

Здравоохранение-2022: главные темы.

Стр. 5

Власти регионов ничем не ограничены в принятии решений по развитию торговой сети алкобизнеса и делают, что хотят.

Стр. 7

Механизмы декриминализации правонарушений в медицинской деятельности.

Стр. 11

Акценты

Достояние народа и страны

Какое отношение к одному из новых символов медицинской России может иметь «наше всё» хирург Николай Пирогов?



На склоне лет Николай Пирогов вопрошал: «Отчего так мало автобиографий? Отчего к ним недоверие? Верно все согласятся со мною, что для мыслящего, любознательного человека нет предмета, более достойного внимания, как знакомство с внутренним бытом каждого мыслящего человека...».

И, рассуждая в самом начале своего философского «Дневника старого врача» о причинах небольшой популярности «открытой исповеди», предлагал читателю-собеседнику на выбор точные ответы: «Одним целую жизнь некогда; другим вовсе не интересно, а иногда и зазорно оглядеться на свою жизнь, не хочется вспомнить прошлого; иные – и из самых мыслящих – полагают, что после изданных ими творений, им писать о себе более не нужно; есть и такие, которым действительно писать о себе нечего: всё будет передано другими; наконец, многих удерживают страх и разного рода соображения».

Образчики классического автобиографического жанра – чаще в прозаической и реже в поэтической

Лауреат международной Пироговской премии за 2022 г. академик РАН В.Малеев (в центре)

форме – и в наше время ничуть не отосимы к распространённой пище для ума и сердца. Другое дело, ставшие уже привычными современные нарративы. Автобиографическое начало, отсылка к корням всегда главенствуют, например, на праздничных торжествах в стенах Национального медико-хирургического центра им. Н.И.Пирогова Минздрава России по случаю достижения столбовых вех. Вот и недавнее 20-летие одного из самых лучших в стране храмов врачевания, воспитания, медицинского образования и медицинской науки отмечалось при активном «посредничестве» Николая Ивановича. Редкий оратор из команды хозяев мероприятия, а также из приглашённых гостей в разговоре с залом о настоящем благовейно не перекидывал мостик в прошлое, в первую очередь к заслугам человека, увековеченного в названии учреждения по Нижней Первомайской улице. Если допустимо представить, будто знаменитый автор «Дневника старого врача», так и оставшегося, увы, неоконченным после 3 лет вдохновенного труда, мог узнать, что история «внутреннего быта» Пироговского центра

пишется последователями в духе заветных им традиций, и причём не официальные два десятка лет, а, по сути, более века, то есть основания полагать: патриарх отечественной хирургии был бы счастлив...

Совершенно подobaющим и достойным выглядел условный коллективный поклон участников президентской конференции и расширенного заседания учёного совета (в их рамках и проходило собрание), с благодарностью ответственный со сцены в сторону ещё одного учителя российских и зарубежных хирургов – инициатора, основателя и бессменного президента НМХЦ им. Н.И.Пирогова академика РАН Юрия Шевченко. Для выражения глубоких чувств коллегами, соратниками, учениками, представлявшими не единственно Москву и Санкт-Петербург, но и другие российские регионы, помимо круглой даты с момента образования центра, имелось ещё одно побуждение: в уходящем 2022 г. Юрию Леонидовичу исполнилось 75 лет.

(Окончание на 4-й стр.)

Дорогие друзья!

От всей души поздравляю вас с Новым 2023 годом!

В канун Нового года мы подводим итоги и строим планы на будущее, вспоминаем лучшие моменты и мечтаем о новых свершениях.

Врачам, медицинским работникам, организаторам здравоохранения точно есть, чем гордиться. За прошедший год, благодаря общим усилиям всей системы здравоохранения и применению эффективных российских вакцин, нам удалось взять под контроль ситуацию с новой коронавирусной инфекцией. Высокий уровень вакцинации населения против гриппа перед началом зимнего сезона позволил сделать эпидемиологический процесс управляемым, привёл к уменьшению числа госпитализаций.

«Медицина слагается из науки и искусства, и над ними простирается чудесный покров героизма», – сказал профессор и популяризатор медицинской науки, почётный профессор медицинского университета им. И.М.Сеченова Гуго Глязер. Наши медицинские работники доказывают это ежедневно – самоотверженно и искренне. Реализация комплексных мер по повышению доступности и качества оказания медицинской помощи помогла увеличить ожидаемую продолжительность жизни – этот показатель в ноябре оказался на 2,4 года выше по сравнению с показателями 2021 г.

Модернизация первичного звена здравоохранения делает медицинскую помощь более доступной, эффективной и комфортной. Поликлиники и фельдшерско-акушерские пункты оснащаются новым современным оборудованием. Цифровая трансформация, создание цифровых двойников граждан, использование возможностей искусственного интеллекта с обработкой больших массивов данных

позволяют освободить время врача для непосредственного оказания медицинской помощи и помогают ему выстраивать программы профилактики новых заболеваний и снижения рисков осложнения уже имеющихся. Очень востребован в настоящее время сервис дистанционной записи к врачу – это позволяет избавить пациента от лишних походов в поликлинику.

В онкологической службе созданы Центры амбулаторной онкологической помощи, что позволяет приблизить специализированную медицинскую помощь к месту жительства пациента, снизить сроки постановки диагноза, наилучшим образом организовать лечение. Сегодня в стране открыто более 450 таких центров, и это позволяет сделать медицинскую помощь более удобной и комфортной, возле места проживания пациента. Мы должны слышать пациентов и откликаться на их запросы, выстраивая ориентированное на нашего пациента здравоохранение.

Активно развивается процесс интеграции в российскую систему здравоохранения новых субъектов Российской Федерации. Решаются вопросы кадрового обеспечения, медицинского образования, обязательного медицинского страхования, повышения уровня оснащения медицинских организаций. Жителям новых территорий уже в полной мере оказывается плановая и экстренная медицинская помощь, в том числе на базе федеральных медицинских организаций.

Хотел бы пожелать всем медицинским работникам нашей страны добра, счастья и, конечно, крепкого здоровья.

Пусть год будет щедрым на новые успехи, добрые дела и тёплые отношения.

Михаил МУРАШКО,
министр здравоохранения
Российской Федерации.

ДЕЛОВЫЕ ВСТРЕЧИ

Лейла НАМАЗОВА-БАРАНОВА

Президент Союза педиатров России, академик РАН:

Вакцинация – самая эффективная профилактическая технология, снижающая заболеваемость, помогающая предупреждать огромное количество смертей, способствующая укреплению здоровья, сокращающая экономические расходы.



Стр. 6-7

Новости

Расширили программу исследования новорождённых

В Хакасии начали применять расширенный неонатальный скрининг новорождённых для раннего обнаружения наследственных и врождённых заболеваний. Пресс-служба Минздрава республики сообщила, что в рамках реализации нацпроекта «Здравоохранение» с января текущего года число заболеваний, которые включены в программу исследования неонатального скрининга, расширено до 36.

Скрининг помогает обнаружить такие заболевания, как адреногениальный синдром, врождённый гипотиреоз, муковисцидоз и другие. Все 36 недугов имеют достаточно эффективное лечение.

Обследование новорождённого проводится только при наличии письменного согласия родителя или законного представителя.

Виктор КОТЕЛЬНИЧЕСКИЙ.

Республика Хакасия.

Телемедицина внедряется в Запорожской области

В рамках совершенствования технологий оказания медицинской помощи в Мелитопольском областном онкодиспансере внедрена система удалённых телемедицинских консультаций в режиме «врач – врач».

По результатам проведённой консультации с экспертами НМИЦ онкологии им. Н.Н.Блохина ребёнок 16 лет со злокачественным новообразованием (подногтевая меланома) госпитализирован в НИИ детской онкологии и гематологии им. Л.А.Дурнова для оказания неотложной медицинской помощи и определения дальнейшей тактики лечения в условиях федерального специализированного центра.

– Все запросы и ответы циркулируют только по специальным информационным системам связи, поэтому личные данные пациента и сведения, относящиеся к врачебной тайне, защищены на 100%, – сообщила начальник отдела по лечебно-профилактической работе Минздрава Запорожской области Людмила Коломоец.

Она отметила, что главное преимущество такого формата – возможность получить экспертное мнение ведущих специалистов страны, сократить время на принятие решения в трудных, нетипичных или спорных ситуациях, для того чтобы как можно раньше начать или скорректировать необходимое лечение.

Анатолий ПЕТРЕНКО.

Запорожская область.

Всё закончилось благополучно

В Волгоградский областной перинатальный центр № 2 поступила пациентка с подозрением на осложнение течения беременности. Результаты обследования показали, что у женщины, которая находится на 32-33-й неделе беременности, – непроходимость кишечника.

Как сообщает пресс-служба Комитета здравоохранения области, случай был действительно уникальным – больной требовалась срочная операция, однако ситуация осложнялась тем, что пациентка ожидала появления на свет двойни.

Специалистами перинатального центра и Волгоградской областной клинической больницы № 1 было принято решение выполнить досрочные роды с последующим хирургическим лечением кишечной непроходимости. Для этого хирургам пришлось выехать в перинатальный центр. Операция проходила под руководством главного специалиста по хирургии Арины Землянской.

– Операция на любом сроке беременности это всегда риск – нежелательно делать рентген, давать наркоз. Однако хирургическое вмешательство было необходимо. Мы старались быть крайне аккуратными: реаниматологи отработали профессионально, акушеры-гинекологи довели беременность до логического завершения, – говорит А.Землянская.

Все закончилось благополучно, после хирургического вмешательства пациентку перевели в хирургическое отделение областной больницы. В настоящее время женщина заканчивает стационарный этап лечения и готовится к выписке под наблюдение специалистов амбулаторного звена.

Юрий ДАНИЛОВ.

Волгоградская область.

Смертность в новогодние каникулы снизилась

Во время новогодних каникул в России зафиксирован самый низкий показатель смертности населения за последние 4 года. По оперативным данным, в период с 30 декабря по 5 января в стране от всех причин умерло на 20% меньше людей, чем за тот же период прошлого года, что является самым низким показателем с 2020 г.

Медицинская служба страны в период новогодних и рождественских праздников работала в усиленном режиме, оперативно оказывая все виды медицинской помощи, что позволило значительно снизить число умерших от основных групп заболеваний, в том числе сердечно-сосудистых и онкологических. В то же время вызывает тревогу рост смертности от внешних причин, который в период с 30 декабря по 5 января составил почти 15% к уровню прошлого года, сообщили в Минздраве России.

– К сожалению, не все граждане следуют призывам ответственно относиться к своему здоровью и здоровью близких – отказаться от алкоголя, соблюдать правила дорожного движения и здоровьесберегающего поведения, что, порой, приводит к страшным последствиям в виде ДТП, пожаров и других чрезвычайных ситуаций. Для сохранения жизни и здоровья важен ответственный и разумный выбор каждого из нас, – сказал помощник министра здравоохранения РФ Алексей Кузнецов.

Сергей ФЁДОРОВ.

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

Профсоюз – детям

Мечты сбываются!

Новый год – время дарить подарки и радость

Традиционная профсоюзная ёлка прошла в Махачкале. В этом году она была не совсем обычной – на неё пригласили детей медицинских работников, работающих в зоне специальной военной операции.

С новогодним поздравлением к детям и их родителям обратилась министр здравоохранения республики Татьяна Беляева. «Неспокое время сегодня. Но никто из детей не должен остаться без внимания, особенно дети, родители которых находятся на передовой», – сказала она.

Председатель Дагестанской республиканской организации профсоюза работников здравоохранения РФ заслуженный врач России Зумруд Бучаева отметила, что профсоюз сделал всё, чтобы подарить детям запоминающийся праздник и провести его вместе с ними. «Всего на Новогоднюю ёлку



Т.Беляева и З.Бучаева с участниками праздника



Надо верить в чудеса

приехали свыше тысячи детей, семей коллег, работающих в подведомственных Минздраву Дагестана лечебных учреждениях. Реском подарил детям новогодние подарки».

