилле (400-500 случаев на 100 тыс. населения). По летальности аналогичная

тенденция: она сейчас такая же, как в период до пандемии коронавируса.

Основу лечения пневмонии традиционно составляет антибиотикотерапия. Тяжёлые формы требуют назначения респираторной поддержки.

Сегодня мы изучаем новый метод, позволяющий влиять на течение внебольничной пневмонии – применение ингаляционного оксида азота как противобактериального или противовирусного агента. Если его подавать на короткое время в высоких дозах в виде сеансов, то возможно добиться так называемого противоионного эффекта. Есть предварительные данные, которые подтверждают сокращение госпитализации пациентов. Отмечу, что данное исследование на кафедре пульмонологии Сеченовского университета проводится впервые в мировой практике.

Пандемия позволила получить новый эффективный опыт по борьбе с пневмонией. Да, пандемия – это всегда катастрофа: перегруженные стационары, проблемы, связанные с организацией медицинской помощи, с дополнительным приростом тяжёлых пациентов. Тем не менее она имеет свои положительные стороны – внедрение в клиническую практику мно-

гих новых методик. Чем закончилась пандемия COVID-19 в нашей стране?

У нас появилось дополнительное количество компьютерных томографов, речь идёт фактически о сотнях аппаратов. В клиническую практику внедрена пульсоксиметрия – метод, который стал доступен не только для каждого врача, но и для многих пациентов в домашних условиях. Получила широкое применение респираторная поддержка тяжёлых пневмоний – неинвазивная вентиляция лёгких, высокопоточная кислородотерапия. Таким образом, то, что ранее было доступно только в крупных экспертных центрах, сегодня с успехом применяется в центральных районных и городских региональных клиниках.

В России все пациенты, перенёвшие пневмонию, должны находиться под наблюдением врача, регулярно проходить диспансеризацию. Такого подхода нет нигде в мире, и это тот положительный опыт, про который нужно говорить. Процент диспансеризации больных с пневмонией в среднем довольно высок по стране – более 70%.

Игорь НАУМОВ.

Инициатива

## Отказались от проведения аборт

**Услуги по прерыванию беременности в Крыму и Курской области будут предоставлять только в государственных медицинских организациях. Частные клиники этих регионов официально уведомили местные власти о своём добровольном отказе от оказания этих услуг.**

«Руководителям коммерческих клиник было предложено внести свой вклад в улучшение демографической ситуации, отказавшись от проведения абортов. Коллеги положительно оценили данную инициативу, и на сегодняшний день все частные клиники Крыма официально уведомили Минздрав региона о своём добровольном отказе от оказания услуг по прерыванию беременности», – сообщил глава крымского Минздрава Константин Скорупский.

Ранее в Минздраве республики прошёл «круглый стол» по этой проблематике с участием руководителей коммерческих медицинских организаций, имеющих лицензию на оказание медицинской услуги «прерывание беременности». На встрече отмечалось, что обратившись за проведением аборта в государственную медицинскую организацию, женщина сможет принять взвешенное и обдуманное решение относительно сохранения или прерывания беременности, поскольку её информируют о действующих мерах социальной поддержки семей с детьми, а также проведут психологическое консультирование.

Во всех женских консультациях Крыма пациентки, обратившиеся к гинекологу

по поводу прерывания беременности, направляются на проведение психологического доабортного консультирования.

О том, что в Курской области частные клиники перестают делать медикаментозные аборты, сообщил вице-губернатор региона Андрей Белоостоцкий. По его словам, от проведения этой процедуры отказались четыре из пяти учреждений, имеющих соответствующую лицензию.

«Мы – второй субъект Российской Федерации, где коммерческие организации здравоохранения отказались от пункта лицензий о химическом прерывании беременности. И сейчас примерно 92% женщин, которые принимают решение о прерывании беременности, будут находиться в государственных клиниках, где мы активно ведём с ними работу», – заявил А.Белоостоцкий.

Согласно региональной программе демографической политики, к 2025 г. сохранять ребёнка должны более 40% женщин, которые приходят в клинику для прерывания беременности. Вице-губернатор также выразил надежду, что последняя частная клиника, у которой есть соответствующая лицензия, откажется от проведения медикаментозных абортов в ближайшем будущем.

Количество абортов в России устойчиво снижается с начала 1990-х годов – в среднем на 6% в год. При этом, по данным Росстата, на частные клиники приходится пятая часть от всех проведённых в стране абортов.

Юрий ДАНИЛОВ.

## СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ

### Александр ЧУЧАЛИН

**Заведующий кафедрой госпитальной терапии педиатрического факультета РНИМУ им. Н.И.Пирогова, президент Российского респираторного общества, академик РАН:**



Сегодня страна нуждается в разработке стратегических программ для новой модели здравоохранения XXI века.

Стр. 6-7

## Новости

## Боль была постоянной...

В Челябинской областной клинической больнице выполнили редкую операцию по избавлению от невралгии черепного нерва 64-летнему жителю Копейского округа. У бывшего дорожного строителя при глотании, жевании, движениях языком появлялись боли в корне языка, нёбе, отдавало в шею. Проблема заключалась в том, что в полости черепа, в месте, где языкоглоточный нерв выходит из головного мозга, рядом проходит артерия мозжечка, и при сокращениях она задевает нерв и создаёт сильные болевые ощущения. Их пациент испытывал в течение 6 последних лет.

Виктор в числе добровольцев из «ленинского призыва» одним из первых отправился в 1989 г. в Афганистан. Участвовал в штурме дворца Амина. Как он утверждает, ему даже тогда не было так страшно, как в больнице перед операцией. Он навсегда запомнит своих избавителей – нейрохирурга Игоря Журавлёва, невролога отделения нейрохирургии Юлию Клинок и главного нейрохирурга Минздрава Челябинской области заведующего отделением нейрохирургии Сергея Пашнина.

«За ухом мы сделали небольшой разрез около 5 см и между артерией и нервом установили мягкую тефлоновую прокладку, в результате чего болевой синдром удалось купировать, – поясняет И.Журавлёв. – Операция длилась около 2 часов. Подобный подход используется при патологии тройничного, лицевого нервов. Обычно эти пациенты поступают от неврологов или стоматологов. Такая операция – это единственный радикальный способ решить проблему».

На всю область (примерно на 3 млн жителей) невралгию черепных нервов имеют около 50 человек, эта патология достаточно редкая.

«К счастью, мы знаем, как помочь таким пациентам, – говорит С.Пашнин. – У нас имеется соответствующая материально-техническая база и для таких операций, и для внутричерепных вмешательств с декомпрессией черепных нервов. Используем и фармакотерапию, и метод радиочастотной абляции. В общем, в нашем арсенале есть весь необходимый комплекс лечебно-диагностических мероприятий».

Уже на третий день после операции пациенту назначили реабилитацию. Миостимуляцию для обезболивания проводят с помощью специального портативного аппарата. Его небольшие габариты позволяют специалистам из отделения физиотерапии принести его прямо в палату к пациенту.

Прибор появился в больнице совсем недавно по федеральной программе «Оптимальная для восстановления здоровья медицинская реабилитация». Он предназначен для восстановления речевых функций пациентов, перенёсших инсульт, а также в реанимации – для стимуляции мышц гортани у пациентов, которые длительное время находятся на ИВЛ, что иногда приводит к трахеопищеводному разобщению.

В ближайшее время реабилитологи введут в эксплуатацию ещё один такой аппарат, который будет использоваться в региональном сосудистом центре при реабилитации пациентов с острым нарушением мозгового кровообращения.

Наталья МАЛУХИНА.

Челябинск.

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

## Слово о газете

## Интересная, полезная, нужная

«Медицинскую газету» я с детства привык видеть дома – её выписывала мама, как и все остальные медики страны. И сейчас убеждаюсь, что она с годами осталась такой же глубокой и разноплановой.

Здесь по-прежнему освещаются темы, которые интересуют каждого врача: организация здравоохранения в регионах или отдельных учреждениях, внедрение новых технологий, проведение уникальных операций, публикуются клинические рекомендации и «Конспекты врача», биографии великих медиков или их не менее выдающихся пациентов и многое другое.

И хотя целевой аудиторией газеты являются представители врачебного сообщества, материалы написаны языком, понятным и непрофессионалам – сейчас многие пациенты черпают информацию из различных источников и иногда приходят к нам с самостоятельно поставленным диагнозом и предполагаемыми вариантами лечения, которые порой близки к истине.

«Медицинская газета» – интересная, полезная, нужная. И если другая пресса нередко впадает в зависимость от конъюнктуры, то здесь чётко выдерживается линия профессиональной объективности и достоверности на протяжении всего времени, сколько я себя помню, – полувек, как минимум.

Александр ЛИЛА,  
директор НИИ ревматологии им. В.А.Насоновой,  
главный ревматолог Минздрава России,  
член-корреспондент РАН.

Москва.



## Акценты

## И теория, и практика

Научно-практическая конференция «Межмуниципальный медицинский центр в здравоохранении Урала» состоялась на базе городской больницы № 4 Нижнего Тагила.

Здесь собралось более 120 специалистов из ведущих федеральных центров Санкт-Петербурга, Москвы, Томска и больниц Свердловской области.

«Тот факт, что научно-практическая конференция такого масштаба проходит в Нижнем Тагиле, говорит о высоком уровне профессионализма местных врачей, – отметил и.о. заместителя министра здравоохранения области Алексей Столин. – Внедрение новых технологий и обучение специалистов в рамках реализации нацпроекта «Здравоохранение» позволило добиться снижения летальности у свердловчан при различных заболеваниях. Большую роль в этом успехе сыграла сеть межмуниципальных медицинских центров, в числе которых и городская больница № 4 Нижнего Тагила».

Участники конференции обменялись опытом работы межмуниципальных медицинских центров, поделились результатами применения инновационных практик в лечении пациентов с сердечно-сосудистыми, хирургическими, травматологическими заболеваниями, обсудили возможности и необходимость проведения диагностических и лабораторных исследований.

По словам доцента кафедры лабораторной медицины и генетики НМИЦ им. В.А.Алмазова Виктории Берестовской, для представителей лабораторной медицины конференция стала отличной возможностью пока-



зать ценность внедрённых в этой сфере наработок для ежедневной работы хирургов, терапевтов, неврологов, кардиологов и других специалистов.

В рамках конференции прошёл мастер-класс, в ходе которого московские медики совместно с коллегами из Нижнего Тагила провели четверым пациентам малотравматичное оперативное вмешательство для разрушения атеросклеротических бляшек в артериях сосудов специальным хирургическим буром.

«Мы внедрили в клиническую практику новый для Нижнего Тагила и единственный в России самый эффективный метод лечения пациентов с тяжёлыми кальцинированными поражениями коронарных артерий, – рас-

сказал рентгенэндоваскулярный хирург Федерального научно-клинического центра ФМБА России кандидат медицинских наук Антон Стаферов. – Раньше эта методика применялась только в ряде ведущих федеральных центров, а теперь она доступна и для пациентов в регионах».

В Свердловской области с 2011 г. поэтапно формируется эффективная трёхуровневая система оказания медицинской помощи жителям региона. Важная роль в ней отведена межмуниципальным медицинским центрам, которые сегодня есть во всех управленческих округах.

Алёна ЛЬВОВА.

Нижний Тагил.

## Идеи

## О чём говорить с курильщиками?

Международный день отказа от курения в этом году приходится на 16 ноября. В канун столь важного события руководитель отдела клинической эпидемиологии им. Н.Н.Блохина, президент Противоракового общества России, член-корреспондент РАН Давид Заридзе напомнил врачебному сообществу о том, насколько важно информировать население о вреде курения. Причём информировать правильно, с приведением статистически обоснованных фактов и научно-доказанных аргументов. Фактически, каждый врач, общаясь с курящим пациентом, может воспользоваться данными, которые приводит профессор.

– Большинство курильщиков не задумываются о вреде этой привычки просто потому, что не представляют реальную степень вреда. Наша цель – при каждом удобном случае напоминать людям о необходимости отказа от любых форм курения и предложить для начала попытаться не курить в течение одного дня и убедиться в том, что избавиться от табачной зависимости возможно. Если же человеку не хватает для этого силы воли, следует рекомендовать ему обратиться за помощью в центры отказа от курения, где наряду с ле-

чением никотиновой зависимости можно получить и психологическую поддержку, – говорит Д.Заридзе.

Итак, какие факты можно и нужно приводить в разговоре доктора с курильщиком? Курение – одна из главных причин развития 15 форм рака, а также болезней лёгких, сердца, сосудов и других органов. При прочих равных продолжительность жизни курильщиков на 10-11 лет короче, чем у некурящих, это достоверные данные. Отказ от курения в любом возрасте сокращает этот разрыв, но чем раньше «бросить», тем меньшей будет разница в продолжительности жизни, и это тоже прослежено учёными.

Даже отказ от курения онкологических больных значительно продлевает им жизнь. Пациенты, которые бросили курить, живут на 2-3 года дольше, чем те, кто при диагнозе «рак» продолжает курить.

Далее, опыт пандемии COVID-19 показал, что риск смерти от осложнений выше у курящих, чем у некурящих. К заболеваниям, при которых курение ухудшает прогноз, относится также ВИЧ-инфекция. Казалось бы, какая связь? Самая прямая: антиретровирусная терапия позволяет эффективно контролировать болезнь и практически исключает её прогрессирование, однако в данной когорте пациентов высокая доля курящих и, как следствие, заболевающих

и погибающих от рака лёгкого. Таким образом, курение полностью нивелирует успехи терапии ВИЧ-инфекции.

– Курение убивает людей больше, чем войны. С 2000 по 2019 г. в мире количество смертей, причиной которых достоверно является курение, превысило 100 млн. Прогнозируется, что за период с 2020 по 2049 г. число жертв курения в мире составит 250 млн. К сожалению, в Российской Федерации мы наблюдаем тревожный тренд: снижение распространённости курения среди мужчин хотя и остаётся высоким – 48%, но всё-таки приостановилось, тогда как среди женщин частота курения за последние 7 лет выросла. Об этом свидетельствует статистика ВЦИОМ: с 2016 г. доля курящих женщин увеличилась с 17 до 21%, – подчёркивает Д.Заридзе.

Профессор отметил непоследовательность государственной антитабачной политики в нашей стране. По его словам, борьба с вейпами, которая ведётся последние несколько лет, с одной стороны, нисколько не уменьшила интерес к ним со стороны целевой аудитории, а с другой – привела к повышению спроса на традиционные табачные изделия. В этой связи логично наблюдать рост заболеваемости раком лёгких и смертности от него. Впервые за много лет в РФ выросла заболеваемость раком лёгкого среди женщин, что является прямым следствием распространённости «дамского» курения.

На этом фоне антитабачное просвещение населения без участия врачебного сообщества кажется нереальным.

Елена ЮРИНА.

Тенденции

# Рак: выявляют больше — смертность ниже

**Президент России Владимир Путин в ходе совещания с членами Правительства, посвящённого мерам по борьбе с онкологическими заболеваниями, отметил, что в стране стали выявлять больше случаев рака, при этом смертность от него снизилась.**

Информацию о снижении смертности от рака подтвердил и министр здравоохранения Михаил Мурашко, по словам которого в России она снизилась на 5,6% за последние 4 года, одногодичная летальность снизилась на 14%, а 5-летняя выживаемость выросла на 7% — это интегральный показатель эффективности работы онкослужбы. Почти 60% опухолей выявляются на I-II стадиях, когда прогноз лечения максимально благоприятный.

Как подчеркнул М.Мурашко, число онкологических заболеваний в стране, в том числе детских, за последние 4 года выросло более чем на 13%. Коэффициент фонда для пациентов с онкозаболеваниями увеличился на 2,5 тыс. копек, 16 тыс. единиц медицинского оборудования онкослужбы введено в эксплуатацию, в том числе более 1 тыс. «тяжёлого». В 76 субъектах внедрены решения с ИИ для расшифровки данных исследований и снимков, клинические рекомендации в онкологии утверждены по 84 заболеваниям, количество схем химиотерапии выросло в 2 раза. Более 1,5 тыс. пациентов

ежегодно получают ВМП методом протонной терапии; почти на 80% увеличилось число пациентов, получивших трансплантацию костного мозга. На оснащение онкоцентров в новых регионах выделено более 622 млн в 2023 г.

Сейчас в России проводится более 100 клинических исследований отечественных препаратов для лечения рака. Помимо этого, активно развиваются новые области, такие как радиофармацевтика, персонализированные генетические тесты.

Глава Минпромторга Денис Мантуров сообщил, что в этом году российские фармкомпании зарегистрировали более 40 препаратов для лечения онкозаболеваний. Это произошло благодаря комплексной господдержке: субсидиям на научно-исследовательские и опытно-конструкторские работы и займам Фонда развития промышленности. Министр также рассказал о планах открыть по всей стране новые производства аппаратов МРТ, КТ, комплексов электронной лучевой терапии и УЗИ.

Со своей стороны, вице-премьер Татьяна Голикова сообщила о намерении пересмотреть некоторые элементы программы диспансеризации населения, чтобы на более ранних стадиях выявлять онкологические заболевания.

Руководитель исполкома Народного фронта Михаил Кузнецов представил Президенту доклад о проблемах с оказанием медицин-

ской помощи пациентам с онкологическими заболеваниями.

Постановлением Правительства предусмотрена дополнительная выплата медицинским работникам в случае выявления онкозаболевания в размере 1000 руб. В реальности выплата разбивается обычно на трёх врачей: за факт выявления — 500 руб., 250 — за направление к онкологу и 250 — за постановку на диспансерный учёт. При этом главные врачи отмечают, что требования к оформлению документов и отчётов такие, что докторам проще отказаться от этой выплаты.

Вторая проблема связана с капитальным строительством. По поручению Президента Народный фронт контролирует ход возведения и оснащения объектов с разными сроками сдачи. Несмотря на первоначальное отставание, Ярославская и Томская области уже готовят объекты к сдаче в этом году. Наибольшее беспокойство вызывает Хабаровский край — строительство онкодиспансера в Комсомольске-на-Амуре должны были завершить до 2021 г., но теперь срок сдачи — 2024 г. Также необходимо дополнительное оснащение оборудованием онкологического центра в Хабаровске.

Ещё одна проблема — это доступность специализированного питания пациентам, проходящим химиолучевую терапию. В стационаре пациенты обеспечены всем необходимым, проблемы возникают у тех, кто лечится амбулаторно.

Российского специализированного питания остро не хватает. А из-за дороговизны зарубежной продукции пациенты вынуждены покупать аналоги, такие как смеси для спортсменов, которые по лечебным качествам не соответствуют специальным медицинским.

М.Мурашко отметил, что Минздрав готов проработать проблему выплат врачам за выявление онкологических заболеваний. По вопросу о специальном питании для онкопациентов Т.Голикова рассказала, что сегодня Минпромторгом, Минсельхозом, другими заинтересованными федеральными органами, включая Минздрав, а также производителями подготовлен соответствующий план по производству лечебного питания и его компонентов. Государственная поддержка осуществляется как на уровне Минпромторга, в рамках решений, принятых Правительством, так и на уровне Министерства сельского хозяйства.

«Понятно, что производство спецпитания надо поддерживать. Нужно понимать, как и в какие сроки, что мы можем делать. И, конечно, посмотреть на размер выплат врачам. Это же ключевая вещь», — подытожил обсуждение доклада Народного фронта В.Путин.

В день проведения совещания по борьбе с онкозаболеваниями Президент РФ посетил НИИЦ детской гематологии, онкологии и иммунологии им. Дмитрия Рогачёва. В сопровождении заместителя министра здравоохранения РФ Виктора Фисенко, генерального директора детского центра Галины Новичковой и его главного врача Дмитрия Литвинова он ознакомился с работой нового корпуса — ядерной медицины.

Павел БАЛАГИН.

Перемены

# Исторический минимум заболеваемости туберкулёзом

**Всемирная организация здравоохранения опубликовала доклад, согласно которому смертность от туберкулёза в мире увеличилась в 2020-2022 гг. почти на 500 тыс. случаев из-за вызванных пандемией сбоев в здравоохранении.**

Между тем, как сообщила директор НИИЦ фтизиопульмонологии и инфекционных заболеваний, главный специалист-фтизиатр Минздрава России профессор Ирина Васильева, в России достигнуты исторические минимумы по заболеваемости туберкулёзом, а также смертности от него.

«COVID-19 внёс свои коррективы в положение с туберкулёзом во всём мире, но в Российской Федерации удалось удержать под контролем ситуацию по этому заболеванию. Российские фтизиатры с честью выдержали это испытание, и в настоящее время в стране достигнуты исторические минимумы заболеваемости туберкулёзом и смертности от него за весь период наблюдения. Таким образом, в России даже в период пандемии COVID-19 удалось сохранить положительные тенденции», — отметила И.Васильева.

Она также отметила, что достигнуть успехов в борьбе с туберкулёзом удалось благодаря высокой государственной поддержке, пациентоориентированному подходу, в том числе к профилактике заболевания, разработке и внедрению в практику новых методов его диагностики и лечения.