Любимое зимнее массовое мероприятие для детей сотрудников больницы и поликлиник представили постановкой по сказке «Двенадцать месяцев» Самуила Маршак. Так была создана красивая атмосфера волшебства и веры в торжество света, тепла, весны. Словно подсаживая детей, что холодные дни пройдут и будет больше радостных... Ведь Новый год – время, когда принято загадывать самые заветные желания. А праздник обязательно зарядит энергией, добротой и уверенностью в будущем.

Алексей ПИМШИН.

Перспективы

Автомобилизация в рамках модернизации

Проект «Модернизация первичного звена здравоохранения» продолжает оснащение больниц Чеченской Республики для своевременного получения жителями качественной медицинской помощи.

Так, автопарк Ачхой-Мартановской ЦРБ пополнили ещё 3 легковых автомобиля Lada Vesta. Новый транспорт послужит для выездов терапевтической службы к месту жительства пациентов, а в случае необходимости на нём же можно будет отвезти больного в районную поликлинику на обследование. Мобильность медиков не ограничивается лишь транспортными услугами: на месте проводится осмотр и оценка состояния здоровья пациентов. При необходимости человека отвозят на дополнительное

обследование или корректировку лечения в поликлинику

«Очередное поступление в наш автопарк – огромная поддержка системе здравоохранения района, – подчёркивает главный врач больницы Хава Чегарбиева. – Своевременный выезд терапевта, оказание квалифицированной помощи на дому играет колоссальную роль в лечении больного. Расширяются возможности выездной работы».

Автомобили отправятся во врачебные амбулатории сёл Хамби-Ирзи, Шаами-Юрт и Янди. А значит – удастся ещё лучше удовлетворить потребности жителей сельских поселений в медицинской помощи. Это уже третья поставка автомобилей в район за прошлый год. Ранее в рамках модернизации первичного звена здравоохранения больница получила три машины.

Такого рода «автомобилизация» уже приносит свои плоды. Например, в селе Валерик Ачхой-Мартановского района активизировалась работа терапевтической службы, в частности, речь идёт о диспансерном наблюдении маломобильных пациентов на дому. В ходе выездной работы терапевтическая бригада может за один день навестить в среднем 10 таких пациентов. Это люди, которые из-за преклонного возраста, тяжёлой травмы или заболевания не могут самостоятельно посетить больницу.

«До этого мы испытывали трудности с посещениями на дому, так как село небольшое, население свыше 7 тыс. человек, из них больше половины – взрослое. Чтобы навестить пациента, приходилось проделывать путь пешком или вызывать такси. К счастью, эта проблема осталась позади», – говорит заведующая врачебной амбулаторией села Валерик Асет Атабаева.

Рубен КАЗАРЯН, соб. корр. «МГ».

Чеченская Республика.

Признание

Памятник медикам в Нижнем Новгороде

Памятник «Три врача», посвящённый медикам, принявшим участие в борьбе с пандемией, открыли в Нижнем Новгороде. В церемонии открытия приняли участие министр здравоохранения РФ Михаил Мурашко и губернатор Нижегородской области Глеб Никитин.

Основание памятника медикам, принявшим участие в борьбе с пандемией новой коронавирусной инфекции, было заложено на тер-

ритории нового корпуса инфекционной больницы № 23 в первый год пандемии – 1 августа 2020 г. Этот памятник – знак уважения и благо-

дарности за самоотверженность, ответственность и профессионализм медицинских работников.

Сейчас в больнице более 240 пациентов (загрузка около 70%). Грипп, пневмонии, ковид – в новогодние праздники у врачей было немало работы.

Павел БАЛАГИН.

Идеи

Новая форма статистического наблюдения

Приказом Росстата № 993 от 30.12.2022 утверждена форма федерального статистического наблюдения с указаниями по её заполнению для организации федерального статистического наблюдения за обращением с медицинскими отходами. Сведения за отчётный год организации должны будут предоставить в региональный орган Роспотребнадзора до 1 февраля 2023 г.

По форме федерального статистического наблюдения № 2-Медотходы «Сведения об обращении с медицинскими отходами» должны отчитываться юридические лица и ИП, осуществляющие деятельность

по производству лекарственных средств и медицинских изделий; в области обращения с отходами, образующимися в процессе медицинской и фармацевтической деятельности; в области использования возбудителей инфекционных заболеваний и генно-инженерно-модифицированных организмов в медицинских целях; а также при производстве, хранении биомедицинских клеточных продуктов.

Форму не обязаны сдавать малые и средние предприятия, если за отчётный год у них были только отходы класса А менее 100 кг.

Если организация имеет обособленные подразделения в том же регионе, где ведёт деятельность,

она вправе подать один отчёт по юрлицу. Если подразделения расположены в разных субъектах, отчёты нужно сдать в каждом из них.

Классификация медицинских отходов в отчёте приведена в соответствии с Федеральным законом № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан» и с Постановлением Правительства РФ № 681 от 04.07.2012 «Об утверждении критериев разделения медицинских отходов на классы по степени их эпидемиологической, токсикологической, радиационной опасности, а также негативного воздействия на среду обитания».

Игорь КОРАБЛЁВ.

Официально

Регламент для медвытрезвителей

Совместным приказом федеральных Минтруда, Минздрава и МВД обновлены правила организации работы специализированных организаций для оказания помощи людям, находящимся в состоянии алкогольного, наркотического или иного токсического опьянения. Документ заменит принятый в 2021 г. регламент для медвытрезвителей.

Приказом устанавливается, что поступивший в такое медучреждение пациент должен пройти первичный медосмотр, в ходе которого медработник будет не только оценивать состояние сознания и способности к передвижению, но и «признаки причинения вреда здоровью, в отношении которых име-

ются достаточные основания полагать, что они возникли в результате противоправных действий». В ряде случаев информация должна будет передаваться в полицию.

Как было установлено ранее, попавшим в вытрезвитель россиянам обеспечат отдельное спальное место и предоставят одежду и обувь. Срок временного пребывания в учреждении не должен превышать 24 часа (кроме случаев, когда истечение этого срока приходится на ночное время). При этом гражданин может отказаться от содержания в спецорганизации.

Не изменились также рекомендуемые штатные нормативы вытрезвителей – шесть медработников на 20 мест. За последний год МВД получило больше доступа к медицинским данным россиян.

Так, в декабре Минздрав изменил порядок наблюдения за людьми с хроническими психическими расстройствами: в документе прописали обязанность психиатра сотрудничать с полицией для «предупреждения общественно опасных действий».

Осенью минувшего года также стало известно, что Минздрав России рассматривает создание федерального регистра людей с тяжёлыми психическими расстройствами, которые могут быть потенциально опасны для общества. Права на доступ к такой базе уже потребовали в МВД. При этом в ведомстве считают раскрытие информации о таких пациентах правоохранительным органам разглашением врачебной тайны.

Вячеслав ДАШКОВ.

Криминал

Быть справедливым на деле

Суд вынес приговор анестезиологам-реаниматологам Советской центральной районной больницы (ЦРБ) в Алтайском крае. Они признаны виновными в оказании услуг, не отвечающих требованиям безопасности, повлекших по неосторожности смерть ребёнка (пункты «б» и «в» ч. 2 ст. 238 УК РФ). Об этом сообщила пресс-служба регионального управления Следственного комитета РФ.

Годовалая девочка с термическими ожогами тела I-II степени поступила в медучреждение 11 января 2021 г. Заместитель главного врача (по совместительству врач анестезиолог-реаниматолог) и его коллега приняли решение поставить ей капельницу

для профилактики обезвоживания. А поскольку периферические вены у пациентки отсутствовали, была задействована подключичная вена. Но при этом, как установило следствие и суд, были использованы иглы «большого диаметра, не соот-

ветствующие возрастной группе», а также без ультразвуковой визуализации и ЭКГ-мониторинга.

В тот же день девочка скончалась. Согласно результатам судебной экспертизы, к смерти ребёнка привели действия врачей, нарушившие порядок проведения медицинской манипуляции.

Суд назначил обоим врачам наказание в виде 3 лет лишения свободы в исправительной колонии общего режима. Им также запрещено заниматься врачебной деятельностью два года.

Григорий МАТВЕЕВ.

Подписка-2023

Продолжается подписная кампания

Акция для подписчиков

Уважаемые читатели!

Редакционная подписка на электронную и бумажную версии профессионального издания «Медицинская газета» продлена до 1 марта 2023 г. по ценам 2022 г. на первое полугодие 2023 г. и на год (2023).

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

Справки по телефонам:

8 (495) 608 85 44, 8 (916) 271 08 13.

О подписке на «Медицинскую газету» читайте на сайте www.mgzt.ru

Инициатива

Школа профессионального роста действует

В Москве началось обучение шестого потока «Школы профессионального роста» – проекта Департамента здравоохранения Москвы, позволяющего выпускникам медицинских вузов погрузиться в специальность и повысить уровень своих компетенций. Участниками школы стали 55 будущих врачей, рассказала и.о. директора Кадрового центра департамента Юлия Уварова.

«Школа профессионального роста» помогает выпускникам московских медицинских вузов начать карьеру в системе столичного здравоохранения и максимально эффективно пройти адаптационный период. Полугодовая обучающая программа включает в себя теоретические и практические блоки, а также стажировку под руководством личного наставника в медицинской организации, куда в дальнейшем будет трудоустроен участник проекта. За время обучения в школе ребята отшлифуют полученные знания на практике и будут готовы полноценно применять их с первого дня своей работы. Участниками школы стали 55 человек», – заявила Ю. Уварова.

Первое занятие «Школы профессионального роста» состоялось на площадке Кадрового центра. Вводные лекции провёл куратор проекта, главный специалист по первичной медико-санитарной помощи взрослому населению Департамента здравоохранения Москвы, главный врач Консультативно-диагностической поликлиники № 121 Андрей Тяжелников.

В шестой поток проекта вошли наиболее востребованные специальности. Для студентов 6-го курса это «терапевт участковый» и «педиатр участковый». Для

ординаторов второго (последнего) года обучения – специальности «педиатрия», «терапия», «ультразвуковая диагностика», «кардиология», «инфекционные болезни», «офтальмология», «анестезиология-реаниматология», «онкология».

Участниками проекта «Школа профессионального роста» могут стать студенты 6-го курса и ординаторы второго года обучения, отобранные по результатам конкурса. Проект гарантирует будущим врачам трудоустройство на 2 года в организациях столичной системы здравоохранения. Готовность принять на стажировку участников 6 потока выразили 50 городских медицинских организаций.

Отбор в «Школу профессионального роста» проходил в рамках пяти этапов с 10 октября по 13 декабря 2022 г. Последним из них стала серия интервью с главными врачами медицинских организаций, в которых будут проходить стажировку участники проекта. Кандидаты, успешно прошедшие все отборочные мероприятия, получили гарантийные письма от медицинских организаций и статус участников проекта.

Полугодовая учебная программа поможет будущим врачам получить углублённые знания по своей специальности и пройти адаптацию на будущем месте работы. Участникам проекта будет выплачиваться ежемесячная стипендия в размере 25 тыс. руб.

Обучение включает в себя теоретические и практические занятия, лекции, мастер-классы и стажировку под руководством личных наставников. В случае успешного прохождения итоговой аттестации участникам гарантировано трудоустройство на 2 года в системе здравоохранения Москвы.

Борис ЕФИМОВ.

Перемены

Выделены средства на строительство и реконструкцию

Из федерального бюджета дополнительно выделено 38,8 млрд руб. на строительство и реконструкцию медицинских учреждений. Об этом сообщила пресс-служба Правительства РФ. Средства будут направлены на объекты стоимостью свыше 3 млрд руб. по госпрограмме «Развитие здравоохранения» в течение 3 лет. Менее дорогостоящие объекты будут профинансированы в рамках действующих федеральных проектов, отмечается в сообщении.

Большая часть средств (26,4 млрд) поступит в регионы уже в 2023 г., следует из распоряжения правительства. В 2024-м будет направлено 11,8 млрд руб., в 2025 г. – 667 млн. Планируется, что с помощью этих средств будут построены или модернизированы 19 медучреждений в 17 регионах.

В частности, с помощью допсредств в Уфе завершат строительство Республиканского центра детской онкологии и гематологии, в Саратове возведут онкологический и противотуберкулёзный диспансеры, в Орле – многопрофильный медицинский центр, в Тульской

области – онкологический центр, в Курске – многопрофильную детскую областную больницу. Также за счёт федеральных субсидий в Омске начнётся строительство детского инфекционного стационара, а в Красноярске – детской многопрофильной больницы. Будут построены хирургические корпуса для областного онкодиспансера в Воронеже, областной детской больницы в Липецке и Алтайского краевого центра охраны материнства и детства в Барнауле.

В последние месяцы правительство регулярно направляет дополнительные деньги на завершение строительства медучреждений. Удорожание объясняется ростом цен на стройматериалы и услуги. Например, стоимость нового инфекционного корпуса детской больницы в Ульяновске достигла 3 млрд руб. На 600 млн подорожало строительство детского реабилитационного центра в Подольске.

Суммарно общие инвестиционные расходы бюджета на медицинскую отрасль составят в 2023 г. 110,1 млрд руб. с последующим снижением до 83,1 млрд и 47,5 млрд в 2024-2025 гг.

Олег РОМАШОВ.

(Окончание. Начало на стр. 1.)

Два повода, сплетённые в одну «праздничную корзинку» скромного, но яркого трёхчасового действия, подводили к микрофону поочерёдно врачей, ректоров медицинских вузов, руководителей научных учреждений и глав профессиональных общественных организаций из того существующего особого слоя медицинского сообщества, которое за преданность идеалам великих хирургов можно смело назвать «пироговско-шевченковским». Гости-единомышленники предавались воспоминаниям о сделанном когда-то правильном выборе на тех или иных поворотах судьбы (личной, а то и целых медицинских коллективов) ценою личного участия и высшей степени отзывчивости бывшего министра здравоохранения России. Единомышленники из собственно Пироговского центра, сегодня работающие вместе с Юрием Леонидовичем, устроили показ двух новых замечательных фильмов с биографическими мотивами. Первый языком многочисленных фотографий, в том числе из личного архива шефа, под звуки песни «Мой путь», рассказывал об этапах восхождения Юрия Леонидовича к профессиональным вершинам. Второй – перелистывал страницы «родовой» истории федерального учреждения и демонстрировал его силы и возможности в нынешнем статусе многопрофильного, гармонично развивающегося медицинского центра, где оказывается специализированная и высокотехнологичная медицинская помощь жителю 79 российских регионов и зарубежным гражданам.

Однако всё это, как и важнейшая часть торжества – длинная, но захватывающая церемония награждения медицинских и общественных достижений «пироговскими» званиями и орденами, почётным дипломом и знаком академика Ю.Шевченко, международной медалью Теодора Бильбота, было после.

Открылся же праздник совместным вступительным словом президента НМХЦ Ю.Шевченко и генерального директора центра Олега Карпова, в котором они первым делом напомнили, почему правдивый возраст медицинского храма им. Н.И.Пирогова в Москве гораздо старше 20-летнего, принятого за точку отсчёта. Прародителями его считаются сразу несколько учреждений: хирургическая лечебница Александра Чегодаева, распахнувшая двери в Гагаринском переулке ещё в 1907 г., так называемая поликлиника старых большевиков, носившая имя Ф.Дзержинского, Вторая республиканская больница в Измайлово, чьё здание построили в 1957 г. Как метафорично заметил Юрий Леонидович, пироговский центр стоит на плечах многих-многих великих людей. Назвать всех их поимённо пальцев двух рук не хватит: хирурги А.Мартынов, Н.Бурденко, С.Спасокукоцкий, Н.Теребинский, Ф.Рейн, А.Бакулев, терапевты В.Зеленин, М.Кончаловский, Д.Плетнёв, Д.Российский, В.Шервинский, Г.Ланг...

Знают ли российские медики и пациенты, в какой тяжёлой борьбе отвоёвывалось право простого народа иметь свой собственный, не хуже, чем в «заграницах», светоч высоких медицинских технологий – с первостатейным лечебно-диагностическим оборудованием, классно подготовленным медперсоналом, сформированной здесь – и это, может быть, самое главное, высокодуховной средой? Не все и не всё.

Основатель НМХЦ счёл нужным закрыть пробел в информированности разговором начистоту:

– Когда в 2000 г. я со своим первым заместителем академиком Вялковым приехал на территорию Второй республиканской клинической больницы, хотелось плакать. Такое запустение! Но вот Бог послал эту разрушенную площадку и дал силы и средства, чтобы устроить общую многопрофильную медицину, прежде всего для обычных людей. А мысль



Почётные доктора Пироговского центра академик А.Гавриленко и профессор С.Матвеев

Акценты

Достояние народа и страны



Коллективный портрет награждённых

ещё твёрже увековечить память о Николае Ивановиче созданием медико-хирургического центра им. Н.И.Пирогова вызрела у меня давно. Он же москвич, и всю свою жизнь стремился жить и работать в Москве! Так вышло, что судьба его повернула к Санкт-Петербургу... Тогда появилось множество титулованных оппонентов: мол, министр Шевченко организует филиал кремлёвской медицины для блатных. Всё это мы пережили, хотя времена были очень трудные. Ведь в девяностые годы не без участия представителей Минздрава часть корпусов продали иностранцам. Ещё одно здание оказалось в частных руках. Вот возвращать утраченные части единого целого пришлось Олегу Эдуардовичу. Это получалось с огромным трудом. Помощников в этой борьбе не было. Слава Богу, всё состоялось, и теперь Пироговский центр – достояние государства!

Кому-то из читателей, возможно, покажется важным спросить: а место ли, время ли говорить о пержитых печалях в день торжества? Не посторонним судить о смысле праздничной печали. Двадцать лет назад у проекта строительства современного медицинского комплекса на месте Второй республиканской клинической больницы наряду с противниками нашлись и сторонники. Не все, кто горячо поддерживал идею создания пироговской клиники, дал дельные советы, продолжают свой земной путь. Это в светлую память о них – почётных докторов: Патриархе Московском и всея Руси Алексии II, академике В.Савельеве, М.Перельмане, Ю.Лопухине, Л.Вербицкой, А.Бунатяне, П.Фомине, А.Ермолове, Е.Чазове – на экране в глубине сцены зажглась и, колыхая плямя, «плакала» под скорбный, но жизнеутверждающий вокализ Сергея Рахманинова, церковная свеча...

медицинскому университету им. И.П.Павлова.

Ю.Шевченко, поздравляя с высокой наградой академика В.Малеева, с трогательной теплотой и безмерным уважением представил его праздничному собранию:

– Эпидемиолог высочайшего класса, скромнейший, но великий Человек. Сколько он сделал для нашей страны, для её безопасности! Незаметный, тихий, не заседающий в президиумах, не участвующий ни в каких тусовках, но при этом вся жизнь его в защите людей от инфекционных вспышек и эпидемий. Вот ярчайший символ жертвенного служения не только нашего, но и мирового здравоохранения!

Единственным коллективным обладателем международной премии Ю.Шевченко «За труды и милосердие» в 2022 г. стала Ассоциация

сообщества. Я знаю долю медицинских сестёр, поскольку сам из медбратьев. С удовольствием же жалуя свою скромную премию признанной на международном уровне национальной ассоциации и поздравляю её бессменного президента Валентину Антоновну Саркисову...

В день праздника решением учёного совета гильдии почётных докторов Пироговского центра пополнилась новобранцами, под звуки гимна «Гаудеамус» надели профессорские мантии и шапочки и получили дипломы академик Александр Гавриленко и профессор Сергей Матвеев.

На входе в праздничный зал стояли столы с разложенной на них журнально-книжной продукцией, выпущенной в том числе, к 20-летию НМХЦ. Нашлось там место и

стопе с экземплярами последнего номера «Медицинской газеты». Но этот обыденный в общем-то факт (подписчиков на старейшее профессиональное медицинское издание в стране немало) имел неординарное продолжение: среди вызванных на сцену для награждения оказался и главный редактор «МГ» Алексей Папырин. Медицинскому журналисту, много лет освещающему деятельность отечественного здравоохранения был вручён Европейский орден Н.И.Пирогова.

С весьма символическим презентом приехал в Москву директор Санкт-Петербургского научно-исследовательского института фтизиопульмонологии главный торакальный хирург федерального Минздрава Пётр Яблонский, ещё один новый кавалер Европейского ордена Н.И.Пирогова. В ответном благодарственном слове за пожалование награды уважаемый профессор ярко блеснул познаниями в истории и образностью мышления:

– Когда Франция готовилась праздновать столетие своей революции, был объявлен конкурс на создание 300-метровой башни. Конкурс выиграл в 1889 г. Гюстав Эйфель. Как его металлическую конструкцию приняла французская интеллигенция, хорошо известно всему миру. Ги де Мопассан обедал в ресторане при ажурном творении каждый день. На вопрос: «Если вы ненавидите башню, то зачем сюда ходите?», писатель отвечал: «Это единственное место в Париже, откуда я её не вижу!». Тем не менее в ту пору это сооружение символизировало инженерную мощь Франции, а сегодня оно – символ страны. И вот о чём я подумал... Все мы знаем привычные символы Санкт-Петербурга. Но есть и непривычные. Я подарю картину с изображением питерского небоскрёба, который был поруган неоднократно, а на его фоне видны гриновские алые паруса. Хочется верить, что Пироговский центр может стать таким же общепризнанным и совершенно узнаваемым символом медицинской России, каким есть для Пятой республики Эйфелева башня, и каким, возможно, будет принята северной столицей башня в деловом квартале Газпрома.

Браво «вперёдсмотрящему» Петру Казимировичу! Не зря ему, пожалуй, громче и дольше других приглашённых участников торжества в НМХЦ аплодировал зал.

Владимир
КЛЫШНИКОВ,
корр. «МГ».

Москва.



Ю.Шевченко: «С удовольствием жалуя скромную премию Ассоциации медицинских сестёр России»

Преддверие нового года и рубежные даты – всегда наилучшие резоны для поощрения лучших из лучших. Заведённой традицией в Пироговском центре принято награждать не только своих сотрудников, но и отличившихся коллег из других медицинских учреждений – лечебных, научных, образовательных, разных регионов и даже стран, а кроме того, отличившиеся коллективы. В этом году, например, международная Пироговская премия была пожалована москвичу Виктору Малееву, ташкентцу Ферузу Назырову и Первому Санкт-Петербургскому государственному

медицинских сестёр России. От себя можно было бы добавить казённую фразу: «В ознаменование 30-летия со дня её основания». Но это не так или не совсем так. Вслушаемся в публичное пояснение награждателем своего выбора. Сказал же он следующее:

– Мы то что? Прооперировали и пошли. А сёстры 24 часа в сутки с больными: убраться, помыть, накормить, с их родственниками побеседовать. Я очень рад, что в нашей стране есть такое профессиональное объединение, очень добротное и много делающее, прежде всего, в плане воспитания сестринского



Оглядываясь на год прошедший, среди множества событий и ситуаций попытаемся выделить несколько важнейших, поскольку всё охватить чрезвычайно сложно. Из наблюдений и бесед со специалистами сложилась, возможно, несколько пёстрая, но интересная картина.

Тройной отпор инфекциям

Как бы ни хотелось думать, что пандемия, наконец, закончилась, реальность этим грёзам не соответствует. «Мы прожили третий год развития пандемического процесса коронавирусной инфекции, которая по-прежнему весьма чувствительная для общества», – говорит заместитель директора Центрального НИИ эпидемиологии академик РАН Александр Горелов. По его словам, отличительной особенностью 2022 г. стал одновременный рост заболеваемости коронавирусной инфекцией, гриппом и респираторными инфекциями.

К подобной ситуации специалисты были готовы, поскольку, как известно, подъёмы заболеваемости гриппом отмечаются раз в 6 лет, и последний подъём доминирующего на сегодняшний день варианта гриппа А(Н1N1) был в 2016 г. Поэтому нынешний оказался ожидаемым несмотря на то, что с приходом ковида акценты были смещены в сторону новой инфекции.