Дмитрий ДЕНИСОВ.

Проекты

# Санитарная авиация Ростеха спасает жизни

**Национальная служба санитарной авиации (НССА) Ростеха с момента основания помогла спасти жизни более 30 тыс. человек, в том числе 4 тыс. детей. За 10 месяцев текущего года количество эвакуированных пациентов достигло 9,9 тыс. Чаще всего транспортировка требовалась людям с инфарктами, серьёзными травмами и инсультами.**

В этом году пилоты НССА совершили 8,8 тыс. вылетов, что выше показателей всего 2022 г. на 29%. Санитарные вертолёты Ростеха приходят на помощь как в отдалённых районах со сложными природными условиями, так и в

крупных мегаполисах с интенсивным автомобильным движением.

«Национальная служба санитарной авиации — важнейший для России проект социальной направленности. Он позволяет обеспечить экстренной медицин-

ской помощью людей, живущих в труднодоступных районах, а также граждан, пострадавших в чрезвычайных происшествиях. В 2023 г. охват НССА вырос до 60 регионов страны, а авиапарк — до 59 вертолётов Ми-8 и «Ансат». С момента основания службы в больницы доставлены более 30 тыс. человек, из них 9,9 тыс. — в этом году. Это на 22% превышает показатели всего 2022 г. Отдельно отмечу, что наши вертолёты адаптированы для эвакуации самых маленьких

пациентов», — сказал генеральный директор Госкорпорации Ростех Сергей Чemezov.

Национальная служба санитарной авиации была создана в 2019 г. как единый оператор воздушной скорой помощи в рамках федерального проекта, который реализуют Минздрав, Минпромторг и Госкорпорация Ростех на основе поручения Президента России.

Владимир ЧЕРНОВ.

Криминал

# Осуждён за взятку министру

**Ленинский районный суд Ульяновска вынес приговор местному предпринимателю Сергею Куркову. Он был признан виновным в даче взятки экс-министру здравоохранения области Александру Гашкову.**

«Фигурант в июле 2022 г. передал сотруднику правительства Ульяновской области денежные средства за оказание содействия в победе в аукционе на поставку медицинского оборудования», — сообщило областное УФСБ.

Уголовное дело в отношении бизнесмена было возбуждено по ч. 5 ст. 291 УК РФ.

По данным регионального Следственного управления СКР, «осуждённый передал министру здравоохранения Ульяновской области 2 млн руб. за принятие положительного решения о признании обоснованной закупки дорогостоящего медицинского оборудования».

«В рамках национального проекта «Здравоохранение» он, в том числе через подконтрольные ему фирмы, предлагал технические задания закупок для нужд государственных учреждений здравоохранения. Министр здравоохранения области, действуя в рамках проводимых по его заявлению оперативно-розыскных мероприятий, 1 июля 2022 г. выдал денежные средства сотрудникам правоохранительных органов», — говорится в сообщении.

Суд приговорил бизнесмена к 4 годам лишения свободы с отбыванием наказания в колонии строгого режима. Также он должен выплатить штраф в размере 8 млн руб.

Юрий ДАНИЛОВ.

Подписка-2024

## Уважаемые читатели!

Оформить подписку на «Медицинскую газету» можно, воспользовавшись каталогами:

- Подписные издания**
- ✓ Официальный каталог «Почта России» на первое полугодие 2024 г.;
  - ✓ Электронный каталог «Почта России».

**Подписные индексы:**  
**ПН016** — на год  
**ПН014** — на месяц.

- ✓ Каталог периодических изданий — газеты и журналы, первое полугодие 2024 г. («Урал-Пресс»).

Юридические лица могут подписаться через отделы подписки региональных почтамтов.

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

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

Всероссийская служба имеет многолетнюю историю, хорошо сформированную структуру и огромный послужной список. На прошедшей Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Медицина катастроф – 2023» присутствовали директора территориальных центров медицины катастроф, некоторые из них выполняют свои функции уже более 25 лет и прошли через самые разные ситуации, в том числе вооружённые конфликты. Но жизнь идёт вперёд, появился целый ряд новых концептуальных положений в этой области, возникли новые вызовы, новые тренды. В отрасли все понимают, как важно обмениваться накопленным опытом, объединять усилия, чтобы в «чрезвычайную» медицину внедрялись эффективные медицинские технологии, ориентированные на сохранение здоровья и жизни человека, который попал в сложную жизненную ситуацию.

В мероприятиях, которые прошли при организационно-технической и методической поддержке Федерального центра медицины катастроф Национального медико-хирургического центра им. Н.И.Пирогова Минздрава России, приняли участие представители Армении, Белоруссии, Казахстана, Киргизии, России, Таджикистана и Китая. В рамках конференции состоялось заседание профильной комиссии Минздрава России, прошли симпозиумы, интерактивные обучающие программы и мастер-классы по организации и оказанию первой, скорой, в том числе специализированной медицинской помощи, при чрезвычайных ситуациях природного и техногенного характера. Параллельно закономерно состоялось ещё одно событие – 5-я Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием «Первая помощь – 2023».

### В условиях роста количества катастроф

ФЦМК как орган повседневного управления Всероссийской службы медицины катастроф работает в условиях ежегодного роста количества катастроф природного и техногенного характера и масштабов ущерба от них. Лучше всего об этом говорят цифры, которые привёл директор ФЦМК Михаил Замятин. За 2022-й и первое полугодие 2023 г. обеспечена координация взаимодействия органов управления, а также сил и средств ВСМК по вопросам ликвидации медико-санитарных последствий после более 3,5 тыс. чрезвычайных ситуаций (ЧС); провели автомобильным, железнодорожным и воздушным транспортом медицинскую эвакуацию 1,5 тыс. пациентов; обеспечили мониторинг оказания медицинской помощи беженцам, сформировали и направили медицинские бригады для работы в новых субъектах РФ в составе более 5 тыс. врачей и среднего медицинского персонала; провели более 229 телемедицинских консультаций.

ФЦМК обеспечивает координацию взаимодействия органов управления, подготовку, повышение квалификации и аттестацию специалистов ВСМК, разработку предложений по подготовке населения к оказанию первой помощи при чрезвычайных ситуациях. Здесь есть некоторые трудности, отметил М.Замятин. Участились случаи, когда люди устраиваются на работу в ФЦМК, но поработав 2-3 месяца, увольняются. Только в этом году приняли и уволили больше 2 тыс. человек: «Это очень серьёзная проблема. Пока по количественным показателям мы закрываем потребности, которые возникают в субъектах РФ. Но с качественными показателями есть серьёзные вопросы».

Он уточнил, что речь идёт об общих и узких специалистах, которые приезжают на работу в центр. Врач может, к примеру, иметь сертификат хирурга, но выясняется, что операция, которые необходимы, давно не делал. Либо приезжает сертифицированный травматолог, замечательный специалист по протезированию суставов, не

чувством подготовки. Но подойти непосредственно к человеку и спросить, нужна ли ему помощь, начать её оказывать – к этому, признались участники опроса, они не готовы.

И в ФЦМК пришли к решению обучать первой помощи непосредственно в местах, где наиболее вероятно может развиваться ситуация, когда она понадобится. Так, в НМХЦ им. Н.И.Пирогова выявили все места вне реанима-

шена, считает Чжан Вэнь. Она включает в себя ряд учреждений и организаций, таких как Министерство по чрезвычайным ситуациям, центры помощи, которые специализируются на спасательных и медицинских услугах.

Обучение китайских спасателей проводится в основном в форме относительно коротких учебных курсов. Отмечается множество трудностей в управлении спасателями – из-за отсутствия

система, испорченное оборудование, недостаточные мощности больниц. Да и сами специалисты, которые должны обеспечивать транспортировку пострадавших и первую помощь, оказываются в очень сложных условиях. Поэтому больница должна позаботиться о создании инфраструктуры, которая бы позволяла снизить такие опасности. «Мы разрабатываем специальные условия, меры, оборудование и решения,

### Деловые встречи

# Медицина катастроф: НОВЫЕ ВЫЗОВЫ, НОВЫЕ ТРЕНДЫ



встречавшийся с теми травмами, которые есть в службе. В центре нашли способ с этим справляться – внедрили наставничество прямо на рабочем месте в Полевом многопрофильном госпитале ФЦМК. Начинающим коллегам помогают специалисты МГМСУ им. А.И.Евдокимова, НМХЦ им. Н.И.Пирогова, госпиталя для ветеранов войн (Санкт-Петербург). Учат работать с пострадавшими, передают знания, навыки, мотивируют к развитию, помогают социально адаптироваться к новой работе в госпитале, принять госпитальную культуру, её нормы, правила и ценности.

Одной из задач Службы медицины катастроф является обучение оказанию первой помощи пациентам – эту работу Координационно-методический центр по первой помощи проводит для населения и сотрудников экстренных оперативных служб. Только в этом году провели 35 обучающих мероприятий, обучили 760 человек, среди которых не только работники медицинских организаций и сотрудников служб экстренного реагирования, но и педагоги, студенты, школьники.

«Надо формировать эту культуру среди населения, уже с детства должна быть готовность подойти к человеку, лежащему на улице, и оказать вовремя помощь», – сказал специалист. И посоветовал, что несмотря на все старания, наличие качественной учебно-методической базы, готовность оказать первую помощь очень низка среди населения и даже среди медицинских работников. Центр провёл опрос среди подготовленных в его стенах преподавателей первой помощи, и он выявил, что 86% из них не готовы оказывать такую помощь. И это при том, что вопросов к обучению у них нет, знаний хватает, большинство удовлетворено ка-

ции, вне операционных, где ожидающие посетители, пациенты падали, теряли сознание. В таких местах разместили настенные дефибрилляторы, которые позволяют оказывать помощь до прибытия бригады реаниматологов.

### Дружественный обмен

Одно из серьёзных направлений развития службы – сотрудничество и обмен опытом с коллегами из дружественных стран. За последний год заметно активизировалось взаимодействие с коллегами из КНР. В рамках нынешней конференции прошли выступления китайских коллег, а также состоялась рабочая встреча представителей ФЦМК и Шанхайской восточной больницы Университета Тунцзи (КНР).

В обоих государствах действуют системы общественного здравоохранения, и задача сторон – укреплять и развивать их. Что же касается медицинской помощи при катастрофах, то ситуации в России и Китае несколько различаются, сказал в своём выступлении представитель Китайской международной бригады скорой медицинской помощи (Шанхай) Чжан Вэнь. Из проведённого им сравнительного анализа следует, что в КНР, несмотря на то что система экстренного спасения стремительно развивается в последние годы, всё ещё существует большое отставание от международного уровня. Россия, будучи очень развитой страной в области чрезвычайной помощи, построила систему экстренного спасения, у которой есть чему поучиться, сказал он.

Система в Китае включает 120 центров экстренной медицинской помощи, пожарно-спасательные бригады, отряды добровольцев. Структура российской системы помощи при ЧС более совер-

профессиональной системы и низкого качества менеджеров. В России обучение более длительное и непрерывное, способное обеспечить высокое качество и навыки работы, а управление аварийно-спасательным персоналом поставлено более чётко и профессионально.

Есть разница и в оснащении служб. Несмотря на то, что КНР продолжает увеличивать инвестиции в технологические исследования и закупку оборудования, там всё ещё сталкиваются с проблемами в его использовании, есть трудности и в обучении персонала новым технологиям. Российские коллеги, опираясь на сильную поддержку страны и постоянные усилия профессиональной команды, занимают лидирующие позиции в области аварийно-спасательного оборудования, такого как роботизированные руки, лёгкие спасательные машины, альпинистские канаты и т.д.

Навыки преодоления возникающих в работе трудностей также сильнее у россиян, а уровень квалификации китайского аварийно-спасательного персонала относительно низок и страдает изъяснимостью, особенно это касается использования оборудования.

Хотя разрыв в этой области между двумя странами ещё существует, с постоянным совершенствованием технологий и управления китайская система аварийного спасения постепенно станет более зрелой и профессиональной, выразил надежду Чжан Вэнь.

«Устойчивая больница» – понятие пока ещё малознакомое в России. Оно подразумевает развитие, основанное на учёте рисков и возможных опасностей, готовности реагировать и восстанавливаться. В конечном итоге это приводит к тому, что в условиях кризисов такие больницы сохраняют функциональность и предоставляют качественные и непрерывные услуги, критически важные, спасающие жизни, при этом никто не остаётся без внимания.

В Шанхае такой проект уже реализовали на базе Шанхайской восточной больницы Университета Тунцзи. Как рассказал её почётный директор, директор Инженерного института медицины катастроф Университета Тунцзи, главный управляющий Китайской международной бригады скорой медицинской помощи Чжунминь Лю, там создали систему, которая позволяет обычную больницу быстро трансформировать в больницу для экстренных ситуаций.

Ч.Лю напомнил, что при возникновении чрезвычайных ситуаций медицинские учреждения, а часто и весь город, встречаются с такими вызовами, как пострадавшие люди, разрушенная транспортная

для того чтобы в случае возникновения экстренной ситуации иметь возможность системно ей противостоять и продолжать стабильно работать. Мы создаём систему, которая также обеспечивает образование специалистов и подготовку кадров, способных работать в условиях экстренной ситуации», – рассказал он.

### Цифровой ассистент

Есть намерение расширить применение искусственного интеллекта в медицине катастроф. По словам заместителя руководителя Центра управления в кризисных ситуациях ФЦМК Константина Масленникова, при организации работ по ликвидации ЧС есть несколько точек роста, где ИИ мог бы стать хорошим подспорьем. Например, при маршрутизации пострадавших эвакуируют сразу на максимальный уровень медицинской организации, что при ЧС не всегда целесообразно. ИИ мог бы создавать схемы маршрутизации пострадавших в ЧС, идеально подходящие под конкретные условия.

Или разработка алгоритмов ликвидации последствий ЧС – система поддержки принятия решений быстро могла бы подсказать руководителю, какие шаги следует предпринять в данных условиях. А когда возникает необходимость оперативно и достоверно прогнозировать развитие медико-санитарных последствий ЧС, осуществлять постоянный мониторинг состояния здоровья членов спасательных и медицинских формирований, применение умных устройств могло бы тут помочь.

В центре управления в кризисных ситуациях провели исследование на эту тему и по его результатам подготовили паспорт проекта «Цифровой ассистент службы медицины катастроф». Разработка позволит оперативно оценивать характер, условия и масштаб ЧС, принимать наиболее оптимальные управленческие решения, выстраивать алгоритмы реагирования на ЧС в динамически меняющихся условиях и планы медико-санитарного обеспечения под каждый субъект РФ. Всё это повысит эффективность работы службы.

К.Масленников сообщил, что по итогам исследования направили обращения в ООО «СберМедИИ» и ООО «Яндекс» о взаимодействии в области ИИ и машинного обучения с предложением создать совместную экспертную группу, определить ключевые направления работы и поэтапный план развития и применения технологий ИИ в деятельности медицины катастроф.

Римма ШЕВЧЕНКО,  
корр. «МГ».

**Начнём с того, что найти актуальную – за 2022 г. – официальную российскую статистику распространённости врождённых пороков сердца (ВПС) не представляется возможным.**

Единственное, что удалось отыскать на просторах интернета – утверждение, будто ежегодно в России рождается более 20 тыс. детей с врождёнными пороками сердца и что по сравнению со статистикой 10-летней давности частота обнаружения ВПС у новорождённых возросла с 6 до 9 случаев на каждые 1000 родившихся младенцев, что связано с улучшением ранней диагностики. Такая информация размещена на сайте одного из столичных федеральных медицинских центров. А в специализированном российском журнале автор научной статьи пишет, что среднегодовое количество рождений детей с ВПС, даже если кто-то на это рассчитывал.

Таким образом, следует признать: внедрение системы пренатальной ультразвуковой диагностики врождённых пороков развития в РФ преумножило частоту выявлений аномалий развития сердца и крупных сосудов у плода, но не снизило и не могло снизить количество рождений детей с ВПС, даже если кто-то на это рассчитывал.

Более того, нередко о наличии у ребёнка порока сердца становится известно только после его рождения. И здесь не важно, является ли это обстоятельство результатом дефектов в системе пренатальной диагностики или следствием безответственного поведения будущей мамы. Важно другое: сама по себе дородовая УЗ-диагностика – лишь инструмент для возможной, но не стопроцентно обязательной своевременной диагностики аномалии развития плода. А выживаемость детей с врождёнными пороками сердца, как и прежде, зависит от мастерства хирургов.

Об этом же косвенно свидетельствуют цифры, на которые ссылаются авторы отечественных клинических рекомендаций по оказанию медицинской помощи детям с врождёнными пороками сердца. Документ был утверждён Союзом педиатров России в 2015 г. и также не имеет данных российской статистики. В разделе «Эпидемиология» приводится информация о распространённости врождённых пороков сердца в США, Европе и странах Азии, где их частота колеблется в диапазоне от 2 до 8 случаев на 1000 живорождённых.

Здесь же сказано, что лишь 20% нехромосомных и 40% сложных нехромосомных врождённых пороков сердца диагностируются пренатально, а прерывается в связи с выявленной аномалией плода 5,6% беременностей при первой группе пороков и от 32 до 0% в зависимости от страны при второй группе ВПС.

Одним словом, работы у детских кардиохирургов в обозримом будущем меньше не станет. Судя по тому, что статистика ВПС «имеет тенденцию роста», потребность в мастерстве хирургов будет только увеличиваться.

### Редкий плюс уникальный

Буквально несколько месяцев назад мы рассказывали о том, как специалисты Национального медицинского исследовательского центра им. Е.Н.Мешалкина успешно справились с очень редким врождённым пороком сердца – аномальным отхождением левой подключичной артерии от ствола лёгочной артерии, – выполнив хирургическое восстановление кровотока с использованием надключичного доступа. Пациенткой хирургов тогда стала девочка в возрасте 1 год 7 месяцев, её состояние было весьма серьёзным: аномальный кровоток

провоцировал одышку, временные нарушения зрения и слуха, частые обмороки, заметное отставание в физическом развитии.

Порок настолько редкий, что за последние 50 лет в практике этого кардиохирургического учреждения не было пациентов с данным диагнозом.

– С точки зрения хирургии, это была несложная операция, но аномалия поистине уникаль-

жизни миновала, ребёнка направили на реабилитацию в регион проживания.

### Опыт против страха

Очевидно, что для системы здравоохранения и для пациентов организации сети высокопоточных и высокотехнологичных центров сердечно-сосудистой хирургии была абсолютно правиль-

Другое дело – редкий сложный порок и экстренная ситуация, когда времени на раздумья нет вообще. В этих случаях на помощь приходит вся предшествующая практика клиники.

– Именно так было в последнем случае. В принципе, хирургический опыт при транспозиции сосудов в нашем центре очень большой, поэтому пересадка коронарных артерий сама по себе

как можно раньше, желательнее – как только аномалия обнаружена. Эксперт поясняет: если данный порок сердца развивается по детскому типу, то, чем раньше выполняется хирургическая коррекция, тем лучше прогноз. Чем старше ребёнок, тем более выражена у него ишемия миокарда и восстановить нарушенную функцию либо трудно, либо уже невозможно.

### Проблемы и решения

# Очередной, но не последний

## Врождённые пороки сердца – неизбежная данность медицины?



И.Сойнов во время операции

ная, – прокомментировал тогда сердечно-сосудистый хирург отделения врождённых пороков сердца НМИЦ им. Е.Н.Мешалкина кандидат медицинских наук Илья Сойнов, который оперировал пациентку.

И вот очередной редкий (3-5 случаев на 100 тыс. новорождённых) врождённый порок сердца в практике врачей центра им. Е.Н.Мешалкина – на этот раз у ребёнка выявлено отхождение левой коронарной артерии не от аорты, а от лёгочной артерии (синдром Бланда – Уайта – Гарланда). Пятилетняя девочка была экстренно госпитализирована в новосибирский федеральный кардиоцентр из соседнего региона по поводу врождённой коронарной недостаточности с высокой вероятностью развития инфаркта миокарда. 90% детей с таким пороком погибают в течение первого года жизни.

Комментируя ситуацию, И.Сойнов пояснил, что на момент поступления в стационар у маленькой пациентки сократительная способность левого желудочка сердца была снижена до 8%, а его объём достигал 130 мл, как у взрослого человека. Предварительный диагноз подтвердили по результатам КТ. Необходимость экстренной реконструктивной операции была очевидной.

– Уже на этапе планирования операции стало ясно, что собственной длины коронарной артерии не хватает для его пересадки в правильную позицию по отношению к аорте. Для решения задачи циркулярно выкроили участок ствола лёгочной артерии вместе с неправильно расположенной левой коронарной артерией и, сшив его стенки, сформировали трубочку, которую соединили с аортой, – рассказал хирург.