«Ковид и грипп – самые серьёзные среди респираторных инфекций, – подчёркивает А. Горелов. – Однако мы живём в мире, где существуют сотни вирусов, поэтому неудивительно, что 1-2 возбудителя могут одновременно встретиться в организме человека. Но такие случаи не часты, они составляют всего 5-6%. И чаще всего отмечаются у детей, особенно раннего возраста, до 7 лет, когда идёт становление иммунитета, и у лиц старше 70, у которых происходит угасание иммунного ответа».

Этот год также отмечен повышением активности такого возбудителя, как оспа обезьян, причём в ряде стран сложилась довольно напряжённая ситуация. В мире насчитывается уже более 82 тыс. случаев. К счастью, в России зарегистрировано всего два случая этого заболевания, однако специалисты отмечают, что учреждения Роспотребнадзора оказались на высоте и дальнейшего распространения данная инфекция не получила. К слову, институт «Вектор» Роспотребнадзора провёл доклинические исследования нового противовирусного препарата, и он уже зарегистрирован Минздравом.

Но, как отмечает академик, и традиционные возбудители никуда не ушли. «По-прежнему значимы инфекции, управляемые средствами специфической профилактики. Снижение темпов вакцинации в ряде стран привело к тому, что заболевания, о которых мы стали забывать, стали появляться снова, – говорит он. – К счастью, Россия не выбилась из темпов плановой вакцинации. В отличие от ряда других стран, у нас, например, на протяжении года было всего 30 случаев кори, что говорит об эффективности принимаемых противозидемических мер».

Что же касается гриппа, то, по его словам, в этом году привито значительное число россиян: более 52% населения, то есть, более 74 млн человек. При этом акцент делался на группы риска: на детей до 6-летнего возраста и людей старше 65 лет, имеющих хронические заболевания.

«Сегодня какие-то чрезвычайные ситуации предугадать невозможно, но совершенно очевидно, что в наступившем году мы продолжим сосуществование с теми же респираторными возбудителями, – считает А. Горелов. –

Так что поговорка «готовь сани летом» актуальна, как никогда.

Эпидсезон, как обычно, закончится в конце апреля – середине мая, а следующей осенью вновь возвратятся так называемые инфекции холодного времени года – удел жителей стран северного полушария. Поэтому к следующему подъёму мы должны быть готовы. И в тех случаях, когда заболевания можно предупредить или облегчить степень его течения, – прививаться».

Итоги

Многовекторность и многозадачность Это отличало прошедший год



Первые плановые операции ГКБ № 15 им. О.М.Филатова после выхода из режима «красной зоны»

Медики на посту

Одним из важных аспектов жизни медицинского сообщества в прошлом году стала работа врачей на новых территориях страны, в которых начался переход на российские стандарты здравоохранения.

Мы знаем о ней из редких информационных сводок, кратких видеосюжетов. Зримо представить себе этот ежедневный подвиг даёт возможность фильм «Диагноз: жизнь» посвящённый службе врачей на Донбассе. Его герои на фоне документальных сюжетов не столько рассказывают о себе, сколько рассуждают о том, каким должен быть настоящий врач, в чём его предназначение. И приходят к выводу, что главная миссия любого врача – отвоевать человека у смерти.

«Мы, врачи, на протяжении последних лет, действительно, стали самыми искренними, самоотверженными людьми, – отметил после предпримьерного показа фильма министр здравоохранения России Михаил Мурашко. – Это и 8 лет Донбасса, и период борьбы с новой коронавирусной инфекцией. Сегодня наши врачи оказывают медицинскую помощь раненым и пострадавшим, 450 молодых педиатров проводят профилактические осмотры маленьких детей в 4 новых регионах России. Вместе с вами обучаемся новым технологиям, оперативно и дружно решаем сложные, подчас неординарные задачи. Я точно знаю: наша специальность самое дорогое, что у нас есть, она позволяет чувствовать себя самостоятельными, нужными людям».

Он отметил также, что рядом с коллегами из Донецка, Луганска, Мелитополя, Херсона работают врачи из федеральных центров и других регионов России. Так, например, шефство над центральной городской больницей города Кировское Донецкой Народной Республики взяла Республика

Саха (Якутия), причём согласно подписанному в июне соглашению, сотрудничество планируется осуществлять в течение 3 лет. Одним из первых «медицинских десантов» стала бригада врачей из Якутии под руководством главного врача Республиканской офтальмологической клинической больницы Ивана Луцкана. Входящие в её состав неврологи, УЗИ-специалисты, офтальмологи, кардиологи и рентген-лаборанты, работая по 12–14 часов в сутки, оказали медицинскую помощь

им. В.В.Вересаева открыт первый в своём роде скорпомощной корпус, оснащённый самым современным оборудованием, где будет возможность принимать до 200 экстренных пациентов в сутки.

Работа стационара строится по принципу «врач – к пациенту»: после максимально быстрого оформления все дальнейшие осмотры и процедуры будут выполняться непосредственно у кровати пациента. Исходя из состояния пациентов будут направлять в одну из трёх зон оказания помощи.

Рядом с приёмным отделением разместили диагностический блок, операционную и кабинеты врачей. Здесь готовы 9 разнопрофильных операционных и помещения регионального сосудистого центра. Помимо врачей, в корпусе будут работать администраторы МФЦ, психологи, служба социальной поддержки, чтобы оказывать комплексную помощь пациентам и их близким.

«Решение о создании 6 скорпомощных стационарных комплексов было принято правительством Москвы и Департаментом здравоохранения столицы в 2018 г., – рассказывает главный врач больницы им. В.В.Вересаева доктор медицинских наук Игорь Парфёнов. – Именно ССК призваны стать местом, где оказание экстренной помощи будет построено по новому стандарту, в котором чётко прописаны все принципы и подходы к оказанию скорой и неотложной помощи, её параметры».

Согласно замыслу, скорпомощные больницы возьмут на себя большую часть экстренной помощи – в пределах миллиона пациентов в год, что, по мнению мэра Москвы Сергея Собянина, выведет оказание такой помощи на более качественный уровень.

Больше лекарств – хороших и разных

Одной из примет года стала определённая нестабильность на фармацевтическом рынке страны. Генеральный директор ЦВ «Протек» Дмитрий Погребинский отмечает: начало 2022 г. ознаменовалось ажиотажным потребительским спросом, вызванным, скорее паническими настроениями. «Санкции, наложенные странами Запада на нашу страну, не коснулись фармынка, – говорит он. – Международные производители, решившие закрыть представительства в РФ, и сейчас передают портфели компаниям в нашей стране. Кроме того, задолго до того момента, когда наступила новая геополитическая реальность, в отечественной индустрии был взят курс на импортозамещение. Не изменилось и наше взаимодействие с партнёрами и клиентами. Фармацевтический рынок – коммерческая среда, где действуют законы рынка, так было всегда. И к ряду клиентов появилось больше доверия – финансовая грамотность розничного звена достигла достаточно высокого уровня. Поэтому мы намерены усиливать свои позиции в сегментах присутствия – на бюджетном и коммерческом рынках».

Нацелены на развитие и другие отечественные компании. Так, в

2022 г. в рамках инвестиционной стратегии расширил производственные мощности «Петровкакс», запустив новую производственную линию по выпуску инъекционных форм и начав строительство опытно-промышленного комплекса для производства биотехнологических препаратов, в том числе для терапии орфанных заболеваний. Компания произвела за год более 15 млн доз трёх- и четырёхвалентной гриппозных вакцин, а объём продаж контрактных продуктов вырос на 135% и по итогам года составит около 1 млрд руб.

Выручка одного из лидеров рынка – компании Р-Фарм, выпускающей онкологические, противовирусные, аутоиммунные, орфанные, пульмонологические и другие препараты, только за первое полугодие 2022 г. составила 98,73 млрд руб., что на 30% больше по сравнению с аналогичным периодом 2021 г.

Что же касается зарубежных компаний, их продукция практически в полном номенклатурном объёме на российский рынок осталась. То, что препараты биг фармы поступают к нам теперь не напрямую, а «в обход» через другие компании или дистрибьюторов, безусловно, влияет на объёмы лекарственных запасов и их доступность (вследствие проблем с логистикой, в том числе). Но, по мнению многих экспертов, назвать ситуацию критической нельзя, как и в случае с прекращением клинических исследований зарубежных препаратов.

Тем более, что растёт число разрешений на проведение клинических исследований для отечественных компаний: в первом полугодии 2022 г. Минздрав выдал 425 лицензий, что на треть больше, чем за аналогичный период 2021 г.

В частности, одна из крупнейших инновационных компаний «Биокад», которая объединяет исследовательский центр, биотехнологическое производство и международные клинические исследования, в 2022 г. получила более 10 разрешений Минздрава России на проведение клинических исследований.

«Это позволяет нам планировать старт исследований новых препаратов, открывая для пациентов в России и за её пределами возможность получить ранний доступ к инновационной терапии», – говорят представители компании.

Сейчас компания проводит в России, Республике Беларусь, Китае и Европе 37 клинических исследований разных фаз препаратов для терапии социально значимых заболеваний, среди которых меланомы, немелкоклеточный рак лёгкого, нейробластома, рак шейки матки, аксиальный спондилоартрит, рассеянный склероз и др.

Добавим: в конце декабря столичные власти расширили меры поддержки фармацевтических компаний, которые занимаются клиническими исследованиями новых лекарственных препаратов на базе московских центров здравоохранения.

Говоря о перспективах отечественной фармы, директор по развитию аналитической компании «АРЭНСИ Фарма» Николай Беспалов отмечает: «Фактически им выпал уникальный исторический шанс кардинально подвинуть конкурентов. Это просто продиктовано здравым смыслом. Природа не терпит пустоты». Подтверждают это и цифры из недавнего выступления спикера Госдумы Вячеслава Володина, сообщившего, что выпуск лекарств в прошлом году в стране увеличился на 15%.

Российские фармкомпании активно ведут свои разработки, регистрируют и воспроизведённые препараты, и дженерики, и оригинальные медикаменты. И наступивший год, безусловно, открывает для них новые горизонты.

Алёна ЖУКОВА,
корр. «МГ».

Москва.

Вакцинация – самая эффективная профилактическая технология, снижающая заболеваемость, помогающая предупреждать огромное количество смертей, способствующая укреплению здоровья, сокращающая экономические расходы. Об этом не устаёт повторять президент Союза педиатров России, главный детский специалист по профилактической медицине Минздрава России, академик РАН Лейла Намазова-Баранова. Очередное мероприятие Союза педиатров под названием Всероссийская мультимедийная конференция «Лучшие практики в подходах развития национальных программ иммунизации» было посвящено обмену опытом докторов из разных регионов РФ, зарубежья, а также обсуждению проблем, осложняющих борьбу с вакциноконтролируемыми заболеваниями.

Как отметил директор Института общественного здоровья им. Ф.Ф.Эрисмана, заведующий кафедрой эпидемиологии и доказательной медицины Сеченовского университета, академик РАН Николай Брико, инфекционные болезни были вечным спутником человечества, причиняли неисчислимые беды на протяжении многих веков и даже тысячелетий, оказывали заметное влияние на развитие наций и государств. Только в XX веке от натуральной оспы в мире погибло по разным данным от 300 млн до 500 млн человек. На сегодняшний день данная инфекция ликвидирована, причём благодаря программам вакцинопрофилактики. Интересно, что важную роль в этом сыграли российские учёные, прежде всего академик В.Жданов, который ещё в 1958 г. на 11-й сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения предложил разработать и реализовать программу ликвидации оспы. Кстати, Россия была первой страной в мире, добившейся успеха за довольно короткое время.

Вакцинация сыграла решающую роль и в борьбе с полиомиелитом. Российские учёные и здесь внесли значимый вклад. На основе штамма Сэбина была приготовлена вакцина, изучена её эффективность, безопасность. Академики Михаил Чумаков и Анатолий Смородинцев помогли ликвидировать полиомиелит в глобальном масштабе.

Немало бед принёс и грипп. Результатом пандемии «испанки» в 1918-1919 гг. явилось сокращение на 10 лет роста мировой человеческой популяции. За 19 месяцев в мире в те годы умерло по разным данным от 40 до 100 млн человек. Или до 5% населения планеты. Грипп и сегодня продолжает занимать лидирующую позицию среди всех инфекционных болезней, вызывая от 3 до 5 млн тяжёлых случаев.

Заложница своего успеха

Каждую минуту вакцинопрофилактика спасает 5 жизней. Сегодня она рассматривается как стратегическая инвестиция в охрану здоровья, благополучие индивидуума, семьи, нации, как средство обеспечения здорового и активного долголетия, инструмент демографической политики и биологической безопасности страны, подчеркнул Н.Брико.

По словам академика, благодаря иммунизации в России заболеваемость по сравнению с допрививочным периодом снизилась в тысячи раз. Дифтерией – в 5 тыс., корью – в 10 тыс., краснухой – в 10 тыс., коклюшем – в 260 раз, столбняком – в 90 раз, острым гепатитом В – в 100.

Однако, как ни странно звучит, вакцинация стала заложницей своего успеха. Население и врачи практически не встречаются сейчас со многими инфекционными заболеваниями, ранее бушевавшими и опустошавшими земли, забыты последствия, например полиомиелита. А потому отношение к иммунизации зачастую не такое, каким должно быть. Снижение приверженности кроется в недостаточной информированности населения и слабой профессиональной подготовке ряда медицинских работников. Поэтому так важны образовательные программы на всех уровнях: и на этапе студенчества, и на последипломном. Тем более, что умение убеждать в необходимости привиться становится ведущим

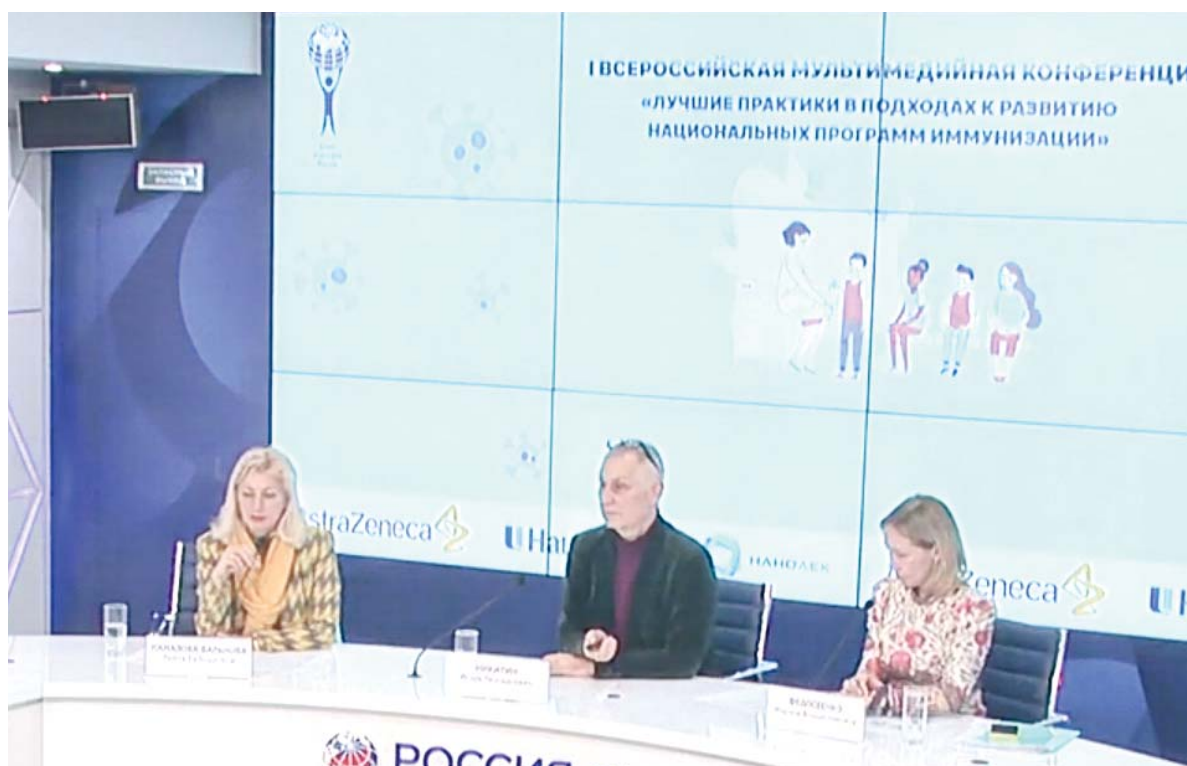
фактором в современных условиях, в отличие от прежних времён.

Одним из первых декретов молодой советской республики был декрет об обязательном оспопрививании. Это, как отметил Л.Намазова-Баранова, пример государственного подхода к ликвидации заболеваний. Данная политика хорошо себя зарекомендовала, низкий поклон руководителям страны того времени, которые осознавали основополагающую роль вакцинации в сохранении здоровья нации даже в тяжёлое время гражданской войны и социальных потрясений.

Деловые встречи

Ценим, что имеем, и приближаем будущее

Идеальный календарь профилактических прививок – цель, к которой надо стремиться



С 1946 г. начали проводить обязательную иммунизацию детей против туберкулёза. С 50-х годов прошлого века вакцинация стала привычным разделом работы детских поликлиник, с 60-х годов – образовательных организаций (детские сады, ясли). Тогда в каждом таком учреждении был штатный педиатр. С 1970 годов появился календарь профилактических прививок, который долго ассоциировался только с детьми. Сейчас речь идёт о вакцинации на протяжении всей жизни.

По мнению Л.Намазовой-Барановой, в Советском Союзе уверенный контроль инфекционной заболеваемости был связан с тем, что вакцинопрофилактика носила массовый и организованный характер, существовала сильная фармацевтическая промышленность, имелись свои не только лекарства и вакцины, но и субстанции.

– В начале 2000 годов в России был не столь объёмный календарь, как на Западе, но он широко охватывал население, вакцинация была реально массовой, – по-

ясняет академик. – Западные календари выглядели шире по количеству позиций, но за рубежом не было таких охватов по многим инфекциям, как у нас.

Сегодня совершенствование рутинных программ иммунизации – очень актуальный вопрос. Стратегии развития иммунопрофилактики на период до 2035 г. предусматривается оптимизация Национального календаря про-

наивысшего результата, – напоминает Л.Намазова-Баранова. – Сегодня мы говорим уже не о 4П-медицине, а 7П-педиатрии: программирующей развитие и здоровье ребёнка, профилактической, пациентоориентированной, персонализированной, партисипативной, но ещё и полипрофессиональной (потому что только при мультидисциплинарном подходе можно реализовать все усилия)

С учётом многих факторов

Сегодня всё чаще можно слышать о персонифицированной медицине. Но это вовсе не означает, как представляют некоторые родители, от одной инфекции привьюсь, а от этой не хочу. Персонификация не в том состоит.

– Проводя вакцинацию, надо учитывать массу факторов для осуществления её наилучшим образом для каждого конкретного ребёнка, подобрав такую схему и такое введение препаратов, которое позволило бы достичь

и, конечно, прогрессивной. Все наилучшие практики должны применяться в отношении каждого вакцинируемого ребёнка. Безусловно, было бы идеальным контролировать напряжённость иммунного ответа индивидуально, потому что детям, особенно с тяжёлой хронической патологией может, например, потребоваться дополнительная доза или коррекция интервала между отдельными дозами вакцины.

Пациенты с хроническими болезнями нуждаются в защите, может быть, даже больше, чем здоровые. Залог успеха при их вакцинации – в индивидуальном подходе к каждому, совместной работе профильного специалиста и вакцинолога (то есть консультант не только педиатр), в проведении дополнительного обследования (при необходимости), в детальной проработке схемы вакцинации, возможно, её нужно модифицировать для конкретного ребёнка (так как у него могут быть пропущены какие-то отдельные прививки или дозы) и создании индивидуального графика, подчёркивает Л.Намазова-Баранова.

Охват вакцинацией в последние 2 года во всём мире снижен. А это чревато осложнением эпидемиологической ситуации. Увеличилась заболеваемость во многих странах, в России также наблюдается рост заболеваемости ветряной оспой, гриппом, корью, коклюшем, эпидпаротитом, генерализованной формой менингококковой инфекции. Что не может не тревожить.

Союз педиатров России уже много лет публикует идеальный календарь, где обозначены все прививки, которые педиатры хо-

тели бы видеть в реальной практике, чтобы каждый ребёнок был наилучшим образом защищён от инфекционных болезней. Понятно, что он шире, чем НКПП, скорее схож с некоторыми передовыми региональными календарями, например, с московским. Можно сказать, он – некий ориентир, образец того, как должен выглядеть НКПП в обозримом будущем. Пока в НКПП России 12 инфекций в

основной его части, финансируемой федеральным бюджетом, и 17 инфекций во второй части – по эпидпоказаниям, субсидируемой из региональных бюджетов.

А как там у соседей?

Как рассказала заместитель директора Национального научного центра фтизиопульмонологии Минздрава Республики Казахстан, заместитель председателя Консультативной комиссии по иммунизации профессор Ляззат Ералиева, НКПП Казахстана включает иммунизацию против 20 заболеваний (то есть больше, чем в РФ. – В.Е.). В период пандемии в 2020 г. охват вакцинацией снизился, но благодаря проведению догоняющей иммунизации, в 2021 г. достигнут оптимальный уровень охвата по всем видам прививок, кроме двух.

Интересен опыт Казахстана по информированию населения с привлечением огромного количества прессконференций по вопросам иммунопрофилактики, привлечению медийных личностей, которые выступают на своих страницах в интернете, выкладывают посты о необходимости вакцинации.

Председатель Экспертного комитета по иммунизации Минздрава Республики Беларусь профессор Оксана Романова поделилась перспективами расширения национального календаря Белоруссии. Сейчас в основной его части – вакцинация против 12 инфекционных заболеваний, а во второй части (по эпидпоказаниям) – против 18 инфекций. Финансирование иммунизации детей, проводимой в рамках НКПП и перечня прививок по эпидпоказаниям, осуществляется за счёт республиканского бюджета.

Профессор Стамбульского университета, генеральный секретарь Европейской педиатрической ассоциации Мехмет Вурал рассказал о прогрессе в развитии рутинной программы иммунизации в Турции. В начале 2000-х годов в НКПП страны было всего 7 инфекций, против которых осуществлялась вакцинация, а сегодня – уже 13, причём охват населения очень высокий. Против коклюша, дифтерии, столбняка, полиомиелита и гемофильной инфекции типа b даже выше, чем в целом по Европейскому региону и странам с развитыми экономиками – 98%. Но есть проблемы, в частности в плане приверженности. Турецкие педиатры считают: тот факт, что вакцинация не является обязательной, сильно осложняет дело.

Профессор Навин Такер, президент Международной педиатрической ассоциации, поведал об опыте Индии, численность населения которой превысила 1 млрд. У НКПП этой страны также есть свои особенности.

Региональные программы

Стратегия развития иммунопрофилактики в России до 2035 г. позволяет модернизировать НКПП, обеспечивая планомерное расширение защиты от актуальных инфекций. Первая ступень уже одолена, недавно внесены изменения. Теперь НКПП предусматривает возможность предотвращения гемофильной инфекции типа b для всех детей, более безопасную вакцинацию против полиомиелита. Впереди – включение вакцинации против ротавирусной инфекции, ветряной оспы, менингококковой инфекции, вируса папилломы человека.

Особую значимость приобретают региональные программы иммунизации. В ряде субъектов они включают больше инфекций, чем обозначено в НКПП. В числе таких регионов Москва, Тюменская область, Пермский край и др.

Свердловская область – один из пионеров в разработке региональных календарей. Профессор кафедры эпидемиологии и социальной гигиены Уральского государственного медицинского университета Виктор Романенко отметил, что всё двигалось от вакцинации по эпидпоказаниям отдельных групп населения к универсальной иммунизации населения.