Выбранная тактика оказалась верной, в течение месяца после операции произошло увеличение сократительной способности и уменьшение объёма левого желудочка. После того, как угроза

ним решением. Благодаря чётко выстроенной маршрутизации дети с врождёнными пороками сердца оказываются именно в тех клиниках, где только и возможно оказание им адекватной помощи по коррекции ВПС. Особенно важно «точное попадание» пациента в умелые руки специалистов при эксклюзивных пороках развития. Но вот вопрос, рады ли сами кардиохирурги такому экстремальному опыту, ведь на них ложится огромная ответственность: бывает, что в федеральный центр сердечно-сосудистой хирургии направляют пациентов, которым не смогли или не рискнули помочь в других профильных учреждениях региона?

– Если говорить о центре им. Е.Н.Мешалкина, здесь, как и в ряде других ведущих кардиоцентров страны, занимаются коррекцией всего спектра врождённых пороков сердца, и хорошо, что врачи в регионах знают наши возможности, это позволяет им правильно сориентироваться. По поводу особой ответственности и более высоких профессиональных рисков у специалистов федеральных клиник скажу так: на самом деле я очень рад, что имею возможность получить опыт лечения врождённых пороков сердца, в том числе очень редких. Для хирурга крайне важно развиваться. Моя клиническая практика складывается так, что, я думаю, мне удалось «познакомиться» уже со всеми возможными типами ВПС, – отвечает И.Сойнов корреспонденту «МГ».

Как пояснил эксперт, обычно решение о том, каким именно должно быть хирургическое вмешательство при врождённом пороке у конкретного пациента, принимается по итогам совместного обсуждения кардиологами и кардиохирургами. Если патология и клиническая ситуация не критические, можно взять день-два на то, чтобы подумать и поднять всю литературу по таким случаям. В конце концов есть возможность напечатать пластиковую 3D-модель сердца пациента и поэкспериментировать на ней.

не ставит нас в тупик. Ни страха, ни ошеломлённости не возникает при встрече с таким пороком. Мы в любом случае знаем, что нужно делать, – говорит И.Сойнов.

### Невидящий ультразвук

Наконец, самый сложный в этическом смысле вопрос: в случае с синдромом Бланда – Уайта – Гарланда был ли врождённый порок диагностирован внутриутробно, и если да, то почему врачи, наблюдая девочку по месту жительства, и её родители дождались критической ситуации?

– Дело в том, что пренатальная УЗ-диагностика именно таких ВПС, как аномальное отхождение коронарных артерий и подключичной артерии, всегда затруднительна. Такие аномалии, конечно, визуализируются, но риск ошибки диагноста очень велик. Что уж говорить, если даже более распространённый врождённый порок – коарктация аорты – имеет, по данным мировой литературы, 50% ошибочных – ложно-положительных или ложно-отрицательных – случаев диагностики до рождения ребёнка! А отхождение коронарных артерий трудно правильно оценить даже после рождения: диаметр сосудов всего 1-2 мм, а чтобы определить их отхождение, нужно вывести правильно датчик и иметь «насмотренность» на подобные пороки. Однозначно решающее значение здесь имеют квалификация УЗ-специалиста и его опыт, – убеждён кардиохирург НМИЦ им. Е.Н.Мешалкина.

Кроме того, по словам И.Сойнова, на точности пренатальной диагностики сказываются и объективные факторы: затрудняющее визуализацию положение плода, многоводие, а также многоплодная беременность.

Аномальное отхождение левой коронарной артерии нельзя назвать пороком, который несовместим с жизнью, тем не менее необходимо оперировать ребёнка

– Есть также 10% случаев, когда данный врождённый порок приобретает «взрослый тип», то есть организм сам налаживает коллатеральное кровообращение миокарда от противоположной коронарной артерии и за счёт этой сети дополнительных сосудов порок компенсируется, позволяя человеку дожить до взрослого возраста, правда, с полной клинической картиной ишемической болезни сердца. Два года назад мы успешно прооперировали 20-летнюю пациентку с аномальным отхождением левой коронарной артерии, которое было компенсировано как раз за счёт коллатерального кровообращения. Но это редкий случай, лишь у одного из десяти больных с таким ВПС организм сам находит подобное решение, – предупреждает И.Сойнов.

Доктор добавляет, что у 5-месячной девочки, которую в центр им. Е.Н.Мешалкина привезли на «скорой» с очень тревожным значением конечного диастолического объёма левого желудочка, не было никакой надежды на подобное развитие событий. Коллатеральное кровообращение у неё не успело бы сформироваться, шансов на выживание без операции не оставалось.

– Для спасения жизни таких детей нужно повышать квалификацию УЗ-диагностов, чтобы они могли на ранних этапах заподозрить и выявить порок сердца. Пациентов с аномальным отхождением левой коронарной артерии к нам в клинику попадает не больше одного-двоих в год, а бывают годы, когда вообще ни одного. О чём это говорит? С одной стороны, о том, что порок действительно редкий. Но, с другой – о том, что, возможно, не доехал к нам этот ребёнок... – делает печальное предположение И.Сойнов.

Елена БУШ,  
обозреватель «МГ».

**Подписка на «МГ»  
через редакцию всегда дешевле**

К сожалению, услуги почты, полиграфии, хозяйственные расходы возрастают. И как бы ни хотелось сделать газету более доступной – это непросто, но мы стараемся.

Оставить заявку на оформление подписки можно по следующим адресам электронной почты:  
**mg.podpiska@mail.ru,  
mg.podpiska@mail.ru**

Контакты издательского отдела «МГ»:  
**8 (495) 608-85-44, 8 (916) 271-08-13.**

## Перейти Рубикон

Ещё недавно многим казалось, что одолеть коронавирус с его страшными фатальными исходами и осложнениями практически невозможно. По некоторым данным, жертвами беспрецедентной в истории человечества пандемии в мире стали более 20 млн человек. Однако мудрый царь Соломон настаивал: «Всё проходит. Это тоже пройдёт». Пандемия закончилась. Вот уже полгода, как ВОЗ объявила, что COVID-19 больше не имеет статуса чрезвычайной ситуации в области здравоохранения. Правда, это вовсе не означает, что ковид перестал представлять угрозу для здоровья людей, он по-прежнему убивает и продолжает мутировать. А люди как жили издревле в соседстве с коронавирусом, так и продолжают. И будут.

Эта сложная, многоуровневая инфекция привлекает внимание к важности исследований, совместной деятельности учёных, врачей, подразумевает поддержку государства. В работе одного из совещаний по коронавирусной инфекции, которое во время пандемии проводил Президент РФ Владимир Путин, участвовали российские учёные, среди них был и А.Чучалин. Он всегда находится на медицинской передовой и точно знает, как нужно действовать. Таково свойство истинного исследователя – не останавливаться, постоянно находиться в поиске. Общение с первым лицом государства показало, сколь актуально и нестандартно мыслит академик. Президент страны прислушался к Александру Григорьевичу, который в своём, прямо скажем, особенном выступлении рассказывал о методах диагностики и лечения ковида, уже давно открытых отечественными учёными, дал прогноз развития событий. Отметил, что в стране ситуация драматизируется до перегибов и путь для борьбы с пандемией выбран, мягко говоря, не совсем такой, как надо.

При этом имеются методы лечения, которые действительно помогают, особенно в критических для жизни и здоровья ситуациях. Стоит обратиться к классическим работам предшественников – Нобелевских лауреатов Петра Капицы и его ученика Льва Ландау, которые описали физико-химические свойства медицинских газов, таких как гелий, оксид азота, кислород, водород и т.д. Российский и советский физик, заслуженный деятель науки РФ Лев Блюменфельд ещё в 1957 г. заложил основы применения оксида азота в медицине. Кстати, первые исследования по применению молекулярного водорода также проведены в нашей стране. Знаменитый физик академик АН СССР Яков Зельдович тоже создавал фундаментальную основу применения газов в медицинских целях. Благодаря уникальной научной кооперации отечественных физической и медицинской школ в России впервые в мире разработаны и внедрены мобильные высокотехнологичные, в том числе безбаллонные, генераторы медицинских газов, не имеющие международных аналогов.

Наши учёные, инженеры, врачи, биологи поныне продолжают скрупулёзно заниматься разработкой инновационных терапевтических технологий. А.Чучалин свыше четверти века лично разрабатывает тему применения медицинских газов в клинической практике, являясь пионером применения оксида азота. Экспериментальные методики с успехом были востребованы при лечении пациентов с коронавирусной инфекцией. Практика показала, что газовые смеси дают стопроцентную выживаемость после цитокинового шторма, снимают спазм сосудов, эффективны в борьбе с тромбами в капиллярах, убирают симптомы постковидного синдрома.

Новые методы дыхательной терапии с применением медицинских газов успешно исполь-



А. Чучалин

детской смертности, положительное влияние на репродуктивное здоровье населения, повышение эффективности медицинской реабилитации пациентов, в том числе с постковидным синдромом, а также ранениями, контузиями, увечьями, полученными в ходе боевых действий. Главный результат новаторских подходов – более скорое восстановление и зримое улучшение качества лечения и жизни.

## Спасающие технологии

Объективности ради отметим, что преувеличением было бы утверждать, дескать, применение газов в клиническую практику – безусловный приоритет нашей страны. Ещё в 1998 г. американ-

ментальной физики Госкорпорации «Росатом» (город Саров), сопresident конгресса Виктор Селемир познакомил с современными инженерными решениями создания оригинального отечественного генератора оксида азота. В последнее время большинство аппаратов, которые используются в стране, разработаны и произведены в России. Один из них, созданный в ГК «Росатом», является единственным в мире, позволяющим получать непосредственно у постели больного чистейшую фракцию оксида азота. Он используется для лечения травм грудной клетки, баротравм, ушибов лёгких. Госкорпорация уже получила заказы из Мексики, Индии, стран арабского региона на приобретение такого оборудования. Необходимо отметить также

Приветствие форуму направил министр здравоохранения Михаил Мурашко: «Применение различных газов в медицинских целях является результатом комплексных фундаментальных исследований. При этом диапазон их использования постоянно расширяется. Газы и смеси обладают определённым потенциалом применения при заболеваниях и состояниях, патогенетически связанных с окислительными процессами и заслуживают пристального внимания специалистов различных областей».

Президент РАН Геннадий Красников в своём обращении также заметил: «Конгресс стал результатом удивительной синергии фундаментальной и медицинской наук. Это тем более важно сегодня, когда новые прорывные методы лечения и реабилитации так необходимы пострадавшим в СВО воинам и гражданскому населению. История этой уникальной методики связана с именами величайших российских физиков. Она убеждает, что выдающиеся научные открытия не имеют срока давности. Фундаментальные исследования кислорода, гелия и водорода нашли применение в клинической медицине. Появился новый термин «медицинские газы». Конгресс проводится при широком участии учёных фундаментальных наук – биологов, биофизиков, биохимиков – и учёных-клиницистов. Именно такой комплексный подход «от теории к практике» может и должен обеспечить прогресс данного направления медицинской науки».

По мнению директора Национального медицинского исследовательского центра профилактической медицины и терапии, главного специалиста по терапии и общей врачебной практике Минздрава России, академика РАН Оксаны Драпкиной, «сегодня вершится история, история внедрения абсолютно нового метода лечения. И эту историю в очередной раз делает академик А.Чучалин, в руках которого идея находит применение в клинической практике. Этой идеей он воодушевил терапевтов, профилактиков. Сейчас на базе нашего центра проходят клинические исследования по лечению с использованием аппаратов по доставке атомарного и молекулярного водорода. Вскоре будут получены первые результаты, которые станут доступны медицинской общественности».

Главный специалист по медицинской реабилитации Минздрава России, заведующая кафедрой медицинской реабилитации РНИМУ им. Н.И.Пирогова, доктор медицинских наук Галина Иванова поделилась собственными рассуждениями о применении оксида азота в программах медицинской реабилитации. Оксид азота – активно действующее вещество, важный, активный экологический агент, который определяет функционирование многих тканей организма. Поскольку это совсем новое направление, пока не имеется большого количества исследований, чётких доказательных данных. Поиск новых аспектов применения газов в медицинской реабилитации остаётся актуальным. Потенциальное воздействие оксида азота на организм человека заключается во влиянии на иммунную, сердечно-сосудистую, периферическую нервную систему, урогенитальный тракт и т.д. Основной вопрос сегодня – дозировки и индивидуальная чувствительность.

Генеральный директор Национального медицинского исследовательского центра им. В.А.Алмазова (Санкт-Петербург), президент Российского кардиологического общества, академик РАН Евгений Шляхто обратил внимание коллег на применение технологий газообразного оксида азота в кардиологии. Директор Института физико-химических основ функционирования сетей нейронов искусственного интел-

## Современные технологии

## Умные газы

Врачи, учёные и практики смежных специальностей акцентировали внимание на естественных факторах укрепления здоровья

В жизни врачебного сообщества страны состоялось одно из главных событий года – XXXIII Национальный конгресс по болезням органов дыхания. Шаг за шагом авторитетный форум, созданный усилиями пульмонолога с мировым именем, заведующего кафедрой госпитальной терапии педиатрического факультета Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И.Пирогова, президента Российского респираторного общества, академика РАН Александра Чучалина, успешно развивается и привлекает внимание пульмонологов, представителей смежных специальностей со всей страны, а также зарубежья. Доказательством служит, в частности, то, что в рамках общего сбора состоялся I Российский конгресс с международным участием «Инновационные технологии применения медицинских газов в современной клинической практике», посвящённый 300-летию

Российской академии наук. Таким образом, прошёл конгресс в конгрессе, который длился 2 дня и очно либо дистанционно объединил свыше 1,5 тыс. слушателей.

За полгода до знакового события по инициативе президента конгресса А.Чучалина создана межведомственная экспертная группа, объединившая ведущих специалистов в различных областях медицины. Идея была поддержана Министерством здравоохранения РФ и Государственной корпорацией по атомной энергии «Росатом». Основной целью стала выработка национальной стратегии по применению медицинских газов по опыту ведущих научных и клинических центров страны.

Смело можно утверждать, что новый формат – это очередной Рубикон, пройденный академиком РАН А.Чучалиным вместе с многолетней командой сподвижников. Первый, определяющий шаг сделан. Что впереди?

зуются при нарушениях функций лёгких, кислородном голодании, реабилитации после ишемического инсульта. Многолетний опыт накоплен в акушерстве, гинекологии, неонатологии, урологии, кардиологии, кардиохирургии, неврологии, онкологии, трансплантологии, других областях медицины. Доступность, хорошая переносимость, отсутствие лекарственных побочных эффектов объясняют высокую приверженность пациентов лечению медицинскими газами.

Сегодня данная практика распространяется. Ожидаемыми эффектами широкого внедрения медицинских газов в клиническую практику являются снижение инвалидизации и смертности от социально значимых заболеваний,

ские фармакологи Ферид Мурад и Луис Игнаро и биохимик Роберт Ферчготт стали лауреатами Нобелевской премии по физиологии и медицине за открытие роли оксида азота как сигнальной молекулы в регуляции сердечно-сосудистой системы. Об этом коллег проинформировал доктор биологических наук профессор Анатолий Ванин (Институт химической физики им. Н.Н.Семёнова РАН). И сегодня за рубежом, прежде всего в США, ведутся исследования в данной области.

Однако по многим направлениям наша страна удерживает пальму первенства. Заместитель научного руководителя Российского федерального ядерного центра – Всероссийского научно-исследовательского института экспери-

прогрессивное решение физиков и инженеров по созданию уникального прибора, объединяющего свойства оксида азота и водорода. Это первая установка в мире, где осуществляется комбинированная подача газов в организм человека. Всё это, бесспорно, свидетельство блестящих мыслей наших учёных.

Насыщенная программа конгресса включала в себя широкий обмен опытом специалистов. В заседаниях приняли участие академики и члены-корреспонденты РАН, главные специалисты Минздрава и Департамента здравоохранения Москвы, представители ведущих медицинских центров страны. Проведено 4 пленарных, 3 секционных заседания, более 25 научных докладов, 2 «круглых стола».



Во время проведения «круглого стола»

лекта МГУ им. М.В.Ломоносова член-корреспондент РАН Сергей Варфоломеев – на биологические эффекты терапии водородом.

### У истока жизни

Применение медицинских газов – это сотни спасённых жизней, прежде всего новых. С точки зрения А.Чучалина, необходимо совершенствовать технологии максимально быстрой подачи оксида азота новорождённым с проблемами здоровья.

Президент Российской ассоциации специалистов перинатальной медицины академик РАН Николай Володин подчеркнул, что неонатологи стоят у истоков жизни человека, когда важно заложить прочные основы здоровья. Оксид азота – NO – молекула XXI века. Учёный проинформировал об опыте внедрения монооксида азота в практику российской неонатологии и о процессах импортозамещения. Обратил внимание на то, что имеется острая необходимость скорейшего ввода порядков оказания помощи новорождённым детям, ведь последний был утверждён Минздравом России в 2012 г. При наличии нового порядка проще внедрять свежие технологии.



Общение у одного из стендов выставки

Как отметила декан педиатрического факультета РНИМУ им. Н.И.Пирогова, доктор медицинских наук, профессор Лидия Ильенко, конгресс чрезвычайно важен для специалистов, которые занимаются проблемами перинатальной медицины, неонатологии.

«Однако возникает вопрос о скорости внедрения новых технологий, что зависит от каждого из нас и общества в целом. Для этого необходимо создать условия, разработать нормативно-правовую базу. Требуется и смелость. Неонатологи, анестезиологи-реаниматологи являются бойцами. Когда видят перед собой тяжёлых детей, первая мысль – как помочь. В последние годы очень многие нуждаются в специализированной помощи. Если 25-30 лет назад абсолютно нормальное течение беременности и родов было примерно у 85% женщин, то сейчас только у 15-17%. Появилась новая категория, которой необходимо пристальное внимание, – дети, появившиеся на свет при повторных операциях кесарева сечения. Многократно прооперированная матка не в состоянии обеспечить адекватного кровотока, и, естественно, малыши рождаются с существенными изменениями, в первую очередь лёгочной ткани. Поэтому надо активно внедрять в практику новое. Правда, администрация часто бывает осторожна, на что у неё свои резоны. Бесспорно, стандарты необходимо соблюдать, но при этом важна индивидуализация, персонализированный подход. За полвека своей работы я не встречала ни двух одинаковых здоровых, ни двух одинаковых больных», – подчеркнула Л.Ильенко.

В свою очередь директор НИИ урологии и интервенционной радиологии им. Н.А.Лопаткина член-корреспондент РАН Олег Аполихин также отметил, что некоторые проблемы мужского здоровья успешно решаются с помощью оксида азота.

### Что впереди?

Думается, мы не погрешим против истины, утверждая, что интерес к применению медицинских газов в клинической практике неуклонно возрастает. Опыт анестезиологов-реаниматологов показывает, что это позволяет снимать пациента с аппаратного дыхания. Гелий и оксид азота помогают спортсменам достигать физической натренированности, высоких показателей на Олимпийских играх.

И тем не менее это направление всё ещё остаётся достаточно новым, terra incognita. Но совершенно очевидно, что в будущем палитра применения газов только расширится. На одном из «круглых столов» А.Чучалин представил своё видение терапии медицинскими газами в грядущих десятилетиях. Например, уже имеется договорённость с Центральным научно-исследовательским институтом туберкулёза о применении оксида азота при тяжёлых формах туберкулёза. Незаменимы медицинские газы будут в условиях старения человечества. Продолжаются работы по созданию усовершенствованных приборов доставки газов с учётом их безопасности и эффективности. В 2024 г. предполагается выпуск военно-полевой модели аппарата

### Наши интервью

# Старые проблемы с новым программным решением

**В июле этого года была утверждена федеральная целевая программа «Борьба с сахарным диабетом», реализуемая во всех субъектах Российской Федерации, в том числе и в Ставропольском крае. За подробностями корреспондент «МГ» обратился к главному эндокринологу Ставропольского края, главному врачу Ставропольского краевого эндокринологического диспансера, кандидату медицинских наук, заслуженному врачу РФ Елене СЛАВИЦКОЙ.**

– В рамках этой программы в регионе уже создано семь межрайонных эндокринологических центров, 27 школ сахарного диабета в медицинских организациях городов и районов края. Проводятся образовательные мероприятия для повышения квалификации медицинских работников первичного звена.

Сейчас прорабатываются вопросы укомплектования квалифицированными эндокринологами и медицинскими сёстрами для ведения школ диабета. В помощь сельским жителям запланировано оснащение центральных районных больниц оборудованием для исследования гликированного гемоглобина. С 2024 г. детей, больных СД, будут обеспечивать системами непрерывного мониторинга глюкозы за счёт субсидий федерального бюджета в целях финансирования расходных обязательств субъектов РФ. А это в свою очередь позволит высвободить средства краевого бюджета для закупки взрослых пациентам инновационных препаратов и так необходимых средств самоконтроля.

В рамках программы уже проводятся мероприятия, которые позволяют отслеживать качество оказания медицинской помощи пациентам. На основе ведения государственного регистра пациентов с СД ведётся эпидемиологический мониторинг заболеваемости и смертности, распространённости сахарного диабета. Обязательным разделом программы является разработка и внедрение в медицинских организациях протоколов ведения пациентов. Но, пожалуй, самый большой и важный раздел – это обучение в школах пациентов с СД по структурированным программам. Каждый пациент должен в обязательном порядке пройти обучение; дети – ежегодно, взрослые пациенты – один раз в три года. И систематический анализ ведения государственного регистра СД врачами позволит наилучшим образом отслеживать не только показатели здоровья больных, но и их обеспеченность в лекарствах, самоконтроле. Программа рассчитана до 2030 г., её основная цель – увеличение продолжительности жизни пациентов с СД, снижение диабетических осложнений и снижение смертности от него.