– Наш календарь – не догма. Он постоянно развивается, в августе 2022 г. принята уже 5-я редакция его, предусматривающая плановую вакцинацию против 18 инфекций, – говорит он. – С 2008 г. ежегодно мы предотвращаем более 180 тыс. случаев инфекционных заболеваний, а прямой экономический ущерб сокращаем на 4 млрд руб.

Понятно, что для успешной реализации региональных программ важна не только финансовая составляющая, но и мотивация медицинских работников, отношение населения, активное противостояние антивакцинальному лобби.

Профессор из Тюмени Ольга Рычкова уверена:

– Борьба с антивакцинальным лобби даёт эффект только тогда, когда мы не высвечиваем то, что говорят антиваксеры, а рассказываем об успехах вакцинопрофилактики, о том, что она даёт.

В этом плане в Екатеринбурге как способ информирования населения широко используют листовую продукцию. Не просто листовки, плакаты, которые размещают в МФЦ, в лифтах домов, но и ростомеры для детских дошкольных учреждений, карманные календари, блокноты с отрывными листами для врачей.

– Для облегчения работы в регионах, хотели бы иметь расширенный перечень нозологий и групп риска в календаре по эпидпоказаниям, видеть в нём коклюш для взрослого населения, менингококковую инфекцию, пневмококковую с расширением контингента, ВПЧ, ротавирусную инфекцию, ветряную оспу, – поделилась сообщениями профессор из Перми Ирина Фельдблюм.

На её взгляд, необходимо внесение изменений в постановление правительства с целью расширения перечня работ, выполнение которых связано с высоким риском и обязательной иммунизацией. Очень важно создание методических рекомендаций по вакцинации отдельных профессиональных групп. Для эффективной работы программ в регионах необходим единый комплексный подход с учётом региональных особенностей: что должны включать субъекты, какие инфекции.

– Региональные программы – это вспомогательный инструмент реализации вакцинопрофилактики в переходный период, до того, пока эти прививки будут включены в НКПП, – считает И.Фельдблюм. – Поэтому нужно увеличить перечень нозологических форм и групп риска в календаре по эпидпоказаниям. Активизировать работу по внедре-

нию корпоративных календарей прививок.

Нависающая угроза

Красной нитью сквозь многие выступления на конференции проходила обеспокоенность в связи с ростом заболеваемости менингококковой инфекцией. Насколько сегодня актуально делать на ней акцент?

– Супер актуально! Время социальных катаклизмов – это время, которое всегда и везде ассоциировалось с менингококковой инфекцией, – полагает профессор Ирина Извекова из Новосибирска. – Практически во всех европейских странах, а также в Австралии, Канаде и др. отмечается подъём заболеваемости данной инфекцией после пандемии ковида. В России – тоже.

По словам Н.Брико, за 9 месяцев 2022 г. по сравнению с предшествующим периодом 2021 г. она увеличилась в 2,4 раза.

– Мы часто забываем, что генерализованная менингококковая инфекция занимает второе место в структуре причин детской смертности от инфекционных заболеваний в России. Около 20% болевших погибают, – напомнила И.Извекова.

Менингококковую инфекцию трудно диагностировать в тот момент, когда можно изменить судьбу пациента. Цена лечения одного ребёнка при использовании высокотехнологичной помощи – 22 млн руб. и выше. И это без учёта реабилитации. Предупредить потери – и людские, и экономические – под силу только вакцинопрофилактике. По мнению И.Извековой, в отношении менингококковой инфекции нужно вносить коррективы, тем более что в России имеются отечественные вакцины.

– Должны быть какие-то общие для всех рекомендации в НКПП, чтобы наконец начать вакцинировать популяцию детей, по крайней мере, начав с детей до 5 летнего возраста и самых старших возрастных групп, – считает профессор.

Плюс дополнительный бонус

Общеизвестно, что вакцинация – одно из решающих средств управления инфекционными болезнями. Но, по словам М.Федосеенко, каждый привитой теми или иными вакцинами получает ещё и дополнительные бонусы в виде защиты от ряда злокачественных патологий, аутоиммунных болезней, соматических заболеваний. Например, вакцинация против гриппа у пациентов с хроническими заболеваниями предотвращает сердечно-сосудистые катастрофы, такие как инсульт и инфаркт миокарда. Герпес-зостер-вакцинация – риск инсульта у лиц пожилого возраста. Вакцинация против пневмококковой инфекции – риск любого сердечно-сосудистого события, что влияет на общую смертность, а против ротавируса – риск развития сахарного диабета. Доказана связь вакцинации против гепатита В со снижением вероятности развития рака печени. Научно подтверждён факт влияния вакцинации против кори и гемофильной инфекции типа b на когнитивные способности и успеваемость детей в школе.

И эту информацию нужно доводить до населения, медработников, властей, тогда и ситуация будет меняться в лучшую сторону. В ходе конференции докторам было что почерпнуть друг у друга. Теперь важно донести полученные сведения до пациентов, чтобы и они поверили в уникальность этой профилактической технологии, способной изменить будущее и отдельного человека, и общества в целом.

Валентина ЕВЛАНОВА,
корр. «МГ».

В ноябре 2021 г. в Государственной Думе сформировали межфракционную группу по защите здоровья граждан от алкогольной, табачной и наркотической угроз. В неё вошли депутаты, имеющие разные политические взгляды, но при этом единые во мнении, что население страны нуждается в отрезвлении (в прямом смысле слова) и избавлении от привычки курить.

Тогда, год назад возглавивший межфракционную группу вице-спикер Госдумы Шолбан Кара-оол анонсировал предстоящую работу следующим образом: «Использовать разные подходы и находить нестандартные решения. Проблема алкоголизации населения настолько велика и разнопланова, что заслуживают внимания любой опыт и любая инициатива. Намерен услышать все предложения, включая самые радикальные».

Острая тема

Надо чаще встречаться

Движение депутатов в сторону трезвости избирателей слишком медленное

Намерения и результаты

Честно говоря, пока с подачи вновь созданной парламентской рабочей группы по-настоящему радикальных законодательных мер ни по борьбе с алкоголизацией, ни по снижению наркопотребления, ни по отказу от курения в стране не принято. К числу нерадикальных мер можно отнести три законопроекта, последний из которых, впрочем, имеет неясную траекторию.

Так, в 2022 г. Госдума приняла поправки к Федеральному закону «О наркотических средствах и психотропных веществах», дополнив содержание статьи 54 о социальной реабилитации больных наркоманией. Задача этих дополнений – помочь людям, которые прошли лечение от наркозависимости, реинтегрироваться в общество. Закон вступил в действие.

Что ещё? Согласно информации официального портала Госдумы sozd.duma.gov.ru («Система обеспечения законодательной деятельности»), в ноябре 2022 г. прошёл первое чтение законопроект о внесении изменений в Уголовный кодекс РФ и Уголовно-процессуальный кодекс РФ в части установления уголовной ответственности за незаконный оборот метилового спирта. Депутаты предлагают в случае, если отравление суррогатным алкоголем (метанолом) повлекло смерть двух и более лиц, повысить максимальный срок наказания до 15 лет. Правда, в пояснении к законопроекту сказано буквально следующее: «Предусмотрена уголовная ответственность вплоть до лишения свободы на срок до 15 лет со штрафом в размере до 500 тыс. руб.».

Вообще-то столь расплывчатая формулировка означает, что при назначении судом наказания за массовое убийство путём отравления людей метанолом возможны варианты. Видимо, допускается наличие неких смягчающих обстоятельств для предпринимателей, которые не могут заведомо не знать, что приготавливаемое ими «пойло» вызывает смерть. Одним словом, далеко не факт, что отравителям непременно дадут «пятнашку». Так можно ли назвать подобное законодательное нововведение кардинальным решением проблемы производства и продажи суррогатного алкоголя? Вряд ли.

Тем не менее, на очередной встрече членов Межфракционной группы в конце декабря 2022 г. Шолбан Кара-оол подчеркнул особую важность данной законодательной поправки. В качестве аргумента парламентарий использовал результаты токсикологического мониторинга Роспотребнадзора, согласно которым количество зарегистрированных фактов отравления метанолом в России за последние 7 лет составляет в среднем 1000 ежегодно, из них около 800 – повлекших смерть. С 2020 г. в субъектах Российской Федерации участились случаи массового отравления граждан под видом алкогольной продукции. И после этого в Уголовном кодексе почему-то допускается «вилка» наказаний за намеренное убийство метанолом...

Наконец, следующая законодательная инициатива в русле антиалкогольной, антитабачной и антинаркотической политики государства – внесение изменений в Федеральный закон «О государственном регулировании производства и оборота этилового спирта, алкогольной и спиртосодержащей продукции и об ограничении потребления алкогольной продукции». Законопроект предлагает вести максимально полный реестр производителей пива и пивных напитков, сидра, пуаре, медовухи и тем самым обеспечить легальность данного бизнеса, а также контроль качества продукции. Имея определённые производственные мощности, предприятия должны передавать сведения о произведённых напитках в единую государственную автоматизированную информационную систему учёта объёма производства и оборота этилового спирта, алкогольной и спиртосодержащей продукции.

Почему это необходимо? Читаем в пояснительной записке к законопроекту: «Отмечается повышенный интерес бизнеса к указанной сфере деятельности. Так, в настоящее время количество производителей пива, пивных напитков, сидра, пуаре и медовухи составляет 1720, что на 33,5% больше, чем на 1 января 2018 г.». И далее: «Выявлена схема с участием 48 взаимодействующих между собой фирм-однодневок, через которые было введено в нелегальный оборот 22,5 млн декалитров пивоваренной продукции, что составляет порядка 5 млрд руб. потерь бюджетов субъектов Российской Федерации только в виде недополученных сумм акцизов».

Итак, алкогольный бизнес растёт и процветает, хотя на этом фоне страдают казна страны и здоровье её населения. Казалось бы, намерение авторов законопроекта со всех сторон благое, однако же судьба у него загадочная. Проект был внесён в Госдуму ещё в декабре 2020 г., а после того, как в марте 2021 г. он прошёл первое чтение, его дальнейшее рассмотрение приторможено. Во всяком случае таков статус нормативного акта на сегодняшний день в том же портале sozd.duma.gov.ru, а также в личном профиле автора законопроекта депутата Госдумы И.Гильмутдинова. На сайте Росалкогольрегулирования также нет указаний на то, что в систему учёта производителей пива и ему подобных напитков внесены изменения, предлагаемые данным законопроектом.

С пафосом и без него

Ш.Кара-оол считает работу нового объединения в целом положительной и обозначает дальнейшие планы. В частности, уже сейчас нужно задуматься над тем, как организовать социально-психологическую и наркологическую реабилитацию участников специальной военной операции, поскольку часть из них наверняка будет иметь негативные последствия, аналогичные тому, что называют «афганским синдромом».

Также вице-спикер Госдумы РФ предлагает сформировать при межфракционной группе эксперт-

ный совет из числа специалистов, имеющих отношение к защите здоровья населения от алкоголя, наркотиков и никотина. Вообще-то, с этого надо было начинать год назад.

Кстати, об этом же высказался один из членов межфракционной группы депутат Николай Бурляев. Для начала он предложил сбавить пафосность собрания.

– Уже год работает наша группа, но не столь активно, как хотелось

бы. Ещё год назад я предложил список из пятидесяти экспертов, которые многие годы занимаются этими проблемами. В их числе учёные, которые имеют выводы и предложения по выходу страны из алкогольно-наркотического и табачного пике, – заметил Н.Бурляев.

По мнению парламентария, методы эффективной борьбы с алкоголизацией и наркотизацией населения известны, надо просто их использовать. Для начала – чаще собираться межфракционной депутатской группой, чтобы работа, которую ждёт от неё страна, была реальной.

Парадоксы политики

А далее председатель Ш.Кара-оол, отвечая коллеге, призвал не уходить в излишнее критиканство, утверждая, что всё совсем уж плохо. Вице-спикер Госдумы сослался на заявление министра здравоохранения России Михаила Мурашко о том, что с 2008 по 2021 г. потребление алкоголя в нашей стране сократилось на 43%. И эти данные, по признанию политика, внушают ему оптимизм и придают энтузиазма, как и данные Росстата, согласно которым количество смертей от злоупотребления алкоголем в 2021 г. снизилось на 6% и достигло допандемийного уровня.