– Елена Семёновна, всё это принесёт вышеназванная программа. Означает ли это, что прежние программы попросту не работали?

– Не совсем так. Здесь требуется немного истории. Федеральная программа по борьбе с диабетом была практически одной из первых национальных федеральных целевых программ вообще российского здравоохранения, она стартовала в 1996 г. по инициативе директора федерального Эндокринологического научного центра академика РАН Ивана Дедова. До двухтысяч-



ных годов структурированные программы оказания помощи больным с диабетом практически отсутствовали. Тогда не было качественных инсулинов, отсутствовали средства самоконтроля, хирургические кабинеты для пациентов с диабетической стопой. Не проводились также в нужном объёме операции лазерофотокоагуляции для сохранения органа зрения. Первая целевая программа, которая так же называлась «Борьба с сахарным диабетом», активно работала с 1996 по 2012 г. Благодаря ей в крае на базе диспансера был создан диабетологический центр, в структуре которого и сейчас работают кабинеты «диабетическая стопа», офтальмологический кабинет с лазерной операционной, школы диабета. Не только в нашем крае, но и по всей стране действительно была создана диабетологическая служба для помощи пациентам, принёсшая, безусловно, свои плоды. Увеличилось продолжительность жизни больных за этот период практически на 5 и даже 7 лет. Но с 2012 г. программы не стало, соответственно, прекратились и федеральные вложения в эту часть отрасли. И стала очевидна необходимость создания следующей целевой программы, позволяющей на более качественном уровне оказывать помощь пациентам.

– Межрайонные центры и школы диабета были созданы ранее или после утверждения программы в июле?

– Согласно федеральному приказу № 104н «Об оказании помощи больным сахарным диабетом», ранее созданные диабетологические центры на базе медицинских организаций в субъектах Российской Федерации сейчас реорганизованы в межрайонные центры. У нас в крае в структуре созданных семи межрайонных центров должны функционировать не только кабинеты эндокринологов, но и кабинеты для помощи пациентам с «диабетической стопой», в обязательном порядке – школы диабета. Такие школы у нас в организациях, где есть эндокринологи, работали всегда, но эта работа была отчасти больше похожа на санитарно-просветительскую работу и несистемное обучение. Конечно, доктора освещали основные вопросы о заболевании, самоконтроле, лечении. Но это не были структурированные программы по методическим руководствам. Также, согласно приказу 104н в субъектах РФ создаются и региональные эндокринологические центры. В нашем крае роль регионального центра выполняет Краевой эндокринологический диспансер, который является методическим центром для всей службы. Диспансер полностью

оснащён всем необходимым, в его структуре функционирует и кабинет «диабет-стопа» и кабинет офтальмолога с лазерной фотокоагуляцией, постоянно действующая школа для пациентов с СД, отделение функциональной диагностики, дневной стационар и т.д.

Сегодня школам для пациентов с СД предъявляются другие требования. В частности, занятия проводятся в группах по 8-10 человек по различным программам, в зависимости от типа СД, и с обязательным контролем в конце каждого занятия, проверкой дневников. В общем, как в настоящей школе. Обучение проводится медицинскими сёстрами и эндокринологами.

– Обязанность обучения в этих школах – это более серьёзные требования к самому процессу занятий. Не является ли это попыткой переложить часть ответственности пациентов за их здоровье на них самих?

– На самом деле, ответственность за своё заболевание и за результаты лечения должен нести в том числе и пациент. Наша обязанность – дать необходимые знания пациенту, чтобы он наилучшим образом справился с поставленными конкретно для него задачами в обычной жизни. Ему необходимо знать свой целевой уровень глюкозы и гликированного гемоглобина, понимать, как действует лекарство, уметь принимать решения по дозированию инсулина, уметь справляться с гипогликемическим состоянием. Но главным по-прежнему остаётся питание и физические нагрузки. Здесь уже полная ответственность за своё здоровье лежит на пациенте.

– Существуют ли называемые говорящие цифры статистики. Каковы они в Ставропольском крае?

– По данным Медицинского информационно-аналитического центра в крае зарегистрирована численность пациентов с СД составляет 81 140 человек, в том числе с СД-1 – 3790, СД-2 – 77 346, детей с СД-1 – 1010.

– Можно ли сказать, что свою печальную лепту в данные этой статистики внесла пандемия, когда коронавирус явился своего рода катализатором других заболеваний, сопутствующих СД?

– В период эпидемии ковида за 3 года число больных с СД, главным образом с СД-2, уменьшилось на 11 350 случаев. В основном это пациенты, имеющие тяжёлые сердечно-сосудистые заболевания. В настоящее время смертность от СД вернулась к доковидному уровню и стоит на 8-м месте в структуре всех остальных болезней. В тройке основных болезней с высокой смертностью: заболевания системы кровообращения, онкологические и болезни органов дыхания. Если принимать во внимание «географию», то заболеваемость у нас в крае неоднородна, и она превалирует в городах. Но в них значительно лучше укомплектованность врачами кадрами в отличие от сельской местности. Поэтому и программа «Борьба с сахарным диабетом» призвана улучшить качество лечения наших больных особенно в сельской местности.

Беседу вёл  
Рубен КАЗАРЯН,  
соб. корр. «МГ».

Ставропольский край.

Фото автора.

Александр ИВАНОВ,  
обозреватель «МГ».

# КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 42 (2402)

(Продолжение. Начало в № 44 от 10.11.2023.)

Рекомендуется врачам, ответственным за наблюдение ВИЧ-инфицированных, провести следующие диагностические мероприятия для принятия решения о выборе АРВП:

- определение уровня креатинина в крови (расчёт скорости клубочковой фильтрации) – при выборе TDF

- выявление аллели 5701 локуса В главного комплекса гистосовместимости человека (HLA В\*5701) – при выборе АВС

- исследование уровня общего гемоглобина и нейтрофилов в крови – при выборе ZDV, Ф-АЗТ

- исследование CD4 – при выборе EFV, NVP, RPV

- исследование уровня трансаминаз (определение активности аспартатаминотрансферазы (АСТ) и аланинаминотрансферазы (АЛТ) в крови) – при выборе АВС, NVP; EFV

- исследование уровня общего билирубина в крови и его фракций (свободного и связанного билирубина) – при выборе ATV

- исследование липидного профиля (анализ крови по оценке нарушений липидного обмена биохимический) – при выборе ИП и EFV

- выявление остеопении или её высокого риска – при выборе TDF.

См. клинические рекомендации «ВИЧ-инфекция у беременных».

Рекомендуется врачам, ответственным за наблюдение ВИЧ-инфицированных, проводить плановые лабораторные исследования ВИЧ-инфицированным при диспансерном наблюдении:

**Мониторинг прогрессирования ВИЧ-инфекции и/или эффективности АРТ:**

1. До достижения неопределяемого уровня ВН определять каждые 6 мес: исследование CD4, ИРИ по соотношению CD4/CD8, количественное определение РНК ВИЧ-1 в плазме крови методом ПЦР.

При CD4  $\geq$  350 мкл<sup>-1</sup> и ВН ниже уровня определения (<50 копий/мл) в течение последних 18 месяцев лечения и более указанные выше исследования возможно проводить 1 раз в 6 месяцев.

2. Молекулярно-генетическое исследование плазмы крови на наличие мутаций лекарственной резистентности в РНК вируса иммунодефицита человека ВИЧ-1 (Human immunodeficiency virus HIV-1) – при наличии признаков неэффективности АРТ.

**Мониторинг побочных эффектов лечения и проявлений различных осложнений:**

1. Общий (клинический) анализ крови, развёрнутый – каждые 4 мес;
2. Общий (клинический) анализ мочи – каждые 12 мес, (при наличии показаний – каждые 6 мес).

Возможно уменьшение частоты указанных выше исследований до 1 раза в 6 мес. при CD4  $\geq$  350 мкл<sup>-1</sup> и ВН ниже уровня определения (<50 копий/мл) в течение последних 18 мес. лечения, а также при исключении развития побочных эффектов применяемых лекарственных препаратов.

**Мониторинг гепатотоксичности препаратов и/или активности гепатита:**

1. Определение активности АСТ в крови каждые 4 месяца;
2. Определение активности АЛТ в крови каждые 4 месяца;

3. Исследование уровня общего билирубина в крови каждые 4 месяца;

4. Определение активности щелочной фосфатазы в крови – по показаниям.

5. Определение активности гамма-глутамилтранспептидазы в крови по показаниям.

Возможно уменьшение частоты указанных выше исследований до 1 раза в 6 мес. при CD4  $\geq$  500 мкл<sup>-1</sup> и ВН ниже уровня определения (менее 50 копий/мл) в течение последних 18 мес. лечения, а также при исключении развития побочных эффектов применяемых лекарственных препаратов.

При выявлении повышенных значений показателей одного или нескольких биохимических маркеров, частота их контроля может быть увеличена (в соответствии с клинической ситуацией).

**Мониторинг нефротоксичности препаратов и/или активности имеющейся патологии почек:**

Исследование уровня креатинина в крови с определением скорости клубочковой фильтрации (рекомендуется по формуле CKD-EPI (Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration) – каждые 4 мес.

Возможно уменьшение частоты указанных выше исследований до 1 раза в 6 месяцев

при CD4  $\geq$  500 мкл<sup>-1</sup> и ВН ниже уровня определения (менее 50 копий/мл) в течение последних 18 месяцев лечения, а также при исключении по итогам предыдущего исследования развития побочных эффектов применяемых лекарственных препаратов и при отсутствии патологии почек.

**Мониторинг состояния костной ткани и побочных эффектов лечения:**

1. Исследование уровня общего кальция в крови – каждые 12 месяцев.

2. Определение фосфатов в крови – каждые 12 месяцев.

3. Исследование уровня 1,25-ОН витамина Д в плазме крови (см. соответствующие клинические рекомендации).

**Мониторинг метаболических осложнений у пациентов, получающих АРВП:**

1. Исследования крови на содержание трансаминаз, глюкозы, креатинина, триглицеридов, триглицеридов, липидов, общего холестерина не реже 1 раза в 6 месяцев, кислотно-щелочное состояние крови – по клиническим показаниям.

**Мониторинг проявлений различных вторичных и сопутствующих заболеваний:**

1. **Диагностика туберкулёза** (см. соответствующие клинические рекомендации) – каждые 6 месяцев при отсутствии активного туберкулёза;

2. **Скрининговое обследование на гепатит В** каждые 12 месяцев (при отсутствии диагноза вирусного гепатита В):

- определение антигена (HbsAg) вируса гепатита В (Hepatitis B virus) в крови

- определение антител класса М к ядерному антигену (anti-HBc IgM) вируса гепатита В (Hepatitis B virus) в крови

- определение антител класса G к ядерному антигену (anti-HBc IgG) вируса гепатита В (Hepatitis B virus) в крови.

3. **Скрининговое обследование на гепатит С** каждые 12 месяцев (при отсутствии диагноза вирусного гепатита С):

- определение суммарных антител классов М и G (anti-HCV IgG и anti-HCV IgM) к вирусу гепатита С (Hepatitis – C virus) в крови).

В случае выявления антител к хроническим вирусным гепатитам В или С требуется проведение ПЦР-исследования на НК вирусов этих заболеваний. Предпочтительно выполнение качественного, количественного исследования и генотипирование, а также выполнение дополнительных исследований в соответствии с требованиями стандартов оказания медицинской помощи и клинических рекомендаций.

В том случае, если хронический вирусный гепатит В или С был выявлен у пациента и лечение его не проведено – целесообразно ежегодно повторять анализ на антитела к хроническим вирусным гепатитам.

4. Исследование уровня альфа-фетопротеина в сыворотке крови у пациентов с циррозом печени – каждые 6 месяцев (см. соответствующие клинические рекомендации).

5. Определение антител к бледной трепонеме (T. pallidum) в крови – каждые 12 месяцев (при отсутствии дополнительных показаний).

6. Исследование уровня глюкозы в крови – каждые 12 месяцев (при отсутствии дополнительных показаний).

7. Анализ крови по оценке нарушений липидного обмена биохимический – каждые 12 мес (при отсутствии дополнительных показаний).

8. Расчёт кардиоваскулярных рисков по Фрамингемской шкале у лиц старше 40 лет – каждые 24 месяца (при отсутствии дополнительных показаний).

9. Цитологическое исследование микропрепарата цервикального канала – не реже раза в год.

При выявлении повышенных показателей одного или нескольких параметров частота их контроля может быть увеличена (в соответствии с клинической ситуацией).

**Инструментальные диагностические исследования.**

Постановка диагноза ВИЧ-инфекции не подразумевает специального инструментального обследования, но оно используется для диагностики оппортунистических заболеваний, выявление которых может повлиять на исход заболевания и тактику лечения пациента, а также для выявления факторов риска и сопутствующих заболеваний, влияющих на сроки назначения и выбор схемы АРТ.

Рекомендуется врачам, ответственным за наблюдение ВИЧ-инфицированных, проведение всем пациентам при постановке на диспансерный учёт:

- флюорография или рентгенография ОГК для диагностики туберкулёза

# ВИЧ-инфекция у взрослых

## Клинические рекомендации

- регистрация электрокардиограммы для диагностики заболеваний сердечно-сосудистой системы

- измерение артериального давления на периферических артериях для диагностики заболеваний сердечно-сосудистой системы

- ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное) для диагностики заболеваний ЖКТ

- ультразвуковое исследование почек и надпочечников для диагностики заболеваний почек и надпочечников

- расчёт кардиоваскулярных рисков по Фрамингемской шкале для оценки межлекарственных взаимодействий при совместном назначении АРТ и сопутствующей терапии по кардиологическому профилю.

Рекомендуется врачам, ответственным за наблюдение ВИЧ-инфицированных, проведение всем пациентам, находящимся на диспансерном учёте:

- флюорография или рентгенография ОГК – диагностика туберкулёза (1 раз в 6 мес при отсутствии активного туберкулёза)

- регистрация электрокардиограммы – диагностика заболеваний сердечно-сосудистой системы (1 раз в 12 мес у пациентов в возрасте старше 40 лет и/или при наличии других факторов риска)

- измерение артериального давления на периферических артериях – диагностика заболеваний сердечно-сосудистой системы (на каждом визите)

- ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное) – диагностика заболеваний органов пищеварения (раз в 12 месяцев, у пациентов с циррозом печени – раз в 6 месяцев)

- ультразвуковое исследование почек и надпочечников – диагностика заболеваний почек и надпочечников (раз в 12 месяцев).

Иные инструментальные исследования, в том числе МРТ, КТ, также могут быть проведены при необходимости дополнительной оценки состояния пациента и т.д.

**Иные диагностические исследования** Рекомендуются врачам, ответственным за наблюдение ВИЧ-инфицированных, проведение всем пациентам, находящимся на диспансерном учёте:

- выявление нейрочувствительных расстройств, признаков депрессии соответствующими методиками – для диагностики поражения ЦНС, уточнения диагноза и подбора схемы АРТ

- диагностика психического статуса

- женщинам определение репродуктивного статуса (оценка применяемых методов контрацепции; планирование беременности; вспомогательные репродуктивные технологии) – для подбора оптимальной схемы АРТ

- консультации врачей-специалистов в зависимости от клинических проявлений вторичных заболеваний (дерматовенеролог, терапевт, невролог, оториноларинголог, офтальмолог, акушер-гинеколог, онколог и другие).

По результатам иной диагностики, консультаций врачей-специалистов в ЦСПИД, осуществляющем диспансерное наблюдение и лечение пациента, должна быть предусмотрена возможность лекарственного обеспечения профилактики вторичных (оппортунистических) инфекций, проведение антиретровирусной терапии ВИЧ-инфекции по схемам, указанным в данных клинических рекомендациях, противовирусной терапии вирусных гепатитов В и С должно осуществляться на бесплатной для пациента основе, а также оказание по показаниям медицинской помощи в условиях дневного или круглосуточного стационара соответствующего профиля с предоставлением лекарственного обеспечения в соответствии с действующим законодательством.

Рекомендуется врачам, ответственным за наблюдение ВИЧ-инфицированных, провести плановые приёмы врачей-специалистов с целью оценки состояния пациента и раннего выявления сопутствующих заболеваний,

в процессе проведения АРТ с целью выявления её эффективности и безопасности, а также приверженности лечению:

- инфекциониста – через 1-2, 3 месяцев от начала АРТ; затем каждые 3 месяца до снижения ВН ниже уровня определения и CD4  $\geq$  500 мкл<sup>-1</sup>; далее каждые 6 месяцев (при CD4  $\geq$  500 мкл<sup>-1</sup> и ВН ниже уровня определения)

- офтальмолога – каждые 6 месяцев при CD4 < 100 мкл<sup>-1</sup>; каждые 12 месяцев при CD4 > 100 мкл<sup>-1</sup>

- акушера-гинеколога – при стадии 3 по РК, 2006 и CD4  $\geq$  200 мкл<sup>-1</sup> – каждые 12 месяцев; во всех остальных случаях – каждые 6 месяцев

- невролога – каждые 6 месяцев при CD4 < 200 мкл<sup>-1</sup>; каждые 12 месяцев при CD4 > 200 мкл<sup>-1</sup>

- фтизиатра – при CD4 < 350 мкл<sup>-1</sup> для повторного назначения ХП туберкулёза по индивидуальной схеме на территории с высоким распространением туберкулёза

- психиатра-нарколога (психиатра) или медицинского психолога – при наличии показаний

- дерматовенеролога – каждые 6 месяцев, независимо от уровня CD4

- терапевта – каждые 6 месяцев, независимо от уровня CD4

- стоматолога – каждые 6 месяцев, независимо от уровня CD4.

## Лечение

### Консервативное лечение

В настоящее время основным компонентом лечения пациентов с ВИЧ-инфекцией является АРТ, с помощью которой можно добиться контролируемого течения заболевания. Ранее начало АРТ позволяет достичь не только улучшения клинического прогноза заболевания, но и снижения уровня распространённости ВИЧ-инфекции в популяции.

**Целями АРТ являются:**

- увеличение продолжительности и сохранение (улучшение) качества жизни пациентов

- снижение контагиозности пациента, что приводит к значительному снижению риска передачи ВИЧ-инфекции горизонтальным и вертикальным путём

- уменьшение финансовых затрат, связанных с лечением вторичных заболеваний, нетрудоспособностью пациента.

**Основной задачей АРТ является максимальное подавление размножения ВИЧ, что сопровождается снижением содержания РНК ВИЧ в крови (ВН) до неопределяемого (методом ПЦР) уровня.**

**Принципами АРТ являются:**

- добровольность – осознанное принятие решения о начале лечения и его проведении, документированное «информированным согласием»

- своевременность – как можно более раннее начало АРТ

- непрерывность – длительное (пожизненное) соблюдение режима приёма АРВП.

Решение о начале проведения АРТ принимается:

- врачебной комиссией по назначению АРТ территориального центра СПИД
- с учётом результатов клинико-лабораторного и инструментального исследования и консультирования

- при письменном согласии пациента на лечение конкретными препаратами.

В случае передачи полномочий по лечению пациента другой медицинской организации центру по профилактике и борьбы со СПИДом осуществляет контролирующую функцию.

Рекомендуется врачам, ответственным за наблюдение ВИЧ-инфицированных, перед началом АРТ провести консультирование, то есть обсудить с пациентом вопросы, связанные с течением ВИЧ-инфекции, проведением АРТ и необходимостью строгого соблюдения рекомендаций по наблюдению и лечению, а также выявить возможные барьеры приверженности.

Консультирование необходимо проводить с начала АРТ и продолжать в процессе лечения, поддерживая приверженность терапии. После проведения консультирования подписывается информированное согласие на проведение АРТ или отказ от её проведения.

Рекомендуется врачам, ответственным за наблюдение ВИЧ-инфицированных, перед началом АРТ обсудить следующие основные вопросы:

- важность строгого соблюдения режима АРТ (временной, пищевой, водный режим, режим питания и т.д.)

- возможные побочные действия АРВП, в случае которых необходимо обратиться к врачу

- профилактика вторичных инфекций, в том числе пневмоцистной пневмонии, токсоплазмоза, микобактериоза, туберкулёза

- возможность развития синдрома восстановления иммунитета, сопровождающегося временным ухудшением клинического состояния, разъяснение, что это является показателем эффективности проводимой терапии и не является основанием для её отмены или прерывания.

Рекомендуется врачам, ответственным за наблюдение ВИЧ-инфицированных, проводить АРТ всем пациентам с ВИЧ-инфекцией.

*Начало АРТ следует рекомендовать независимо от количества CD4 и уровня ВН, т.к. применение АРТ уменьшает системное воспаление и снижает риск развития заболеваний.*

Рекомендуется врачам, ответственным за наблюдение ВИЧ-инфицированных, акушерам-гинекологам у беременных считать критерием начала АРТ лабораторное подтверждение инфицирования ВИЧ для предотвращения вертикальной передачи ВИЧ.

Не рекомендуется врачам, ответственным за наблюдение ВИЧ-инфицированных, акушерам-гинекологам при лабораторном подтверждении инфицирования ВИЧ у беременных женщин откладывать начало АРТ до получения всех уточняющих результатов обследования, особенно при выявлении инфицирования на поздних сроках гестации, для предотвращения вертикальной передачи ВИЧ.

*Согласно действующей в России классификации ВИЧ-инфекции, стадия и фаза заболевания устанавливается только на основании клинических проявлений (наличие вторичных заболеваний). Уровень ВН или CD4 не является критерием для определения клинической стадии или фазы заболевания. Эти показатели при подтверждённом инфицировании ВИЧ не влияют на необходимость проведения химиопрофилактики вертикальной передачи ВИЧ. Промедление в начале АРТ в данной ситуации ведёт к увеличению риска перинатальной трансмиссии вируса иммунодефицита человека.*

Рекомендуется врачам, ответственным за наблюдение ВИЧ-инфицированных, начать АРТ в неотложном порядке (не позднее 1 недели) в следующих случаях:

- при количестве CD4 < 200 мкл<sup>-1</sup>
- при выявлении ВИЧ-инфекции у беременной женщины на сроке гестации 13 нед и более
- при выявлении ВИЧ-инфекции у беременной женщины с CD4 < 350 мкл<sup>-1</sup> и/или ВН > 100 000 копий/мл на сроке гестации менее 13 нед.

При поступлении под наблюдение ВИЧ-инфицированной беременной на сроке гестации 28 нед и более АРТ следует начать не позднее 3 дней независимо от показаний и ВН.

Рекомендуется врачам, ответственным за наблюдение ВИЧ-инфицированных, быстрее начало АРТ (не позднее 2 нед) при наличии:

- клинических стадий 2, 4 и 5 по РК
- при количестве CD4 < 350 мкл<sup>-1</sup>
- ВН > 100 000 копий/мл
- хронического вирусного гепатита В, требующего лечения

- заболеваний, требующих длительного применения терапии, угнетающей иммунитет, неврологических заболеваний

- необходимости использования вспомогательных репродуктивных технологий
- партнёра без ВИЧ-инфекции в устойчивых серодискордантных парах.

У пациентов в возрасте старше 50 лет возможно рассмотреть начало АРТ в приоритетном порядке в связи с риском более быстрого прогрессирования заболевания.

Потенциальными преимуществами начала терапии при любой стадии острой инфекции являются:

- снижение тяжести клинических проявлений острой стадии
- понижение уровня ВН ВИЧ и сокращение размеров резервуара ВИЧ
- снижение скорости генетической эволюции вируса
- понижение уровней иммунной активации и системного воспаления
- сохранение иммунной функции и целостности лимфоидной ткани
- защита нервной системы
- предотвращение поражения лимфоидного аппарата кишечника.

Не рекомендуется врачам, ответственным за наблюдение ВИЧ-инфицированных, принимать решение об отказе в старте АРТ, ориентируясь только на уровень ВН ВИЧ.

Прогностически неблагоприятным считается уровень ВН более 100 000 копий/мл, однако даже при низких уровнях ВН заболевание может иметь прогрессирующее течение. Начало АРТ уменьшает системное воспаление и снижает уровень иммунной реактивации, минимизируя риск возникновения заболеваний.

Период между установлением диагноза ВИЧ-инфекции и началом АРТ должен быть максимально сокращён.

При готовности пациента к старту АРТ и наличии его согласия лечение может быть начато немедленно, сразу после установки диагноза, если нет клинических противопоказаний для приёма антиретровирусных препаратов.

Рекомендуется врачам, ответственным за наблюдение ВИЧ-инфицированных, отложить начало АРТ в следующих случаях:

- при тяжёлом состоянии пациента, требующем стабилизации жизненно важных функций, неотложного этиотропного лечения вторичных или сопутствующих заболеваний (туберкулёз, поражения ЦНС и т.п.), при наличии высокого риска летальных осложнений АРТ из-за развития угрожающего жизни воспалительного синдрома восстановления иммунной системы
- при наличии у ВИЧ-инфицированной женщины беременности в 1 триместре
- у «элитных контроллеров».

Рекомендуется врачам, ответственным за наблюдение ВИЧ-инфицированных, перед началом АРТ провести обследование пациентов в объёме диспансерного наблюдения. Обследование проводится для получения исходных данных, которые позволят оценивать безопасность и эффективность проводимой терапии. По результатам клинико-лабораторного и инструментального исследования оценивают состояние основных органов и систем организма (ЦНС, кровотоки, почки, печень, лёгкие, ССС), наличие сопутствующих и вторичных инфекций (ХВГ В и С, туберкулёз, токсоплазмоз) и состояний (беременность), а также активность вирусной репликации (ВН) и выраженность иммуносупрессии (уровень CD4).

Рекомендуется врачам, ответственным за наблюдение ВИЧ-инфицированных, перед началом АРТ провести психологическую подготовку пациента.

Лечение проводится на добровольной основе и предполагает активное участие самого пациента, поэтому важнейшим компонентом успеха АРТ является психологическая подготовка пациента, неотъемлемая часть которой – консультирование по вопросам приверженности лечению, его предполагаемой эффективности, противопоказаний и возможных осложнений планируемой терапии. Женщинам детородного возраста сообщают о возможном влиянии проводимого лечения на течение беременности и развитие плода.

Рекомендуется врачам, ответственным за наблюдение ВИЧ-инфицированных, перед назначением АРТ получить письменное «информированное согласие» пациента, заверенное лечащим врачом.

Рекомендуется врачам, ответственным за наблюдение ВИЧ-инфицированных, до начала АРТ провести анализ на генотипическую резистентность, желательно сразу после постановки диагноза ВИЧ; или до начала АРТ:

- всем пациентам в регионах с распространённостью резистентности более 10%
- при наличии высокого риска первичной резистентности к ННИОТ вследствие широкого применения данной группы препаратов в регионе.

Рекомендуется врачам, ответственным за наблюдение ВИЧ-инфицированных, подбирать оптимальную для данного пациента

схему АРТ с учётом возможных противопоказаний к назначению отдельных АРВП и факторов риска их применения.

Для выявления возможных противопоказаний к назначению конкретного АРВП перед его назначением следует внимательно изучить прилагаемую инструкцию. Следует обратить внимание на анамнез жизни и болезни, провести тщательное физикальное обследование и необходимые лабораторные и инструментальные исследования.

Рекомендуется врачам, ответственным за наблюдение ВИЧ-инфицированных, провести следующие диагностические мероприятия для принятия решения о выборе АРВП:

- определение уровня креатинина в сыворотке крови (расчёт скорости клубочковой фильтрации) – при выборе TDF
- исследование аллеля HLA B\*5701 – при выборе ABC
- исследование уровня гемоглобина и нейтрофилов – при выборе ZDV, Ф-АЗТ
- определение количества CD4+лимфоцитов – при выборе EFV, NVP, RPV
- исследование уровня трансаминаз – при выборе ABC, NVP, EFV
- исследование уровня билирубина и его фракций – при выборе ATV
- исследование липидного профиля – при выборе ИП и EFV
- выявление остеопении или её высокого риска – при выборе TDF.

Рекомендуется врачам, ответственным за наблюдение ВИЧ-инфицированных, при назначении АРТ первого ряда (стартовой АРТ) использовать менее токсичные и наиболее удобные схемы лечения в виде комбинированных препаратов с фиксированными дозами.

Не рекомендуется врачам, ответственным за наблюдение ВИЧ-инфицированных, включать в стартовую схему препараты ННИОТ первого поколения АРТ без предварительного проведения теста на резистентность в случаях, когда имеется высокий риск резистентности к ННИОТ, как результат применения данной группы препаратов при ППМР.

Не рекомендуется врачам, ответственным за наблюдение ВИЧ-инфицированных, использовать некоторые АРВП и сочетания АРВП, имеющие повышенный риск неблагоприятных последствий.

Рекомендуется врачам, ответственным за наблюдение ВИЧ-инфицированных, назначать в первую очередь препараты предпочтительных схем АРТ, при невозможности их назначения – альтернативные схемы и схемы, применяемые в особых случаях.

Рекомендуется предпочтительно использовать АРВП в составе фиксированных комбинаций доз (ФКД) для повышения приверженности терапии, удобства приёма.

Рекомендуется врачам, ответственным за наблюдение ВИЧ-инфицированных, при назначении АРТ первого ряда (стартовой АРТ) использовать предпочтительные схемы АРТ:

- тенофовир в сочетании с ламивудином плюс эфавиренз
- тенофовир в сочетании с эмтрицитабином плюс эфавиренз
- тенофовир в сочетании с ламивудином плюс долутегравири
- тенофовир в сочетании с эмтрицитабином плюс долутегравири
- тенофовир в сочетании с ламивудином плюс элсульфавири
- тенофовир в сочетании с эмтрицитабином плюс элсульфавири

Предпочтительные схемы могут быть назначены в том числе пациентам с активным туберкулёзом (при назначении долутегравира у пациентов с туберкулёзом, в схему лечения которых входит рифампицин, требуется увеличение дозы долутегравира 50 мг 2 раза в день при совместном применении с рифампицином) и хроническим гепатитом В.

Рекомендуется врачам, ответственным за наблюдение ВИЧ-инфицированных, у пациентов с почечной недостаточностью использовать TDF с осторожностью: при снижении клиренса креатинина до 30-49 мл/мин необходимо провести коррекцию дозы; при снижении клиренса креатинина ниже 30 мл/мин возможно назначение TDF только при отсутствии альтернатив.

Рекомендуется врачам, ответственным за наблюдение ВИЧ-инфицированных, назначение EFV в дозе 400 мг однократно в сутки в составе альтернативной схемы АРТ в связи с его лучшей переносимостью по сравнению с EFV в дозе 600 мг, меньшим риском прекращения лечения из-за побочных эффектов при сравнимой эффективности по подавлению ВН. EFV в дозе 400 мг однократно в сутки может быть назначен всем, за исключением пациентов с туберкулёзом, получающих туберкулостатики, и беременных (вследствие недостаточной изученности фармакокинетики редуцированной дозы у пациентов этих групп).

Не рекомендуется врачам, ответственным за наблюдение ВИЧ-инфицированных, назначать EFV в дозе 400 мг или 600 мг в

регионах с высокой (более 10%) распространённостью первичной лекарственной резистентности к ННИОТ во избежание неэффективности проводимой терапии.

Не рекомендуется врачам, ответственным за наблюдение ВИЧ-инфицированных, пациентам с ВН > 100 000 коп/мл назначать схему ABC + 3TC (или FTC) + EFV, а также RPV/TDF/FTC (при числе CD4 < 200 мкл<sup>-1</sup>) в связи с возможным снижением эффективности.

Рекомендуется врачам, ответственным за наблюдение ВИЧ-инфицированных, назначать альтернативные схемы при невозможности использования предпочтительных схем:

- абакавир в сочетании с ламивудином плюс долутегравири
- тенофовир в сочетании с ламивудином плюс эфавиренз 400.

Рекомендуется врачам, ответственным за наблюдение ВИЧ-инфицированных, при невозможности применения предпочтительных и альтернативных схем использовать АРВП для особых случаев:

- НИОТ: препараты тенофовир, или абакавир, или зидовудин, или фосфазид, или тенофовира алафенамид (в составе ФКД)
- усиленные ритонавиром ИП (атазанавир, дарунавир, лопинавир) – применяются третьим препаратом в схеме АРТ в качестве альтернативы препаратам эфавиренз или атазанавир без ритонавира или долутегравира
- ИИ ралтегравири применяются третьим препаратом в схеме АРТ в качестве альтернативы препаратам эфавиренз или долутегравири

• ННИОТ рилпивирин, доравирин или этравирин – применяется третьим препаратом в схеме АРТ в качестве альтернативы препаратам эфавиренз элсульфавири или долутегравири

- препарат с фиксированной комбинацией доз рилпивирин/тенфовир/эмтрицитабин
- кобицистат+тенфовира алафенамид+элвитегравири+эмтрицитабин (препарат внесён в перечень ЖНВЛП на 2021 год)
- доравирин+ламивудин+тенфовир
- биктегравири+эмтрицитабин+тенфовира алафенамид.

Применение препаратов, указанных в особых случаях, оправдано при следующих обстоятельствах (характеристика особого случая):

- беременность или возможность наступления беременности (имеются исключения)
- нейрокогнитивные расстройства
- повышенные уровни аминотрансфераз (АЛТ и/или АСТ выше верхней границы нормы более чем в 2,5 раза)
- анемия, нейтропения при невозможности назначить TDF
- CD4 < 50 мкл<sup>-1</sup>
- повышенный риск остеопении
- почечная недостаточность с клиренсом креатинина ниже 30 мл/мин (при наличии альтернативы TDF)
- продолжение ранее начатой АРТ
- ВИЧ-2
- недостаточная приверженность к АРТ
- наличие гепатита В, метаболические расстройства, пожилой возраст (применение фиксированной комбинации доз RPV/TDF/FTC)
- пациенты с ССЗ, с нарушением липидного и углеводного обмена
- нарушение глотания (применение ETR).

Рекомендуется врачам, ответственным за наблюдение ВИЧ-инфицированных, при старте АРТ схемой, содержащей в составе EFV, проведение теста на резистентность всем пациентам в регионах с высоким уровнем резистентности (более 10%) для предупреждения первичной неэффективности АРТ.

Рекомендуется врачам, ответственным за наблюдение ВИЧ-инфицированных, при назначении долутегравира женщинам фертильного возраста провести тест на беременность в связи с возможным повышением риска развития дефектов нервной трубки плода.

Препарат DTG показал высокую эффективность и безопасность при применении во время беременности, но вместе с тем женщины должны быть информированы о возможном повышении риска развития дефектов нервной трубки (с момента зачатия до 8-9 нед беременности).

Рекомендуется врачам, ответственным за наблюдение ВИЧ-инфицированных, у пациентов с заболеваниями почек для оценки их функции провести УЗИ почек, определить уровни креатинина и мочевины в крови, рассчитать клиренс креатинина, определить уровень белка в моче, глюкозы и фосфата в крови и моче.

Международные фестивали искусств студентов-медиков и медицинских работников стали ежегодными яркими крупномасштабными форумами (с 2016 г. всероссийские с международным участием). Первые три прошли в Смоленске (2006-2008), далее эстафету подхватили Рязань (2009 и 2017), Астрахань (2010), Самара (2011), Тверь (2012), Красноярск (2013), Казань (2014), Екатеринбург (2015), Воронеж (2016), Ярославль (2018), снова Смоленск (2019).

В 2020 г. фестиваль должен был пройти на базе Курского ГМУ, который успел провести предваряющую форум акцию «Три дня в Курске». Но далее мир погрузился в ковидную пандемию, а потом и область стала прифронтовой зоной. Фестиваль-2023 решился провести в Нижнем Новгороде – не как всегда весной, а осенью. Он с успехом прошёл с 10 по 14 октября.

Фестиваль – это соцветие прекрасных классических и эстрадных голосов, ансамблей народ-

ных и современных танцев, ярких театральных коллективов и оркестров, мастеров игры на фортепиано, скрипке, домре и т.д. Соревнуются художники и фотохудожники, литераторы, мастера художественного слова, репортажа и аудиоподкаста, оригинального жанра. Победители не останавливаются на достигнутом, они поднимаются на пьедесталы крупнейших международных конкурсов искусств. Например, двукратными чемпионами мира и двукратными чемпионами Европы по латиноамериканскому секвею среди профессионалов WDC стала «медицинская» пара из Твери Оксана Васильева и Арсен Агамалин – двукратные победители фестивалей искусств медиков.

Как правило, лауреаты наших форумов – прекрасные врачи и лучшие в учёбе студенты. Так, три победителя фестиваля в Красноярске (2013) в сольных номинациях в том же году окончили свои вузы с красным дипломом.



«Первый парень на деревне» – из Перми

## Предыстория

Фестивальное движение началось 21 мая 2004 г. Тогда обозреватель «Медицинской газеты» (автор этих строк) пригласил героев своей рубрики «Музыка мединститут» на традиционную встречу ветеранов сцены Российского государственного медицинского университета, которую проводил в уютном зале в центре Москвы его студенческий товарищ по Второму Меду Николай Игнатов, он же Доктор Игнатов, работавший тогда одним из руководителей ведомственного московского медицинского центра. Пришли врачи, профессора, академики из столичных мединститутских вузов, Воронеж, Барнаул, Калуга и других городов. Среди них были бывшие участники гремевшего в своё время на всю страну ансамбля «Камертон», лауреаты Всесоюзных конкурсов студентов медицинских вузов из ВИА «Добрые сказочники» (оба – 2-й МОЛГМИ им. Н.И.Пирогова), вокально-инструментальных ансамблей «Товарищ» (Барнаулский мединститут), «Айболиты» (Воронежский мединститут им. Н.Н.Бурденко), «Остеон» (1 Московский мединститут им. И.М.Сеченова).

Энергия выступавших объединилась, и возникла идея проведения фестиваля искусств. А посмотреть, что делается в мединститутах и лечебно-профилактических учреждениях страны в плане художественной самодетельности, дать возможность и старикам «тряхнуть стариной» – это было интересно. На вечере присутствовал академик РАН Николай Володин, занимавший тогда высокий пост в Минздравсоцраз-

## Душевное дело



Айрат Фазылзянов в образе бабая Гайфуллы



Мюзикл «Геркулес» от «Музыкальной шкатулки» из Рязани

вития РФ. Он пообещал поддержку со стороны министерства, началась последовательная аккуратная организационная работа. Наряду с «МГ» равноправным создателем фестиваля стал Профсоюз работников здравоохранения РФ, возглавляемый Михаилом Кузьменко. Неоценимый вклад в дело внёс председатель Совета ректоров медицинских и фармацевтических вузов России ректор Самарского ГМУ академик РАН Геннадий Котельников, нынешний президент, а тогда ректор Смоленской ГМА профессор Владимир Плешков, принявший в своих стенах первый фестиваль. Помнится, как

Владимир Григорьевич произнёс после яркого смоленского гала-концерта в апреле 2006 г.: «Похоже, мы выпустили джинна. Но этот джинн прекрасен и благороден». Символом фестиваля стал «Смоленский ключ», а фестиваль сразу же получил международный формат – к россиянам, прибывавшим от Якутска до Калининграда, присоединились белорусские коллеги.

Огромный вклад в организацию первых форумов внесли руководители отделов Смоленской ГМА – заведующая кафедрой детских инфекционных болезней профессор Антонина Грекова (1953-2021) и Татьяна Янченко.

# Красочная осень

## Обзор XV Всероссийского фестиваля искусств студентов-

После первых трёх фестивалей в Смоленске было принято решение проводить его в разных городах России. По предложению ректора Рязанского ГМУ им. И.П.Павлова профессора Дмитрия Ракиты и руководителя отдела вуза Татьяны Котовой весной 2009 г. участников форума впервые приняла Рязань.

В это же время появилась идея проводить между фестивалями встречи лауреатов в новых городах – забываемыми концертами запомнились «Три дня в Твери», «Три дня в Рязани», «Три дня в Астрахани» и т.д. В первый день VII Международного фестиваля искусств студентов-медиков и медицинских работников, учитывая большой вклад в развитие фестивального движения тверских медиков, в Тверской ГМА был открыт «Зал фестивальной славы медиков».

Фестиваль длится почти неделю и заканчивается большим гала-концертом в одном из лучших залов города-хозяина.

Самый заветный приз для вузовских команд – переходящий Кубок Совета ректоров медицинских и фармацевтических вузов России (с 2010), которым до сего времени трижды владел Рязанский ГМУ им. И.П.Павлова, дважды – Красноярский ГМУ им. В.Ф.Войно-Ясенецкого и Смоленский ГМУ, по одному разу – Тверской ГМУ, Казанский ГМУ и Воронежский ГМУ им. Н.Н.Бурденко.

## Открытие

Организатором фестиваля в Нижнем Новгороде стал Приволжский исследовательский медицинский университет (ПИМУ), учредителями – Министерство здравоохранения РФ, Совет ректоров медицинских и фармацевтических вузов России, Профсоюз работников здравоохранения РФ и «Медицинская газета». Про-

ходил он при поддержке правительства Нижегородской области, Министерства здравоохранения области, Министерства кадровой и молодёжной политики региона, Министерства культуры, Министерства туризма и промышленности области, молодёжного центра «Высота».

Церемония открытия в концертном зале «Юпитер» началась увертюрой Исаака Дунаевского к кинофильму «Дети капитана Гран-

тов медвузов, где будут собраны лучшие образовательные практики. Заместитель губернатора Андрей Чечерин призвал всех находящихся в зале студентов после окончания своих вузов приезжать на работу в Нижегородскую область.