Спрашивается, если всё так оптимистично идёт само собой, зачем в Думе сформировали межфракционную «антиалкогольную» группу? И главное – как статистика от Минздрава, утверждающая, будто россияне стали меньше выпивать, коррелирует с ростом количества производителей алкогольной продукции на 32% за последние три года?

На такое же очевидное несоответствие желаемого и действительного указал ещё один депутат – Пётр Аммосов. Он задал резонный вопрос, почему есть норматив обеспечения населения врачами, учителями или участковыми полицейскими на сколько-то тысяч населения, но нет аналогичного норматива для открытия в регионах магазинов и предприятий общепита, торгующих алкоголем? Депутат заметил, что власти регионов ничем не ограничены в принятии решений по развитию торговой сети алкобизнеса и делают, что хотят. Количество алкоточек, по словам П.Аммосова, множится быстрыми темпами, и правила их размещения меняются не в сторону подальше от потенциального потребителя, а ровно наоборот, что также является результатом откровенного лоббизма «со стороны людей высокого ранга».

Идею унифицировать деятельность субъектов РФ в части нормативов по открытию предприятий, торгующих алкоголем, поддержали остальные члены группы. Равно как предложение Б.Хамзаева законодательно увеличить возраст продажи алкоголя до 21 года. Хотя все прекрасно понимают: в контексте существования неоднократно упомянутого мощного проалкогольного лобби борьба депутатам предстоит нешуточная.

Елена БУШ,
обозреватель «МГ».

КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 1 (2361)

(Окончание. Начало в № 49 от 14.12.2022.)

Рекомендуется пациентам с АР при тяжёлом обострении и/или неэффективности препаратов, используемых на 3-й ступени терапии (антигистаминные средства системного действия, антагонисты лейкотриеновых рецепторов, кортикостероиды назального применения) назначение глюкокортикоидов (системного действия, пероральных) коротким курсом с целью уменьшения выраженности всех симптомов АР.

Проведение короткого курса глюкокортикоидов (системного действия) предлагается как терапия четвёртой линии или лечение тяжёлого обострения. Учитывая большой перечень побочных эффектов и ограничений к использованию глюкокортикоидов (системного действия), желательнее ограничиться коротким курсом терапии. Интраназальные инъекции растворов глюкокортикоидов (системного действия) и депонированных препаратов при лечении АР недопустимо, так как могут привести к тяжёлым осложнениям (слепоте и др.).

Преднизолон (код АТХ: H02AB06) доза и продолжительность лечения устанавливается врачом индивидуально в зависимости от показаний и тяжести заболевания.

Метилпреднизолон (код АТХ: H02AB04) – доза и продолжительность лечения устанавливается врачом индивидуально в зависимости от показаний и тяжести заболевания.

Дексаметазон (код АТХ: H02AB02) – доза и продолжительность лечения устанавливается врачом индивидуально в зависимости от показаний и тяжести заболевания.

Не рекомендуется пациентам с АР назначать депонированные формы глюкокортикоидов (системного действия) с учётом наличия у них выраженных побочных эффектов.

Использование депонированных форм глюкокортикоидов (системного действия) при АР может приводить к быстрому развитию побочных эффектов, в том числе вторичной надпочечниковой недостаточности.

Рекомендуется пациентам с тяжёлым персистирующим течением АР и/или тяжёлым обострением и при неэффективности препаратов, используемых на 3-й ступени терапии (антигистаминные средства системного действия, антагонисты лейкотриеновых рецепторов, кортикостероиды назального применения), рассмотреть вопрос о назначении омализумаба с целью уменьшения выраженности всех симптомов АР и уменьшения потребности в препаратах симптоматической терапии.

Омализумаб эффективно используется в терапии тяжёлой атопической БА, но результаты нескольких двойных слепых плацебо-контролируемых клинических исследований при использовании омализумаба для лечения аллергического ринита продемонстрировали его высокую эффективность в отношении уменьшения выраженности всех симптомов АР и снижения потребности в препаратах симптоматической терапии. Назначение омализумаба при АР является назначением не в соответствии с показаниями к применению (off-label), возможно для пациентов 12 лет и старше, предлагается как терапия четвёртой линии при недостаточной эффективности предшествующей терапии. Длительность терапии определяется в зависимости от формы заболевания, однако, на основании метаанализа данных 11 РКИ и данных исследования III фазы начальная продолжительность приёма препарата не менее 3 месяцев.

Омализумаб (код АТХ: R03DX05) для взрослых и подростков старше 12 лет в виде подкожных инъекций раз в 2 или 4 недели. Доза препарата (от 75 до 600 мг) должна подбираться в соответствии с таблицей дозирования омализумаба.

Элиминационные мероприятия. Элиминация или удаление причинно-значимых аллергенов относится к этиопатогенетическим методам лечения аллергии. В большинстве случаев полностью исключить контакт с аллергеном невозможно.

Рекомендуется всем пациентам с АР проведение элиминационных мероприятий в отношении причинно-значимых аллергенов с целью уменьшения выраженности симптомов АР и снижения фармакологической нагрузки.

Даже частичное выполнение мер, элиминирующих аллерген, облегчает течение заболевания, уменьшает потребность в количестве потребляемых лекарств, в том числе

и сильнодействующих. Особое внимание рекомендуют уделять этим мероприятиям, когда существуют серьёзные ограничения для приёма многих фармакологических препаратов (беременность, ранний возраст, наличие сопутствующей патологии) и при наличии сенсibilизации к эпидермальным аллергенам.

Помимо общеизвестных элиминационных мероприятий (использование специальных фильтров, ежедневная влажная уборка, исключение контакта с домашними животными, переезд на время цветения причинно-значимых растений в другую климатическую зону и т.д.), определённое значение имеет применение ирригационных процедур с препаратами для увлажнения, очищения и

защиты слизистой оболочки носа – изотоническими солевыми растворами.

Рекомендуется всем пациентам с АР использование препаратов для увлажнения, очищения и защиты слизистой оболочки носа (прочие назальные препараты, код АТХ R01AX10) – изотонических солевых растворов с целью предотвращения контакта аэроаллергенов со слизистой полости носа и снижения фармакологической нагрузки.

Применение изотонического солевого раствора, в том числе препаратов на основе морской воды, способствует разжижению вязкой слизи, улучшению функции мерцательного эпителия, уменьшению экспозиции на поверхности слизистой оболочки носа пылевых частиц, аллергенов и гаптенных, оказывает увлажняющее действие.

Рекомендуется всем пациентам с АР при применении кортикостероидов (назальных препаратов) проведение «назального душа» с целью удаления избытка отделяемого, препятствующего эффективному контакту кортикостероида со слизистой оболочкой носа и профилактики развития побочных эффектов (сухость слизистой оболочки, носовые кровотечения).

Аллерген-специфическая иммунотерапия (АСИТ). АСИТ – основной метод патогенетического лечения связанных с IgE-опосредованным механизмом аллергических заболеваний, заключающийся во введении в организм пациента возрастающих доз аллергена, ответственного за клинические проявления заболевания у данного пациента.

Рекомендуется всем пациентам с АР в период ремиссии, в том числе медикаментозной, рассмотреть вопрос о целесообразности проведения аллерген-специфической терапии с целью уменьшения выраженности всех симптомов АР и снижения потребности в препаратах симптоматической и базисной терапии.

Эффективность АСИТ при АР выражается в уменьшении или полном отсутствии клинических симптомов при естественной экспозиции аллергена. После проведения АСИТ отмечаются уменьшение продолжительности обострения, снижение потребности в медикаментах как базисной, так и симптоматической терапии. Проведение АСИТ позволяет предупредить трансформацию АР в БА, предупредить расширение спектра аллергенов, в которых формируется повышенная чувствительность пациента. АСИТ действует как на раннюю, так и на позднюю фазу аллергического ответа, приводит к торможению не только аллерген-специфической реакции, но и к угнетению тканевой гиперреактивности, проявляющейся повышением чувствительности к медиатору аллергии – гистамину. Под действием АСИТ происходит подавление миграции эффекторных клеток в зону аллергического воспаления, возникает генерация регулирующих Т-лимфоцитов, способствующих индукции иммунологической толерантности, которая характеризуется подавлением пролиферативного и цитокинового ответа в отношении виновных аллергенов.

Существует подкожный и сублингвальный методы АСИТ.

Основные лечебные формы аллергенов зарегистрированы на территории РФ:

- водно-солевые экстракты аллергенов пыльцы деревьев, злаковых трав, сор-

ных трав, домашней пыли, клещей рода Dermatophagoides для подкожной АСИТ

- аллергоиды, полученные путём полимеризации аллергена формальдегидом или карбонилированием

- аллергены пыльцы деревьев, злаков, клещей домашней пыли, адсорбированные на суспензии фосфата кальция или гидроксида алюминия, для подкожной АСИТ

- аллергены пыльцы берёзы, злаковых трав, амброзии, клещей домашней пыли для сублингвального применения.

Протоколы/схемы АСИТ не являются универсальными – они уникальны для каждого метода и препарата. Различия в схемах обусловлены различиями в химических и терапевтических свойствах препарата. Как правило, протокол проведения АСИТ включает два этапа: 1-й этап – этап достижения максимальной терапевтической дозы (наращивания); 2-й этап – этап поддерживающей терапии (фаза основной терапии). Протоколы некоторых современных лечебных аллергенов не предусматривают фазу наращивания дозы, лечение начинается сразу с поддерживающей дозы аллергена.

Аллергический ринит

В зависимости от длительности протокола АСИТ может быть: предсезонной, предсезонно-сезонной и круглогодичной.

Наличие показаний и противопоказаний к АСИТ, выбор лечебного аллергена, назначение АСИТ проводит аллерголог-иммунолог в соответствии с инструкцией к выбранному лечебному аллергену и методическими рекомендациями по проведению АСИТ. Для оценки эффективности оценивают выраженность симптомов и потребность в медикаментах на исходном этапе обращения и после проведения АСИТ с помощью Шкалы оценки назальных симптомов ринита с учётом потребности в медикаментах.

Хирургическое лечение. Хирургическое вмешательство при АР проводят только при наличии у пациента сопутствующей патологии. Показание к хирургическому вмешательству у пациентов с АР с назальной обструкцией определяет оториноларинголог на основании результатов клинического (в том числе эндоскопического обследования полости носа и носоглотки) и рентгенологического обследования пациента.

Решение о необходимости хирургического вмешательства, предоперационной подготовке и послеоперационному ведению принимает оториноларинголог, согласно протоколу соответствующего заболевания. Не рекомендовано проведение планового хирургического лечения в сезон пыления причинно-значимых аллергенов.

Методы нетрадиционной и альтернативной медицины. В связи с отсутствием доказательств положительного клинического влияния на течение АР не рекомендуется применение таких методов, как гомеопатия, фитотерапия, гипноз, техники релаксации, применение ионизаторов воздуха, физиотерапия.

Рекомендуется пациентам с АР рассмотреть вопрос о целесообразности назначения иглоукалывания (акупунктуры) в комплексной терапии с целью уменьшения выраженности симптомов АР.

Систематический обзор и метаанализ 13 рандомизированных клинических исследований, включающих 2365 пациентов, в том числе 1265 человек в группе активного лечения, продемонстрировал снижение выраженности назальных симптомов и улучшение качества жизни на фоне данного вида терапии.

Особенности лечения АР у детей. В АР наиболее распространён у детей школьного возраста. В детской практике предлагается придерживаться тех же подходов к лечению АР, что и у взрослых. Однако в связи с отсутствием клинических испытаний у детей младших возрастных групп существуют определённые ограничения в назначении некоторых препаратов. Кроме того, при диагностике и терапии АР у детей необходимо обращать внимание на особенности их физиологии и анатомии. Подбирать дозы и применять лекарственные препараты у детей следует в соответствии со специальными рекомендациями. В выборе терапии необходимо руководствоваться принципами безопасности, уделяя большее внимание проведению элиминационных мероприятий (включая применение препаратов для увлажнения, очищения и защиты слизистой оболочки носа (прочие назальные препараты, код АТХ R01AX10) – изотонических солевых растворов или барьерных средств

на основе микрокристаллической целлюлозы – топических сорбентов) и минимизируя медикаментозное воздействие.