– Благодаря этому мы станем столицей медицины страны, – с улыбкой заметил он.

Викарий Нижегородской епархии епископ Дальнеконстантиновский



Звезда из Краснодара – Екатерина Бруйка

та» в исполнении Нижегородского русского народного оркестра под управлением Антона Козылова. Приветствуя собравшихся участников форума, ректор университета профессор Николай Карякин рассказал о запускаемых в вузе масштабных проектах, реализации программы стратегического экономического лидерства «Приоритет – 2030», создании Учебно-экспериментального многопрофильного центра хирургии, где любой медик страны сможет пройти учебный курс, и единой цифровой платформе для студен-

Филарет (Валерий Гусев), подчеркнул, что именно в эти дни подведут итоги конкурса «Серафимовский врач», учреждённого по благословению митрополита Нижегородского и Арзамасского Георгия.

– Врач – слово-то какое святое! – сказал владыка. – Врач – не только потенциал знаний, но это ещё и творчество, которое окрыляет человека. И в вашем многотрудном выборе творчество будет всегда иметь неизгладимую печать. Творчеством вы будете укрепляться.

Советник при ректорате Сеченовского университета член-корреспондент РАН Иван Чиж огласил приветствие участникам форума председателя Совета ректоров медицинских и фармацевтических вузов России академика РАН Петра Глыбочко. «Фестиваль выполняет важную культурную функцию, объединяя молодёжь разных национальностей, способствуя укреплению дружбы народов, духовной консолидации общества, – говорится в нём. – Уверен, праздник искусства, который объединил студентов-медиков и всех медицинских и фармацевтических вузов, запомнится не только новыми и удивительными открытиями, но и радостью общения с друзьями». Иван Михайлович поблагодарил ректора ПИМУ за большую работу при подготовке фестиваля.

Заместитель председателя Профсоюза работников здравоохранения РФ Михаил Андрочников на-



Великолепные смоляне – хор «Вдохновение»

помнил аудитории о прославивших отечественное искусство врачей, а представлявший «Медицинскую газету» автор этого обзора пожелал честного соперничества и судейства в конкурсах. Далее директор Центра творческого развития и дополнительного образования Курского ГМУ Марина Извекова передала символ фестиваля «Смоленский ключ» Н.Карякину, который объявил его открытым. В зал внесли знамёна вузов-участников.

Со следующего дня 1100 участникам из 23 медвузов России и Белоруссии и учреждений практического здравоохранения предстояло соревноваться в 54 номинациях одновременно на 7 фестивальных площадках.



Никита и Даниил Кузюки

Среди сотрудников здравоохранения в эстрадном соло-вокале первенствовала красносельский фолк-трио Кристина Щербо (Мазурова), блиставшая на предыдущих фестивалях в студенческих конкурсах. В авторской/бардовской песне победил Александр Рубцов (МГМСУ им. А.И.Евдокимова), исполнивший собственную песню «Не заходить».

Среди народных ансамблей не было равных коллективу «Здравница» (Красносельский ГМУ им. В.Ф.Войно-Ясенецкого), эстрадных ансамблей – «Тандему» из Витебского ГМУ. Каждый выход любимцев публики, победителей в номинации «Эстрадный вокал: малая форма» Никиты и Даниила Кузюков из Кубанского ГМУ сопровождался

На верхних местах пьедестала в соло-вокале оказались студенты Рязанского ГМУ им. И.П. Павлова Елисей Ильичев и тунисец Акрут Мажд, среди вокальных джазовых ансамблей первенство у красносельского «Фриссона» (ГМУ им. В.Ф.Войно-Ясенецкого), 2-е место – у девушек из воронежского «Кантуса» (мы помним прекрасный мужской состав этого коллектива).

### Танцевальные ритмы

Войдя в здание Нижегородского центра развития воспитания детей и молодёжи «Сфера», мы сразу же встретились с лауреатом и неоднократным председателем и членом жюри наших фестивалей 2010-15 годов, гастроэнтерологом и эндоскопистом казанского лечебно-диагностического центра «Биомед» Айратом Фазылзяновым.

– Пользуясь тем, что меня мало кто знает в Нижнем Новгороде, я решил в свои 49 лет тряхнуть стариной и выступить в танцевальном конкурсе, – сказал нам Айрат Мансурович. – Уже много лет я преподаю в одной из казанских студий народный танец, современный – зумбу, танцевальную терапию. Среди моих 60 воспитанников много врачей и медсестёр, которые, как и я, приходят после тяжёлого рабочего дня и разгружаются, занимаясь хореографией. Фактически создана «танцевальная команда» медиков. Мы постоянно выступаем на телевидении, праздничных мероприятиях с разнообразным репертуаром, включающим африканские и латиноамериканские танцы.

В сольном конкурсе А.Фазылзянов выступил с татарскими танцами «Казанский парень» и «Гайфулла», шуточно изобразив дедушку и став лучшим среди работников здравоохранения.

Студент-пятикурсник лечебного факультета Рязанского ГМУ им. И.П.Павлова Магомед Гасайниев начал заниматься в ансамбле кавказского танца «Бархан» с 1-го курса под руководством Ислама Аббасова, а с 3-го курса возглавил этот коллектив.

– Сейчас в нашем коллективе 16 человек, – говорит Магомед Гасайниев. – Они представляют разные народы Северного и Южного Кавказа. В 2019 г. в Смоленске мы победили в конкурсе народного танца. Занимали первые места на областных соревнованиях в рамках «Студенческой весны», но, к сожалению, на финальных соревнованиях выступить не удалось...

На нижегородском фестивале «Бархан» в упорной борьбе занял 3-е место, уступив другим замечательным коллективам – ансамблю народного танца Казанского ГМУ «Шомабас» и смоленскому «Фавориту». В этом конкурсе запомнился сербский танец в исполнении ансамбля «Финист» Сеченовского университета.

В напряжённой борьбе ансамблем эстрадного танца победителем вышел TWINS из Сеченовского университета, на 2-м месте – рязанский «Illusion», на 3-м сразу три коллектива – Doctor dance (ПИМУ), LUBI (Сеченовский университет) и New vision (Пермский ГМУ им. Е.А.Вагнера). Все они оставили самое яркое впечатление.

В конкурсах современной хореографии жюри высоко оценило выступления студии «Nemezidance» из РНИМУ им. Н.И.Пирогова и солистки Полины Кацман из Сеченовского университета, уличного танца – витебского Infinity Dance Group и Анастасии Киласевой из МГМСУ им. А.И.Евдокимова, а также ансамбля бального танца Рязанского ГМУ.

### Дети Станиславского

Театральные коллективы показывали своё искусство на одной из лучших сцен Нижнего Новгорода – в Доме актёра им. В.В. Вихрова. Среди множества фестивальных событий нам удалось увидеть две 45-минутных постановки – «Леди и джентльмены» (Р.Куни, Дж.Чепмен,

# в Нижнем Новгороде

## медиков и медицинских работников с международным участием



Танец «Хабиви» в исполнении Mix Crew

оацией и кричалкой «Ку-зю-ки! Ку-зю-ки!», а они пели «От Волги до Енисея».

Мастерству инструменталистов-медиков удивились члены профессионального нижегородского жюри:

– Вы знаете, сколько надо времени на репетиции, чтобы так выступать? – сказали они нашему корреспонденту. – Когда же они занимаются медициной?

Среди солистов победил пианист-виртуоз Артём Балоян из Кубанского ГМУ, исполнивший «Токкату» Арама Хачатуряна, а среди инструментальных ансамблей и оркестров не было равных коллективам из РНИМУ им. Н.И.Пирогова – Snow Dream и оркестру «Анатомии музыки» под руководством Николая Бормото-

### Споёмте, друзья!

Вокалисты соревновались в нескольких номинациях, которые к тому же делились на «среди студентов» и «среди работников здравоохранения». Большинство из них прошло в Доме учёных.

Один из конкурсов – исполнение песен композитора Павла Аедоницкого (1922-2003), детство и юность которого прошли в Горьком. В нём первенствовала Ирина Кабулахина из Саратовского ГМУ им. В.И. Разумовского, исполнившая «Откровенную песню» на слова И.Шаферана и М.Танича.

другие девушки никого не оставили равнодушными. Настоящие покорители зрительских сердец – победительница Анастасия Дёмина (Витебский ГМУ) и занявшая 3-е место Екатерина Бруйка (Кубанский ГМУ). Первая исполнила в двух турах конкурса «Пахал Захар огород» и «Сонца грэе», вторая – «Под ракитой зелёной» и «Ой, я знаю, что грех маю», сорвав шквал аплодисментов.

– Поступив на педиатрический факультет, я начала петь в народном хоре Кубанского медуниверситета, но затем мне предложили заниматься сольным вокалом, –



Infinity Dance Group из Витебска

Пожалуй, самым ярким стал конкурс в сольном народном вокале, где соперничали 16 сильных исполнительниц. Алина Гапеева (Смоленский ГМУ), Алина Рулёва (Тверской ГМУ), Валерия Мясникова (ПИМУ), Яна Зинченко (РНИМУ им. Н.И.Пирогова), Валерия Королёва (Курский ГМУ) и

сказала нам отличница учёбы, студентка 4-го курса Е.Бруйка. – Определённо я начинающий представитель врачей-трусентов, которые успевают заниматься и клиникой, и наукой, и творчеством, и общественной деятельностью. Для меня это первый фестиваль, но я уже мечтаю выступить на следующем.



Шоу-коллектив Illusion: «Алиса в стране чудес»

В сольном эстрадном конкурсе выступило 42 исполнителя, и на этом фоне выделялась Полина Пузанкова из Красноярского ГМУ им. В.Ф.Войно-Ясенецкого, которая заслуженно стала победительницей. Оставили впечатление Леонид Константинов из Волгоградского ГМУ, напомнивший Томаса Андерса из Modern Talking, Яна Комракова (Красносельский ГМУ им. В.Ф.Войно-Ясенецкого), Антонина Кобелева (РНИМУ им. Н.И.Пирогова), Шахрият Исмагуллаева (Рязанский ГМУ им. И.П.Павлова), Анастасия Крайнова (Пермский ГМУ им. Е.А.Вагнера), Арина Сидоренко (Сеченовский университет), Милана Мирзаханян (МГМСУ им. А.И.Евдокимова) и Анастасия Крутова (Саратовский ГМУ им. В.И.Разумовского). Приз «Медицинской газеты» присуждён за проникновенное исполнение песен студентке 4-го курса лечебного факультета ПИМУ Юлии Буровой. Она приехала в Нижний Новгород из Сарова, учится отлично, мечтает стать акушером-гинекологом.

Среди выступавших – Фариди Кимиа Саид (Иран, Сеченовский университет), продемонстрировавшая мастерство игры на сатуре. Постоянные аплодисменты срывал артистичной манерой дирижирования Денис Забавский, руководитель оркестров двух московских вузов – «Belcanto» из МГМСУ им. А.И.Евдокимова и «Фест-оркестра» Сеченовского университета.

В капелле Нижегородского хорового колледжа им. Л.К.Сивухина проходили конкурсы хоров, классических и джазовых вокалистов и ансамблей. Среди народных хоров победу праздновал смоленский коллектив «Вдохновение», эстрадных – кубанское «Поколение». Лучшими из академических хоров признаны сеченовцы, из академических солистов – Елена Алёшина, также из Первого Меда. Она исполнила романс Петра Чайковского «Ни слова, о друг мой» и «Хабанеру» из оперы Жоржа Бизе «Кармен».

Джазовые конкурсы проходили как в капелле, так и в Доме учёных.

(Продолжение. Начало на стр. 10.)

театральная студия «Двенадцать» РНИМУ им. Н.И.Пирогова) и «Планы на будущее» (по мотивам пьесы Н.Смирнова, театр-студия Уральского ГМУ им. В.И.Дёмина). И... будто посетили хороший московский театр!

Потом прошли за кулисы и присутствовали на «разборе» спектакля театра-студии из Екатеринбурга. Профессионально, искренне и очень доброжелательно своими впечатлениями и пожеланиями с актёрами-студентами Варварой Жерлыгиной, Есением Лебедевой, Тимофеем Янушкевичем и режиссёром-постановщиком Дмитрием Бабушкиным делились члены жюри – руководитель театральной школы «Образ» Алексей Макаров и актёры Нижегородского театра «Комедия» Алексей Капралов и Иван Гапонов.

– То, что ваша игра оставляет в душе след, – это несомненно! – подчеркнул А.Капралов. – Со светом успели, молодцы, поработать, с музыкальным сопровождением.

– Очень хорошее произведение, мощный текст, оставьте его в своём репертуаре, – говорил Алексей Макаров, – но попробуйте сыграть его тихо, тогда душа у человека в зале наизнанку вывернется... Мы с удовольствием ещё что-нибудь посмотрели бы в вашем исполнении.

## Душевное дело

# Красочная осень в Нижнем Новгороде



Оркестр «Анатомия музыки» из РНИМУ им. Н.И. Пирогова

руме, поблагодарила руководство и студентов ПИМУ за энергетику, полученную во время пешеходных и автобусных экскурсий по городу, посещения медицинских мастер-классов, психологических тренингов, караоке-батлов. Наталья Геннадьевна предложила вернуться к формату «Международный фестиваль», каким он был первые девять форумов, выразила желание в будущем провести это мероприятие в Витебске.

Интересно, что представители братской Белоруссии выступили в Нижнем Новгороде с большим успехом, победив в четырёх особенно престижных конкурсах, но не имели возможности участвовать в официальном командном соревновании вузов. Участники «круглого стола» голосовали за весенний или осенний период проведения



Рязанские «Блёстки»

– У вас очень сильный, крутой ансамбль, – поддержал актёров Иван Гапонов.

Театр-студия Уральского ГМУ им. В.И.Дёмина стал лучшим в номинации «Драматический театр: камерный спектакль», студия «Двенадцать» – в «Драматическом театре: крупная форма». Труппа Рязанского ГМУ «Музыкальная шкатулка» победила в номинации «Музыкальный театр: камерный спектакль» с лёгкой, ироничной костюмированной постановкой «Геркулес». Зрители любовались красавицами-богинями Олимпа.

Дом актёра стал местом состязания мастеров художественного слова. Ульяна Жердецкая из Витебского ГМУ читала «Балладу о зенитчицах» Роберта Рождественского и увенчана лаврами поэтического конкурса. Анастасия Хрипунова (ПИМУ) декламировала отрывок из книги Э.-Э.Шмитта «Дети Ноя» – 1-е место в прозе. Лучшую инсценировку – сказку «Самое дорогое» показали Галина Кашпорова, Валерия Верещкая и Наталья Ананьина из Сеченовского университета.

На той же сцене выступали представители оригинального жанра, здесь преобладали акробатические номера. Среди солистов 1-е места разделили Мария Кондакова из Перми и Диана Хамитова из Казани, а лучший коллектив – дуэт Надежда Сафонова и Данила Бузин из Рязани.

## Изображая прекрасный мир

В Доме архитектора на Верхне-Волжской набережной развешены вернисаж живописных и графических работ медиков. Жюри высоко оценило полотна заведующей отделом Воронежского областного клинического противотуберкулёзного диспансера им. Н.С.Похвисневой, фтизиатра

Светланы Жестовских «Медный всадник» и студентки РНИМУ им. Н.И.Пирогова Ксении Кузнецовой Reflection of feelings. В конкурсе декоративно-прикладного искусства победила Софья Елышева из Рязанского ГМУ им. И.П.Павлова с набором мягких игрушек-зверей «Приходите к нам лечиться», в котором врач – олень, символ Нижнего Новгорода. Лучшими среди акварелей стали работы «Пионы» Екатерины Родиной из Рязани и «Варлиад» индийской студентки ПИМУ Еремии Имбарадж Пеннина.

Начиная с открытия фестиваля, мы видели работу студентов-тележурналистов, беседовавших с организаторами и конкурсантами. Оказалось, что они тоже участники одного из конкурсов – «Видеорепортаж». В результате победителями стали Михаил Сухов и Иван Алтайчинов из МГМСУ им. А.И.Евдокимова – за освещение XV Всероссийского фестиваля искусств медиков. Их высокопрофессиональная работа вполне могла бы украсить новостной выпуск любого центрального телеканала.

В конкурсе художественных видеороликов первенствовал короткометражный фильм Молодёжного театра «На Пироговке» Сеченовского университета «Пока их помнят – они живы» (сценарист и режиссёр Ольга Захарова). Сюжет: во время уборки учебных помещений студенты находят фотографии военного времени, которые оживают, перенося нас в далёкие фронтовые будни Великой Отечественной... Юноши и девушки понимают, какая цена заплачена за их счастье.

Радиорассказ «Чехов в спектакле» МКТ «На Пироговке» проекта этого театра «Подкаст «Въ»» победил в номинации «Аудиоподкаст». В нём ведущие и студенты-актёры говорят о поставленных в вузе пьесах великого писателя, выпускника

университета А.Чехова. Сеченовцы представили и признанный лучшим на фестивале документальный фильм – «Люди+» Дарьи Давыдовой. Он рассказывает подлинную историю ВИЧ-инфицированного пациента, преодолевшего ощущения выросшего в детском доме мальчика-изгоя и ставшего преподавателем, лектором, помогающим больным с этим заболеванием.

Показавшие культурную и творческую жизнь своих вузов Варвара Емельянцева (МГМСУ им. А.И.Евдокимова) и Полина Сутыркина из Казанского ГМУ, признаны победителями в номинациях

фестивального движения медиков Ирина Григорович (Тверской ГМУ), Татьяна Ярунина (Уральский ГМУ), Татьяна Котова (Рязанский ГМУ им. И.П.Павлова), Инесса Федулова (Казанский ГМУ), Арина Манкевич (Красноярский ГМУ им. В.Ф.Войно-Ясенецкого), Олеся Касьянова (Сеченовский университет), Андрей Кириллов (Витебский ГМУ) и другие.

Открыла «круглый стол» проректор ПИМУ по молодёжной политике и воспитательной деятельности кандидат медицинских наук Светлана Немирова, рассказавшая о мероприятиях проекта «ЭКО-сла-



Красавицы из Белоруссии

фестивалей (большинство высказалось за весну), сокращение количества номинаций за счёт их объединения. Число конкурсов перевалило за 50, что привело к невозможности присылать большие делегации из сибирских и дальневосточных регионов, фактически лишению их бороться за командную победу, а также к большой нагрузке на организаторов. Говорили о «Зале фестивальной славы медиков», акции «Три дня» в городах предстоящих форумов, возможном создании специальной группы при Совете ректоров медицинских и фармацевтических вузов России, в адрес которого будут направлены предложения участников заседания.

Гала-концерт фестиваля и награждение победителей прошли на арене Нижегородского государственного цирка им. Маргариты Назаровой. Представление включило в себя многие яркие вокальные, танцевальные, инструментальные и оригинальные номера, запомнившиеся во время конкурсов.

Переходящий Кубок Совета ректоров медицинских и фармацевтических вузов подняли представители Сеченовского университета – обладатели более чем 40 призовых мест. Впервые за всю историю наших фестивалей победителями в командной борьбе стали москвичи.

Альберт ХИСАМОВ,  
обозреватель «МГ».

Фото Андрея ВИННИКОВА,  
Максима ГОРШКОВА,  
Алексея ЕЖОВА,  
Нины МЯЧИНОЙ,  
Александра НИКОЛАЕВА,  
Тимофея НОВОСЁЛОВА.



Экспрессивная игра актёров из Уральского ГМУ

«Публикация» и «Художественная фотография», 1-го места удостоена Алина Браткова из Волгоградского ГМУ за фоторепортаж о проходившем XV Всероссийском фестивале искусств медиков.

## Заглядывая в будущее

Важным событием фестивальной программы стал «круглый стол», организованный в Медиацентре 1-го учебного центра Приволжского исследовательского медицинского университета на площади Минина и Пожарского. В нём приняли участие все руководители делегаций, среди которых – подвижники

гаемые здоровья», по её словам, «вуз просто живёт в экологической тематике». Она подробно остановилась на запуске ПИМУ платформе под рабочим названием «Будущий врач» – цифровой экосистеме, не имеющей на сегодняшний день аналогов в России, возможности коллаборации с другими медуниверситетами по различным направлениям.

Проректор Витебского государственного ордена Дружбы народов медицинского университета по воспитательной и идеологической работе Наталья Болтрушевич поделилась положительными эмоциями, которые она получила на фо-



Ансамбль «Здравица» из Красноярска



Мастер джаза Акрут Мажд



У акварели «Пионы» Екатерины Родиной



Поёт Юлия Бурова



Театральная студия «Двенадцать»



Тверичи и красноярцы на экскурсии по Нижнему Новгороду

## Лауреаты XV Всероссийского фестиваля искусств студентов-медиков и медицинских работников с международным участием

### ДОМ АРХИТЕКТОРА

#### КОНКУРС ИЗОБРАЗИТЕЛЬНОГО ИСКУССТВА

Среди сотрудников здравоохранения  
1 Светлана Жестовских (ВОКПТД им. Н.С.Похвисневой, Воронеж)  
2 Ольга Прыткова (НИКА СПРИНГ МЕД, Нижний Новгород)  
3 Елизавета Грубова (ПИМУ, Нижний Новгород)

#### Живопись

1 Ксения Кузнецова (РНИМУ им. Н.И.Пирогова, Москва)  
2 Анастасия Потапова (МГМСУ им. А.И.Евдокимова, Москва)  
2 Улдуз Керимова (Саратовский ГМУ им. В.И.Разумовского)  
3 Нелля Куняшева (Рязанский ГМУ)

#### Декоративно-прикладное искусство

1 Софья Елышева (Рязанский ГМУ)  
2 Дарья Селихова (Саратовский ГМУ им. В.И.Разумовского)  
3 Мария Ханьчева (Первый МГМУ им. И.М.Сеченова, Москва)

#### Акварель

2 Екатерина Родина (Рязанский ГМУ)

#### Графика

3 Еремия Инбарадж Пеннинна (ПИМУ, Нижний Новгород)

### КАПЕЛЛА

#### АКАДЕМИЧЕСКИЙ ВОКАЛ

##### Соло

1 Елена Алешина (Первый МГМУ им. И.М.Сеченова, Москва)  
2 Пётр Кульчицкий (Рязанский ГМУ)  
2 Софья Моница (РНИМУ им. Н.И.Пирогова, Москва)  
3 Любовь Головова (ПИМУ, Нижний Новгород)

##### Малая форма/ансамбль

3 Дуэт:  
Анастасия Шевчук (РНИМУ им. Н.И.Пирогова, Москва)  
Мадина Акбулатова (РНИМУ им. Н.И.Пирогова, Москва)

##### Народный вокал: хор

1 Народный хор Смоленского ГМУ «Вдохновение»  
**Эстрадный вокал: хор**  
2 Хор «Поколение» (Кубанский ГМУ)  
3 Академический хор (МГМСУ им. А.И.Евдокимова, Москва)

##### Академический вокал: хор

2 Академический хор (Первый МГМУ им. И.М.Сеченова)

#### ДЖАЗОВЫЙ ВОКАЛ

##### Соло

1 Елисей Ильичев (Рязанский ГМУ)  
2 Акрут Мажд (Рязанский ГМУ)  
3 Виктория Ворсина (Первый МГМУ им. И.М.Сеченова, Москва)

3 Мария Зеленюк (Красноярский ГМУ им. В.Ф.Войно-Ясенецкого)

#### Ансамбль

1 Вокальный ансамбль «Фриссон» (Красноярский ГМУ им. В.Ф.Войно-Ясенецкого)  
2 Вокальный ансамбль «Кантус» (ВГМУ им. Н.Н.Бурденко, Воронеж)

3 Вокальный ансамбль «Блёстки» (Рязанский ГМУ)

#### ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЙ КОНКУРС

##### Соло/дуэт

1 Артём Балоян (КубГМУ, Краснодар)  
2 Анастасия Будкина (МГМСУ им. А.И.Евдокимова, Москва)  
3 Владислав Маскаев (РНИМУ им. Н.И.Пирогова, Москва)  
3 Валерия Белесикова (ВГМУ им. Н.Н.Бурденко, Воронеж)  
3 Роман Кравченко (Первый МГМУ им. И.М.Сеченова, Москва)

##### Ансамбль

1 Ансамбль Snow dream (РНИМУ им. Н.И.Пирогова, Москва)  
2 Ансамбль «Из глубины души» (РНИМУ им. Н.И.Пирогова, Москва)  
3 Инструментальный коллектив «Джазисты» (Рязанский ГМУ)

#### Оркестры

1 Оркестр «Анатомия музыки» (РНИМУ им. Н.И.Пирогова, Москва)  
2 Фест-оркестр (Первый МГМУ им. И.М.Сеченова, Москва)  
3 Оркестр «Джазисты» (Рязанский ГМУ)

### ДОМ УЧЁНЫХ

#### Вокально-инструментальный конкурс

1 Оркестр МГМСУ им. А.И.Евдокимова «Belcanto» (Москва)  
2 Инструментальный коллектив «Джазисты» (Рязанский ГМУ)

2 Джаз-бэнд (Рязанский ГМУ)

3 Вокальная студия МГМСУ им. А.И.Евдокимова (Москва)

#### Эстрадный вокал: соло

1 Яна Комракова (Красноярский ГМУ им. В.Ф.Войно-Ясенецкого)  
1 Антонина Кобелева (РНИМУ им. Н.И.Пирогова, Москва)  
1 Полина Пузанкова (Красноярский ГМУ им. В.Ф.Войно-Ясенецкого)

1 Шахришат Исмагулаева (Рязанский ГМУ)

2 Анастасия Крайнова (Пермский ГМУ им. Е.А.Вагнера)

3 Леонид Константинов (Волгоградский ГМУ)

3 Арина Сидоренко (Первый МГМУ им. И.М.Сеченова, Москва)

**Авторская, бардовская песня на медицинскую тематику среди сотрудников здравоохранения**

3 Елена Братухина (инфекционная клиническая больница № 23, Нижний Новгород)

#### Эстрадный вокал

##### Соло среди сотрудников здравоохранения

1 Кристина Щербо (Красноярск)  
3 Алёна Лобашова (ГКБ № 13, Нижний Новгород)  
3 Екатерина Воронина (НОДКБ, Нижний Новгород)

##### Малая форма среди сотрудников здравоохранения

2 Екатерина Дроздова (ГКБ № 13, Нижний Новгород)  
Алексей Феоктистов (ГКБ № 13, Нижний Новгород)

##### Песня П.К.Аедоницкого

1 Ирина Кабулахина (Саратовский ГМУ им. В.И.Разумовского)  
2 Анастасия Михеева (РНИМУ им. Н.И.Пирогова, Москва)  
3 Антонина Попова (ПИМУ, Нижний Новгород)

##### Авторская, бардовская песня на медицинскую тематику

1 Александр Рубцов (МГМСУ им. А.И.Евдокимова, Москва)  
2 Алимхан Гарипов (Первый МГМУ им. И.М.Сеченова, Москва)

Инна Новикова (Первый МГМУ им. И.М.Сеченова, Москва)  
2 Анастасия Михеева (РНИМУ им. Н.И.Пирогова, Москва)  
3 Ансамбль студии эстрадного вокала (РНИМУ им. Н.И.Пирогова, Москва)

#### НАРОДНЫЙ ВОКАЛ

##### Соло

1 Анастасия Дёмина (Витебский ГМУ, Республика Беларусь)  
2 Алина Гапеева (Смоленский ГМУ)  
3 Екатерина Бруйка (Кубанский ГМУ, Краснодар)

##### Малая форма, ансамбль

1 Ансамбль народной песни «Здравица» (Красноярский ГМУ им. В.Ф.Войно-Ясенецкого)  
2 Дуэт Анастасия Бутенко, Вера Колесникова (Кубанский ГМУ, Краснодар)  
3 Диана Рудник, Елена Сусликова (Красноярский ГМУ им. В.Ф.Войно-Ясенецкого)

#### ЭСТРАДНЫЙ ВОКАЛ

##### Малая форма

1 Дуэт: Никита Кузюк, Даниил Кузюк (Кубанский ГМУ, Краснодар)  
2 Chein Stocks (Пермский ГМУ им. Е.А.Вагнера)  
3 Коллектив «Ива» (Первый МГМУ им. И.М.Сеченова, Москва)

3 Студия эстрадной песни «Тандем» (Витебский ГМУ, Республика Беларусь)

3 Александр Стёпкин, Екатерина Мазалова (Курский ГМУ)

##### Ансамбль

1 Студия эстрадной песни «Тандем» (Витебский ГМУ, Республика Беларусь)  
2 Вокальный ансамбль September (Тверской ГМУ)  
3 Вокальный ансамбль «Фея» (Рязанский ГМУ)

(Окончание на стр. 14.)

## Душевное дело

Красочная осень  
в Нижнем Новгороде

(Окончание. Начало на стр. 10.)

## ДОМ АКТЁРА

## ХУДОЖЕСТВЕННОЕ СЛОВО

## Поэзия

- 1 Ульяна Жердецкая (Витебский ГМУ, Республика Беларусь)
- 2 Маргарита Воронкова (Первый МГМУ им. И.М.Сеченова, Москва)
- 3 Георгий Быковщенко (Первый МГМУ им. И.М.Сеченова, Москва)

## Проза

- 1 Анастасия Хрипунова (ПИМУ, Нижний Новгород)
- 2 Ирина Щербаква (Красноярский ГМУ им. В.Ф.Войно-Ясенецкого)
- 2 Галина Кашпорова (Первый МГМУ им. И.М.Сеченова, Москва)
- 3 Мария Хадад (Кубанский ГМУ, Краснодар)
- 3 Дарья Зайцева (Саратовский ГМУ им. В.И.Разумовского)
- 3 Георгий Быковщенко (Первый МГМУ им. И.М.Сеченова, Москва)

## Инсценировка

- 1 Галина Кашпорова, Валерия Верещкая, Наталья Ананьина (Первый МГМУ им. И.М.Сеченова, Москва)
- 2 Театральная студия Казанского ГМУ «ГРОМ»

## ТЕАТРАЛЬНЫЙ КОНКУРС

## Музыкальный театр: камерный спектакль

- 1 «Музыкальная шкатулка» (Рязанский ГМУ)

## Драматический театр: крупная форма

- 2 Театральная студия «Двенадцать» (РНИМУ им. Н.И.Пирогова, Москва)

## Драматический театр: камерный спектакль

- 2 Театр-студия УГМУ им. В.И.Дёмина (УГМУ, Екатеринбург)
- 3 Театральная студия «Поиск» (СГМУ, Архангельск)
- 3 Народный театр «Антракт» (ВГМУ им. Н.Н.Бурденко)

## КОНКУРС ИСПОЛНИТЕЛЕЙ ОРИГИНАЛЬНОГО ЖАНРА Соло

- 1 Мария Кондакова (Пермский ГМУ им. Е.А.Вагнера)
- 1 Диана Хамитова (Казанский ГМУ)
- 1 Мария Кондакова (Пермский ГМУ им. Е.А.Вагнера)
- 2 Анна Юрасова (Первый МГМУ им. И.М.Сеченова)
- 2 Меружан Гогорян (Тверской ГМУ)
- 2 Лилиана Гафиатуллина (Казанский ГМУ)
- 3 Кристина Большова (Первый МГМУ им. И.М.Сеченова, Москва)
- 3 Аделина Раимова (Казанский ГМУ)

## Коллектив

- 1 Данила Бузин, Надежда Сафонова (Рязанский ГМУ)
- 2 Улдуз Керимова, Дарья Селихова (Саратовский ГМУ им. В.И.Разумовского)
- 3 Анастасия Садомова, Дибиргаджи Шабагиев (Саратовский ГМУ им. В.И.Разумовского)
- 3 Шоу коллектив Illusion (Рязанский ГМУ)

## МЕДИАЦЕНТР

## МЕДИА

## Публикация, в том числе SMM

- 1 Варвара Емельянцева (МГМСУ им. А.И.Евдокимова, Москва)
- 2 Студенческий медиацентр «First Med Media» (Первый МГМУ им. И.М.Сеченова)
- 3 Дарья Селихова (Саратовский ГМУ им. В.И.Разумовского)

## Художественная фотография

- 1 Полина Сутыркина (Казанский ГМУ)
- 2 Иван Коптелов (Рязанский ГМУ)
- 3 Александр Угаров (МГМСУ им. А.И.Евдокимова, Москва)

## Конкурс медиа

## В номинации фоторепортаж

- 1 Алина Браткова (Волгоградский ГМУ)
- 2 Алиса Швец (МГМСУ им. А.И.Евдокимова, Москва)
- 3 Анна Гурина (Рязанский ГМУ)

## В номинации аудио-подкаст

- 1 Подкаст «Въ» (Первый МГМУ им. И.М.Сеченова, Москва)
- 2 Алихан Магомедалиев (МГМСУ им. А.И.Евдокимова, Москва)



Оркестр Belcanto из МГМСУ им. А.И.Евдокимова

3 Каббахан Баймурзаева (Рязанский ГМУ)

Владимир Рудь-Панарин (Рязанский ГМУ)

## В номинации видеорепортаж

- 1 Михаил Сухов, Иван Алтайчинов (МГМСУ им. А.И.Евдокимова, Москва)
- 2 Константин Саламов (Первый МГМУ им. И.М.Сеченова, Москва)
- 2 Разумовский Медиа (Саратовский ГМУ им. В.И.Разумовского)
- 3 Арсений Копейчиков (Смоленский ГМУ)



Красноярский ансамбль спортивного бального танца DanceLine

- 3 Студенческий медиацентр First Med Media (Первый МГМУ им. И.М.Сеченова, Москва)

## В номинации видеоролик художественный

- 1 Молодёжный театр «На Пироговке» (Первый МГМУ им. И.М.Сеченова, Москва)

## В номинации видеоролик документальный

- 1 Дарья Давылова (Первый МГМУ им. И.М.Сеченова, Москва)

## СФЕРА

## КОНКУРС НАРОДНОГО ТАНЦА

## В номинации малая форма среди сотрудников здравоохранения

- 2 Айрат Фазылзянов (ЛДЦ БИОМЕД, Казань)
- 3 Лаборатория NV (Пермский ГМУ им. Е.А.Вагнера, Пермь)
- 3 Хор. ансамбль народного танца «Финист» (Первый МГМУ им. И.М.Сеченова, Москва)

## В номинации ансамбль

- 1 Ансамбль народного танца «Шомабас» (Казанский ГМУ)
- 2 Танцевальный коллектив «Фаворит» (Смоленский ГМУ)
- 3 Ансамбль кавказских танцев «Бархан» (Рязанский ГМУ)
- 3 Хор. ансамбль народного танца «Финист» (Первый МГМУ им. И.М.Сеченова, Москва)
- 3 «МЕДуница», (ПИМУ, Нижний Новгород)

## КОНКУРС ЭСТРАДНОГО ТАНЦА

## В номинации ансамбль

- 1 Танцевальный коллектив «TWINS» (Первый МГМУ им. И.М.Сеченова, Москва)
- 2 Шоу коллектив Illusion (Рязанский ГМУ)
- 3 «Doctor dance» (ПИМУ, Нижний Новгород)
- 3 Танцевальный коллектив LUBI (Первый МГМУ им. И.М.Сеченова, Москва)
- 3 Театр танца New vision (Пермский ГМУ им. Е.А.Вагнера)

## В номинации малая форма

- 1 Полина Ничепорчук (Первый МГМУ им. И.М.Сеченова, Москва)
- 2 Артемий Алексеев, Екатерина Петлева (Первый МГМУ им. И.М.Сеченова, Москва)
- 3 Светлана Афраччук (Первый МГМУ им. И.М.Сеченова, Москва)

## КОНКУРС СОВРЕМЕННОЙ ХОРЕОГРАФИИ

## В номинации малая форма

- 1 Полина Кацман (Первый МГМУ им. И.М.Сеченова, Москва)
- 2 Альбина Парфиорова (Первый МГМУ им. И.М.Сеченова, Москва)
- 3 Александра Якимова, Мария Боровик (Пермский ГМУ им. Е.А.Вагнера)

## В номинации ансамбль

- 1 Студия современного танца Nemezidance (РНИМУ им. Н.И.Пирогова, Москва)
- 2 Коллектив современной хореографии «Экспрессия» (Витебский ГМУ, Республика Беларусь)



Лидер нижегородской организации профсоюза Василий Приказнов с дипломантами фестиваля

- 2 Танцевальный коллектив TWINS (Первый МГМУ им. И.М.Сеченова, Москва)
- 3 Коллектив современного танца «Касание» (КубГМУ, Краснодар)

## КОНКУРС УЛИЧНОГО ТАНЦА

## В номинации малая форма

- 1 Анастасия Киласева (МГМСУ им. А.И.Евдокимова, Москва)
- 2 Ольга Кокорева, Милена Козлова (МГМСУ им. А.И.Евдокимова, Москва)
- 3 Анастасия Миронова (Первый МГМУ им. И.М.Сеченова, Москва)

## В номинации ансамбль

- 1 «Infinity Dance Group» (Республика Беларусь)
- 2 «Mix Crew» (МГМСУ им. А.И.Евдокимова, Москва)
- 3 Танцевальный коллектив Harley street (Кубанский ГМУ, Краснодар)

- 3 Танцевальный коллектив Imperial (Волгоградский ГМУ)

## КОНКУРС БАЛЬНОГО ТАНЦА

## В номинации малая форма

- 1 Ансамбль бального танца (Рязанский ГМУ)
- 2 Ансамбль бального танца «Грация» (Москва)
- 3 Танцевальный коллектив «Феникс» (Смоленский ГМУ)

## В номинации ансамбль

- 2 Ансамбль спортивного бального танца «DanceLine» (Красноярский ГМУ)

## ЛИТЕРАТУРНЫЙ КОНКУРС

## В номинации поэзия

- 2 Тимофей Рязских (Рязанский ГМУ)
- 2 Мария Полякова (Рязанский ГМУ)
- 2 Екатерина Миросердова (Тверской ГМУ)
- 3 Полина Ослопова (РНИМУ им. Н.И.Пирогова, Москва)
- 3 Елена Скляр (Первый МГМУ им. И.М.Сеченова, Москва)

## Кубок Совета ректоров медицинских и фармацевтических вузов

1. Первый МГМУ им. И.М.Сеченова.
2. Рязанский ГМУ им. И.П.Павлова.
3. РНИМУ им. Н.И.Пирогова.

## Призы Профсоюза работников здравоохранения РФ и Нижегородской областной организации Профсоюза работников здравоохранения РФ

- Сертификаты на 25 тыс. руб.:
1. Танцевальный коллектив TWINS, Первый МГМУ им. И.М.Сеченова, Москва в номинации «Эстрадный танец».
2. Ансамбль спортивного бального танца DanceLine (Красноярский ГМУ им. В.Ф.Войно-Ясенецкого) в номинации «Бальный танец».
3. Коллектив «Славяночка» (Ярославский ГМУ) в номинации «Народный танец».
4. Театральная студия «Двенадцать» (РНИМУ им. Н.И.Пирогова, Москва) в номинации «Драматический театр».

- Сертификаты на 20 тыс. руб.
1. Коллектив «Народная мозаика» (МГМСУ им. А.И.Евдокимова, Москва) в номинации «Народный вокал».
2. Вокальный ансамбль «Duodecim» (Казанский ГМУ) в номинации «Эстрадный вокал. Ансамбль».
3. Ансамбль Doctor dance (ПИМУ, Нижний Новгород) в номинации «Эстрадный танец».
4. Лаборатория танца «Мед» (Тверской ГМУ) в номинации «Эстрадный танец».
5. Ансамбль Baker's Dozen (Саратовский ГМУ им. В.И.Разумовского) в номинации «Уличный танец»

- Сертификаты на 10 тыс. руб.:
1. Алёна Лобашова (ГКБ № 13, Нижний Новгород) в номинации «Эстрадный вокал».
2. Дуэт Екатерина Дроздова и Алексей Феоктистов (ГКБ № 13, Нижний Новгород) в номинации «Эстрадный вокал».
3. Елена Братухина (Инфекционная клиническая больница № 23, Нижний Новгород) в номинации «Эстрадный вокал».
4. Екатерина Воронина (Нижегородская детская областная больница) в номинации «Эстрадный вокал».
5. Анастасия Абрамушина (Ижевский ГМА) в номинации «Эстрадный вокал».
6. Дарья Цыгина (ПИМУ, Нижний Новгород) в номинации «Эстрадный вокал».
7. Александр Булат (ПИМУ, Нижний Новгород) в номинации «Эстрадный вокал».
8. Вячеслав Винокуров (Курский ГМУ) в номинации «Эстрадный вокал».
9. Елизавета Грубова (ПИМУ, Нижний Новгород) в номинации «Живопись, графика».
10. Ульяна Жердецкая (Витебский ГМУ, Республика Беларусь) в номинации «Художественное слово».

- Приз «Медицинской газеты»
- Юлия Бурова (ПИМУ, Нижний Новгород)

Сотрудничество

# Помочь ветеринарным врачам

В рамках сотрудничества Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И.Пирогова с Верхневолжским государственным агробиотехнологическим университетом запланирована работа по психологической подготовке ветеринарных врачей, также намечены исследования и разработки в области ветеринарной фармакологии, протезирования, стоматологии, отработка высоких медтехнологий на животных с дальнейшим внедрением в гуманитарную медицину.

Договор о сетевой форме реализации программы подписали и.о. ректора Верхневолжского государственного агробиотехнологического университета (ВГАУ) Екатерина Малиновская и ректор РНИМУ им. Н.И.Пирогова Сергей Лукьянов.

«Предметом подписанного договора является реализация сторонами образовательной программы «Ветеринария» по направлению подготовки 36.05.01, уровень высшего образования – специалитет, очная и очно-заочная формы обучения (с использованием сетевой формы)», – говорится в документе.

По словам Е.Малиновской, основная цель сотрудничества двух университетов – научить ветеринарных врачей коммуникации, психологии общения и зоопсихологии. Домашние животные сейчас занимают достаточно большое место в жизни россиян. Важность грамотной работы с питомцами – задача высокой социальной значимости,

потому что в больших городах они иногда замещают владельцу родственников. В то же время отрасль встречается с целым рядом проблем, одна из них заключается в том, что ветеринарные врачи не умеют общаться с владельцами животных. Также отмечаются эмоциональное выгорание ветеринаров, алкоголизм, наркомания, суициды. Более 60% из них уходят из профессии в первые два-три года после выпуска.

«Однозначно, проблема очень серьёзная. Многие ветеринарные врачи приходят в вуз, совершенно не осознавая, что собой представляет эта профессия. Некоторые идут учиться, потому что любят домашних животных либо растут в сельской местности. Но когда врач не знает, как коммуницировать, то возникает масса конфликтов. Например, он не умеет задавать правильные вопросы, которые налаживают терапевтическое сотрудничество, а значит, не может получить ценную информацию, позволяющую ему поставить правильный диагноз. Часто случаются какие-то критические ситуации, когда необходимо не только оказать животному грамотную экстренную помощь, но и провести психологическую работу с владельцем, успокоить его. Я как практикующий врач неоднократно такое наблюдала. Это

занимает, наверное, 90% внимания специалиста. И если он не умеет с этим работать, то выгорание наступает очень быстро», – рассказала Е.Малиновская.

Всего в России сегодня работают 2 тыс. ветеринарных клиник. Отрасль зооиндустрии развивается очень интенсивно. Примерно на 30% вырос её оборот с 2017 по 2020 г., даже несмотря на пандемию ковида. Ежегодно в стране выпускается около 4 тыс. ветеринарных врачей, но не все приходят в профессию. Кроме того, по словам Е.Малиновской, они не всегда соответствуют требованиям современной ветеринарии.

«Ковид, кстати, являлся такой подталкивающей причиной, чтобы люди заводили животных, потому что это был определённый стресс, для многих также это стало возможностью выйти на улицу. Четыре тысячи ветеринарных врачей, к сожалению, не приходят в ветеринарные клиники и агропромышленный комплекс. Государство их учит, но они уходят из профессии. Начиная с 4-5-го курсов не видят перспективы в связи со сложностью общения с клиентами. Навыки работы с выгоранием, с владельцами животных необходимо внедрять ещё на студенческой скамье, ведь когда врач начинает практиковать, работать над этим уже поздно. Специалист

должен знать основы хорошей и правильной коммуникации со 2-го курса», – пояснила она.

Одна из причин выгорания ветеринара – принятие морально непростых решений.

«Одна из психологических проблем в профессиональной деятельности врача-ветеринара состоит в переносе отношений из системы «врач-животное», как тождество, на отношения «врач – хозяин животного». Отношения с питомцем воспринимаются как эмоционально значимые, доверительные, по аналогии выстраиваются отношения с его владельцем. Психологически трудные переживания возникают, когда хозяева принимают решение об эвтаназии животного. Для врача, который выполняет такую просьбу, это реальный психотравмирующий момент, следствием которого является профессиональная деформация врача, его эмоциональное выгорание», – пояснила В.Никишина.

Помимо сотрудничества в области психологической подготовки ветеринаров, участники встречи обсудили возможности совместной работы в ветеринарной стоматологии. Например, в рамках ординатуры по специальности «ветеринарный врач-стоматолог».

«В данном направлении у нас есть возможность создать сетевую

программу и совместно готовить ветеринаров. Ваши преподаватели – стоматологи, хирурги – очень заинтересованы в развитии ветеринарного направления, в котором мы можем им помочь», – поделилась Е.Малиновская.

Кроме того, есть интерес в развитии совместных научных исследований в области фармакологии ветеринарных препаратов, а также направлений эндоскопии и биопротезирования. Очень остро, по словам участников встречи, сегодня в отрасли стоит и проблема отсутствия законодательства, которое разрешает применять животным медицинские препараты.

В рамках мероприятия состоялась также демонстрация оборудования лаборатории практических навыков Института психологии и социальной работы РНИМУ. В частности, гостям представили экзокостик, основанную на интерфейсе «мозг – компьютер», технологию компьютерного зрения и систему функциональной ближней инфракрасной спектроскопии (fNIRS). Кроме того, участники встречи посетили Мультипрофильный аккредитационно-симуляционный центр «Учебный центр инновационных медицинских технологий» РНИМУ.

Иван ГЕОРГИЕВ.

## Из семейного альбома врача

На базе Свердловской областной клинической больницы № 1 состоялась презентация пятитомного издания «Медицинские династии Среднего Урала», приуроченного к Году педагога и наставника в России.

Участие в мероприятии приняли главные герои монументального труда – представители более 100 уральских семей, посвятивших свою жизнь медицине. В их роду есть земские врачи, фельдшеры, фронтовые хирурги, постовые медсёстры, врачи скорой помощи, основатели знаменитых медицинских школ и направлений. Многие династии уходят корнями в середину XIX столетия, а потомки этих славных семей, которые являются живыми легендами, продолжают и сегодня оказывать помощь уральцам в рамках нацпроекта «Здравоохранение».

«Мы чествуем династии родоначальников медицины Урала, которые заложили основу многочисленных достижений нашей системы здравоохранения и способствовали её высокой оценке на федеральном уровне. Сегодня дети и внуки продолжают преданное служение благородному делу спасения людей, начатому их отцами, дедами и прадедами. Благодаря изданной книге память об этих выдающихся династиях сохранится на века», – сказал первый заместитель министра здравоохранения Свердловской области Сергей Турков.

В пяти объёмных книгах представлены медицинские учреждения из всех округов Свердловской области: Ревды и Качканара, Асбеста и Нижнего Тагила, Серова и Каменска-Уральского, Туринской Слободы и Екатеринбурга, а временной охват исторического периода составляет более трёх веков. Инициаторы издания – Министерство здравоохранения Свердловской области, Свердловский областной медицинский колледж и Благотворительный фонд социальной поддержки медицинских работников им. Н.С.Бабича. Главные партнёры проекта – Свердловское региональное отделение Российского Красного Креста и Свердловский областной медицинский колледж (СОМК).

# Живые легенды уральского здравоохранения



Династия Ружниковых

Над подготовкой издания в течение 6 лет работала большая команда авторов, редакторов, фотографов, дизайнеров. На страницах книги можно встретить знаменитые фамилии – Лепешинский, Прудков, Шефер, Лидский, Сахаров, Миславский, Савичевский, составляющие славу отечественного здравоохранения. Сборник включает также рассказы о профессиональных династиях из малых городов Урала – Субботины, Гимадеевы, Астраханцевы, Козловы, Антоновы и другие. Труд нескольких поколений медиков внёс бесценный вклад в сохранение здоровья жителей городов и сёл региона.

Один из представителей ярких медицинских семей – руководитель Центра культуры и милосердия в здравоохранении СОМК доктор медицинских наук, профессор, протоирей Сергей Вогулкин. История его династии уходит в глубину веков и насчитывает более 360 лет. Выбор института для молодого Сергея был не прост, но логичен: прадед – фельдшер, дед – военный (ротный) фельдшер, мама и папа – врачи. Со временем Сергей Евгеньевич углубился в науку и защитил докторскую диссертацию в Военно-медицинской академии им.

Есть в пятитомнике и история семьи Холкиных из Туринской Слободы. Эта медицинская династия началась с Михаила Холкина, который в 1950 г. после окончания Ирбитской фельдшерской школы был направлен в 139-й морской госпиталь в Порт-Артуре Китайской Народной Республики, где служил 5 лет, а затем уже на родине работал в системе здравоохранения на различных должностях: от заведующего аптекой до фельдшера психиатрической больницы. Медицинскую династию продолжили Галина и Александр Холкины. Галина Ивановна вначале трудилась главным врачом Куминовской

могут людям фельдшер кабинета профлактатики, медицинский психолог Елена Холкина и заместитель главного врача Сергей Холкин. Их старший сын Егор также продолжает медицинскую династию и учится в Уральском государственном медицинском университете.

Династия Ружниковых началась с Лаврентия Герасимовича, который после участия в Первой мировой войне освоил профессию зубного врача и начал практиковать в Иркутске. Его супруга Екатерина Андреевна окончила курсы акушерства и помогала женщинам в родах. Их потомок Юрий Ружников на протяжении 18 лет возглавлял отделение судебной психиатрии областной психиатрической больницы, а в 1991 г. был назначен главным врачом областной наркологической больницы. Его супруга Татьяна Козлова из небольшого кабинета функциональной диагностики в Свердловском областном клиническом психоневрологическом госпитале для ветеранов войн создала целое отделение со штатом 30 человек.

Сын Александр, как и отец, стал психиатром, трудится в должности заместителя главного врача в областной клинической психиатрической больнице, а также возглавляет Свердловский областной центр судебной и социальной психиатрии. Второй сын, Юрий, работает в областном организационно-методическом консультативном отделе, а также преподаёт в СОМК.

Издание фундаментальной антологии об этих и других медицинских династиях Среднего Урала подтверждает: труд многих поколений медиков стал бесценным вкладом в сохранение здоровья жителей городов и сёл региона.

Алёна КСЕНИНА.

Екатеринбург.



Династия Вогулкиных

С.М.Кирова по проблемам сочетанной черепно-мозговой травмы. Теперь уже его внук, Сергей Левин, продолжит семейную династию – в этом году он поступил в Военно-медицинскую академию в Санкт-Петербурге.

участковой больницы, Александр Петрович – заместителем главного врача Слободо-Туринской ЦРБ, где затем его супруга долгие годы работала заместителем главного бухгалтера. По сегодняшний день в Слободо-Туринской больнице по-

А ещё был случай

# Везёт же акушерам!..

На закате перестройки, в конце 80-х годов, прилавки в магазинах были пусты. Дети быстро забыли, что такое печенье и конфеты. Взрослые, чтобы внести хоть какое-то разнообразие в свой скудный рацион, увлеклись самодеятельностью: делали «голландский» сыр из кислого творога, «коньяк» из подкрашенной дурным кофе самогонки или, например, майонез из яиц, подсолнечного масла и уксуса, подолгу взбивая эту варварскую смесь деревянной лопаточкой, чтобы добиться нужного цвета и привычной консистенции. Крупу, масло, сахар и другие продукты трудящиеся получали по талонам. Сигареты и водка служили валютой, их тоже давали по карточкам. Деньгами никто не интересовался, потому что купить что-либо было сложно.

А в родильном отделении Н-ской районной больницы об этих проблемах как будто забыли. Там каждый день ели торты, пили шампанское, и никакие продовольственные неурядицы никого не волновали. Почему? Всё просто: выписка в роддоме бывает почти ежедневно. Счастливые отцы, дедушки и бабушки несли в этот день в больницу вино, торт, пирожные, конфеты и прочие сладости. Такова традиция: не принято являться в роддом за новорождённым с пустыми руками.

В холодильнике акушера всегда стояли две бутылки шампанского. Хирурги и анестезиологи частенько приходили сюда по утрам, чтобы «поправиться».

Ворчали педиатры:  
– Мы детишек по шесть дней выхаживаем, по ночам не спим, а зефир и конфеты достаются гинекологам.

– А вы приходите на выписку. Может быть, и вам что-нибудь перепадёт, – ухмылялся заве-



дующий родильным отделением Потужной.

Но брать торты у родственников выписывающихся мамаш он всё же запретил. Конфеты – пожалуйста, шампанское – святое дело, а торт – ни в коем случае!

– Вы поймите, – объяснял он акушеркам, – они готовятся к выписке дней пять. Торт покупают заранее, потому что его не так-то просто достать. Где этот торт хранится почти неделю, в каких условиях – вот вопрос. Продукт скоропортящийся, нажрётесь сладостей – пупки у вас вздуются. Мне здесь, в родильном отделении, пищевые отравления абсолютно ни к чему: потом от санэпидемстанции не отвяжешься. Придёт комиссия, начнутся проверки, найдут тысячу нарушений... Предупреждаю: увижу у вас торт – разговор будет коротким.

На следующее утро вошёл он в ординаторскую и остолбенел: на столе стоял торт! Кремовый, с розочками.

Потужной вызвал старшую акушерку:

- Надя! Это что такое?
- Торт, Николай Петрович.
- Откуда?
- Живородкина выписалась. Родственники принесли мага-

рыч, чтобы мы копытца новорождённой обмыли...

– А я разве не говорил вам о том, что никакие кремовые прелести здесь не потерплю? – стал закипать Потужной.

– Говорили, Николай Петрович, но... что же с ним делать, если дают?

– А вы не знаете, что делать? – Нет...

– Стало быть, моё слово для вас не указ? С первого раза не понимаете?

– Но Николай Петрович... – Что «Николай Петрович»? – взорвался Потужной. – Отравитесь этой гадостью, а мне отвечать?

– Ну уж сразу и гадость... Он вроде неплохой...

– Ах, неплохой...

В порыве гнева он схватил торт и с силой запустил его в стенку. Розочки живописно впечатались в обои. Надя в слезах выбежала из ординаторской.

Минут через 15 доктор успокоился и, вздохнув, пошёл к Наде извиняться.

Вошёл он к старшей акушерке в кабинет и что увидел? Точно такой же торт с розочками жёлтыми, синими и красными, толстым слоем жирного крема на пышном бисквите, но только

ещё больше первого! Потужной окаменел.

– Что это?! – грозно спросил он после многозначительной паузы.

– Это... это... выписалась Сосцова...

– Ага, Сосцова! – он рысью подбежал к столу. – Вот я вам сейчас покажу... Сосцову...

Обеими руками сгрёб со стола торт и вlepил его в стенку.

Именно в этот момент ворвался в кабинет педиатр Меконичев. Он был взволнован.

– Слушайте, ребята, – начал он с ходу не здороваясь. – Что у вас происходит? Захожу сейчас в ординаторскую, а там, на стене...

И в замешательстве замер: на обоях, прямо над сейфом с медикаментами, красовалась большая кремовая клякса (почти такая же, как в ординаторской!), которая совсем ещё недавно была великолепным тортом.

– Что это такое? – растерялся Меконичев. – Что, чёрт возьми, у вас тут...

И задохнулся от возмущения, не в силах закончить свою фразу.

– Да вот, Николай Петрович развлекается, тортами кидается... – сердито пожала плечами Надя.

– Ну-у, знаете, мы там жизни не видим, – негодующе проткнул Меконичев и кивнул в сторону главного корпуса больницы. – Еле концы с концами сводим, а здесь акушеры совсем обнаглели. Жируют, сволочи!

**ОБ АВТОРЕ.** Алексей Станиславович родился в Жданове (ныне Мариуполь) Донецкой области. Окончил лечебный факультет 2-го МОЛГМИ им. Н.И.Пирогова в 1982 г. Работал акушер-гинекологом в Тамбовской области. В настоящее время – главный редактор медицинского издательства.

Поэтической строкой

Анастасия ВИНОГРАДОВА

## Может, я ещё вернусь...

Опять пишу стихи я на уроке...  
Стучит осенний лист в сухую раму,  
И в сон клонит от мерного жужжания  
Родного класса, реплик «классной дамы»...  
Последний год я вижу эти стены,  
Окрашенные в цвет былого лета;  
Последний год звонок на перемену  
Звенит назло теории Виета...  
Последний раз сижу за этой партой  
И над соседом весело смеюсь...  
Уйди, тоска! Прощанье будет стартом.  
Кто знает, может, я ещё вернусь...  
Спустя года, спустя хоть полстолетия,  
Быть может, к этим стенам прикоснусь  
И вспомню дни былого малолетства,  
И кроткою улыбкой улыбнусь...

\* \* \*

Автобус. Час пик. На улице – дождь,  
А в душном металле –  
живые консервы и дрожь...  
Промокшие зонтики,  
холодные липкие брюки...

И руки...  
Всё намертво переплелось  
под монотонные звуки  
Мотора и проржавевшей колёсной рессоры...  
Алкаш краснорожий затеял ссору  
с водителем – тет-а-тет...

Открылись двери, закрылись – пьянчуги нет...  
Лишь слово виднеется,  
разорванное наполовину,  
Обычное слово, знакомое с детства нам,  
Четыре белые буквы славянского алфавита,  
Истёртые спинами, исцарапанные,  
почти не видно...

Читаю, и не пойму, в чём подвох, –  
Рассудок твердит, что «вход» это,  
а сердце трепещет – «вдох»...

\* \* \*

Новый день постучался в окно  
Неуверенной детской рукой.  
Скорчил рожицу через стекло  
И капризно тряхнул головою.

Что принёс он с собой в этот раз  
За спиной в мешочке бездонном?  
Свет знакомых мне любящих глаз?  
Одиночество в стенах бетонных?  
В тёплом свитере, с кофе в руке  
Сяду кошкою на подоконник  
И рукой на замёрзшем стекле  
Нарисую знакомый мне домик.  
И в малюсеньком светлом оконце  
Я потом нарисую себя,  
А над домом – огромное солнце,  
А у дома – родная земля.

Бамако		Составляющая стали		<b>СКАНВОРД</b>										Сжимающие	Деталь оружия	Понятно	Носовой	Хоста												
				Ремень	Предел	Расход	...-банк	Древнее хол. оружие	Арипипразол						Обманщик															
Пришвин, рассказ	Ярмо (стар.)					Сторона монеты			Грузин. флейта	Герой у Багрицкого		Спутник Земли	Мантурово, река			Смотри в ...!		Индеец, Перу												
		Часть зарплат	Хол. закуска		... точной (воин.)			Кислород				Индосамент			Ящерица, Юж. Азия															
Попер. балка на судне	Олень, Америка	Приступ удушья				Челентано, фильм		Огненный камень		Большой сад			Хан волж. калмыков		... Гуд															
				Особо выделанная овчина		Медь, олово			Нем. живописец	Живет в Дагестане					Лодка у чукчей															
Обину-тузу-маб	Косметика	Детский голос				Нога зверя				Бараний горох																				
				Франц. физик				Ряд арок																						
Автор Валерий Шаршуков		Англ. единица массы				Воен. совет, Кутузов				Теннис, партия																				
												Л	Я	К	У	Т	С	К	С	К	У	П	Ы	Р	Ь					
												Е	Ф	И	М	С	О	Я	Л	Г	Н	О	М	А	О	А	Ж			
												К	А	Б	А	З	Л	О	Д	К	А	А	Б	А	Р	И	Ч	А		
												Р	Е	Ж	Ч	У	М	А	Р	Д	Р	У	Г	Т	А	Р	О	К	Н	О
												О	У	Т	Д	С	П	О	Р	А	К	А	С	И	В	И	Л	Е	К	Т
												Л	И	Р	И	К	Г	Р	У	А	Р	М	И	Л	Л	А	И	Р	А	К
												И	Н	Т	Е	Л	Е	Г	А	С	О	Ф	Т	О						
												Н	А	Р	У	С	Б	У	Д	У	А	Р	К	И	Л					
												Л	Л	Е	К	А	Л	О	К	И	Р	А	С	А						

Ответы на сканворд, опубликованный в № 44 от 10.11.2023.

Полное или частичное воспроизведение или размножение каким-либо способом материалов, опубликованных в настоящем издании, допускается только с письменного разрешения редакции газеты. Мнение редакции может не совпадать с точкой зрения авторов. Редакция имеет право публиковать присланные в свой адрес материалы. Факт пересылки означает согласие автора на передачу редакции прав на публикацию и получение соответствующего гонорара. Материалы, помеченные значком публикуются на правах рекламы. За достоверность рекламы ответственность несёт рекламодатель.

Главный редактор А.ПАПЫРИН.  
Редакционная коллегия: И.БАБАЯН (ответственный секретарь), Е.БУШ, В.ЕВЛАНОВА, В.ЗАЙЦЕВА, В.ЗИНОВЬЕВ (зам. ответственного секретаря), А.ИВАНОВ, Т.КОЗЛОВ, В.КОРОЛЁВ, Г.ПАПЫРИНА, Ф.СМИРНОВ (редактор сайта).  
Дежурный член редколлегии – Т.КОЗЛОВ.

Справки по тел.: 8 (495) 608-86-95. Рекламная служба: 8 (495) 608-85-44.  
Отдел изданий и распространения: 8-916-271-08-13.  
Адрес редакции, издателя: 129110, Москва, ул. Гиляровского, 68, стр. 1.  
E-mail: mggazeta@mgzt.ru (редакция); rekmedic@mgzt.ru (рекламная служба); inform@mgzt.ru (отдел информации); mg.podpiska@mail.ru (отдел изданий и распространения); medgazeta72@mail.ru (электронная подписка); www.mgzt.ru  
ИНН 7702394528, КПП 770201001, р/с 40702810338000085671, к/с 30101810400000000225, БИК 044525225 ПАО Сбербанк г. Москва

Отпечатано в ОАО «Московская газетная типография».  
Адрес: 123022, Москва, ул. 1905 года, д. 7, стр. 1  
Заказ № 3037  
Тираж 14 009 экз.  
Распространяется по подписке в Российской Федерации и зарубежных странах.