Антигистаминные средства системного действия. У детей симптомы АР могут отразиться на когнитивной функции и учёбе в школе, которые могут ещё больше ухудшиться под влиянием антигистаминных средств системного действия с седативным эффектом (препаратов первого поколения). АГ первого поколения негативно влияют на такие компоненты когнитивной сферы, как восприятие, внимание, образное мышление, память, аналитико-синтетические процессы, психомоторную деятельность, вероятностное прогнозирование, мелкую моторику. Любое изменение этих параметров ведёт к развитию интеллектуальной недостаточности, снижает способность к обучению, проявляется социальной дезадаптацией и снижением качества жизни. Кроме того, антигистаминные средства с седативным эффектом (первого поколения) могут нарушать структуру сна и провоцировать развитие obstructивных апноэ во сне. Угнетающее влияние на REM-фазу сна приводит к дневной сонливости, снижению дневной

активности и дальнейшему нарушению когнитивных функций.

В России в связи с возросшими требованиями по регистрации препаратов антигистаминные средства системного действия последнего поколения имеют бóльшие возрастные ограничения по применению в педиатрической практике (цетиризин с 6 месяцев, дезлоратадин с 12, лоратадин с 2 лет), по сравнению со старыми препаратами, многие из которых разрешены с 1 месяца (хлоропирамин, диметинден). Несмотря на то, что рекомендациями Pediatric Section EAACI (Педиатрической секции Европейской академии аллергологов и клинических иммунологов), FDA (Food and Drug Administration – Управление по контролю качества пищевых продуктов и лекарственных средств США) применение антигистаминных средств системного действия с седативным эффектом (первого поколения) в Европе и США у детей в возрасте до 2 лет ограничено, при назначении антигистаминных средств системного действия детям до 6 месяцев в России необходимо руководствоваться действующим законодательством и утверждёнными инструкциями к применению.

Кромоглициевая кислота в связи с высокой степенью безопасности может быть препаратом первого ряда при лечении АР у детей.

Кортикостероиды (местного, назального применения) – интраназальные глюкокортикоиды, ИНГКС) являются эффективными средствами лечения АР.

Применение ИНГКС у детей с АР позволяет не только снизить выраженность назальной обструкции и других симптомов ринита, но и уменьшить степень выраженности гипертрофии аденоидных вегетаций, а следовательно, и необходимость в хирургическом лечении.

Многочисленные исследования, проводившиеся у детей, показали, что применение современных ИНГКС в терапевтических дозах не влияет на рост и гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковую систему. Тем не менее, кортикостероиды для местного (назального) применения следует назначать в минимальных терапевтических суточных дозах и при длительном применении контролировать рост ребёнка. Безопасность ИНГКС и вероятность развития нежелательных эффектов определяется их системной биодоступностью и уровнем ингибирования кортикостероидов при первичном прохождении через печень. На территории РФ зарегистрированы и разрешены к применению в педиатрической практике следующие ИНГКС: флутиказон фураат и мометазон (применяют у детей с 2 лет), флутиказон (флутиказона пропионат, применяют с 4 лет), беклометазон и будесонид (с 6 лет). Среди современных ИНГКС наиболее быстрой и полной ингибицией характеризуются препараты флутиказона фураат, мометазон и флутиказон (флутиказона пропионат) с биодоступностью 0,1% и 1-2%. Согласно рекомендациям ARIA 2008 г., у детей необходимо ограничивать применение ИНГКС с высокой биодоступностью, таких как будесонид (11%) и беклометазон (44%). Также при назначении терапии, особенно в педиатрической практике, необходимо учитывать высокую биодоступность дексаметазона (более 80%), который входит в состав многих комбинированных препаратов местного действия, часто применяющихся для лечения острых

и хронических воспалительных заболеваний носоглотки.

Антагонисты лейкотриеновых рецепторов. В детской практике АР в структуре так называемого атопического марша может выступать как предшествующая стадия БА. Раннее длительное применение препарата с доказанной противоастматической активностью может стать важным элементом профилактики БА у предрасположенных детей. У детей, уже страдающих БА и АР, назначение антагонистов лейкотриеновых рецепторов позволяет избегать полипрагмазии. Монтелукаст в дозе 4 мг разрешён к применению у детей с 2 лет, в дозе 5 мг – с 6.

АСИТ инъекционными методами можно проводить у детей старше 5 лет. Для сублингвальной АСИТ это ограничение снято в связи с высоким уровнем безопасности этого способа лечения. Проведение АСИТ у детей с АР позволяет предотвратить трансформацию АР в БА и расширение спектра причинно-значимых аллергенов. Наличие лечебных аллергенов для проведения сублингвальной АСИТ существенно расширяет возможность этого метода в педиатрической практике (высокий уровень безопасности, отсутствие необходимости делать инъекции, отсутствие необходимости частых визитов к врачу). При назначении сублингвальной АСИТ детям необходимо проводить беседы с их родителями (опекунами) о важности строгого соблюдения индивидуального протокола, возможных последствиях в случае умыленного/неумышленного его нарушения и неконтрольного лечения.

Особенности лечения АР у беременных и в период грудного вскармливания. При диагностике АР у беременных необходимо учитывать возможность наличия такого распространённого состояния, как ринит беременных, обусловленного физиологическими изменениями во время гестации (повышением уровня эстрогенов и плацентарного гормона роста). Ринит беременных – это заложенность носа, возникающая во время беременности, не сопровождающаяся признаками респираторной инфекции или аллергии и полностью проходящая в течение 2 недель после родов. Выявление сенсibilизации к определённым респираторным аллергенам будет в пользу АР. Кожное тестирование во время беременности и лактации не проводится из-за существующего, пусть и минимального риска развития анафилактики. Для аллергообследования в период беременности и кормления проводится исследование уровня специфических IgE в сыворотке крови.

Переломы бедренной кости (кроме проксимального отдела бедренной) – это внеклассификационное понятие, объединяющее переломы верхней, средней и нижней трети диафиза, а также внесуставные и внутрисуставные переломы дистального отдела бедренной кости (ДОБК). Данные переломы представляют собой нарушение целостности бедренной кости в области диафиза или дистального метаэпифиза вследствие травматического воздействия. В рамках настоящей клинической рекомендации рассматриваются только травматические изолированные закрытые и открытые переломы бедренной кости одной нижней конечности, за исключением родовой травмы.

Этиология и патогенез. Переломы диафиза и дистального отдела бедренной кости возникают в результате воздействия внешнего травматического агента большой силы. По механизму травмы различают прямое и непрямое воздействие. При прямом механизме травмы сила прилагается непосредственно к месту перелома. Непрямой механизм травмы характеризуется тем, что травмирующая сила прилагается вдали от места перелома.

По энергии повреждения различают высокоэнергетические и низкоэнергетические переломы. Первые являются, как правило, результатом прямой травмы и сопровождаются значительным повреждением окружающих мягких тканей. Низкоэнергетические переломы имеют непрямой механизм травмы и происходят у пациентов со сниженной минеральной плотностью костной ткани.

Переломы диафиза бедренной кости в большинстве случаев являются следствием высокоэнергетической травмы.

Переломы ДОБК чаще возникают вследствие непрямого воздействия травмирующего агента. Наиболее частыми являются низкоэнергетические переломы вследствие падения с высоты собственного роста на коленный сустав.

Высокоэнергетические травмы диафиза и ДОБК происходят при дорожно-транспортных происшествиях (ДТП), падениях с высоты, занятиях спортом.

Эпидемиология. Частота встречаемости переломов диафиза бедренной кости со-

При лечении АР у беременных и кормящих грудью предпочтение отдаётся элиминационным мероприятиям, включая ирригационную терапию. При недостаточной эффективности элиминационных подходов фармакологическое лечение назначают с учётом потенциальных рисков для течения беременности, здоровья матери и будущего ребёнка.

По этическим соображениям у беременных не проводилось контролируемых исследований для препаратов, используемых при АР. Соответственно, для этих препаратов не существует данных, продемонстрировавших отсутствие риска для плода в любом триместре беременности (категория А по классификации риска токсического влияния на плод FDA). Некоторые медикаменты, используемые для лечения АР, относятся к группе В (отсутствие риска в исследованиях у беременных животных, наличие данных систематических обзоров исследований «случай – контроль» об использовании у беременных женщин), которые не имеют доказательств риска для человека: лоратадин, цетиризин, будесонид, кромоглициевая кислота.

Большинство препаратов, применяемых при АР, относится к группе С (существует шанс вреда для плода, но потенциальная польза может перевесить потенциальный риск).

Нежелательно назначение лекарственных средств в I триместре беременности (в период эмбриогенеза), кроме случаев, обусловленных жизненной необходимостью.

При назначении терапии в период грудного вскармливания следует по возможности ограничиться лекарственными средствами для местного применения с минимальной системной биодоступностью. Все препараты для системного применения, используемые для лечения АР, проникают в грудное молоко, соответственно, при необходимости их назначения следует рассмотреть вопрос о прекращении грудного вскармливания.

Реабилитация. Рекомендуется всем пациентам (законным представителям пациентов) с АР проводить обучение.

Программа обучения пациентов (законных представителей пациентов) с АР должна включать предоставление информации о заболевании, составление индивидуального плана лечения для пациента, и обучение технике управляемого самоведения.

Профилактика. Профилактика направлена на сохранение длительного контроля и предупреждение обострений и включает

элиминационные мероприятия: устранение или ограничение воздействия аллергена или иных триггеров АР, исключение из рациона (ограничение) перекрёстно-реагирующих продуктов и лекарственных средств растительного происхождения (для пациентов с пыльцевой сенсibilизацией).

Рекомендуется всем пациентам с АР рассмотреть целесообразность проведения АСИТ с целью вторичной профилактики (предупреждения трансформации АР в бронхиальную астму, утяжеления симптомов и расширения спектра сенсibilизации).

В ведении пациентов с аллергическими заболеваниями немаловажное место занимает ориентация пациентов на необходимость грамотного и своевременного лечения, ознакомление с современными методами специфической и неспецифической терапии, обучение правильному использованию лекарственных препаратов, различным мерам профилактики обострений, психологической реабилитации, самоконтролю, знакомство с последними научными достижениями в области аллергологии и иммунологии.

Организация оказания медицинской помощи. Лечение АР проводят в амбулаторных условиях.

Показания для госпитализации в медицинскую организацию:

- крайне тяжёлое и/или осложнённое течение заболевания (экстренная)

- у детей тяжёлое обострение с выраженной назальной обструкцией (экстренная); необходимость проведения ускоренного курса аллерген-специфической иммунотерапии в условиях элиминации аллергена (плановая).

Показания к выписке пациента из медицинской организации

- 1) достижение контроля над симптомами АР, нормализация лабораторных показателей;

- 2) завершение курса аллерген-специфической иммунотерапии.

Дополнительная информация, влияющая на течение и исход заболевания.

Аллергический ринит, как правило, не требует госпитализации и не приводит к инвалидности и смерти пациента. Однако, как любая хроническая патология, имеет тенденцию к утяжелению заболевания – симптомы со временем становятся более выраженными, у части пациентов развивается бронхиальная астма, расширяется спектр причинно-значимых аллергенов, а также снижается эффективность стандартной терапии. Обращает на себя внимание низкий уровень обращаемости пациентов с аллергическим ринитом на

ранних стадиях заболевания и позднее направление пациентов к аллергологу (спустя 6-13 лет от дебюта заболевания). Поздняя диагностика аллергического ринита приводит к тому, что многие пациенты длительное время занимаются самолечением, как правило, включающим чрезмерное употребление адреномиметиков (деконгестантов) и антигистаминных средств системного действия с седативным эффектом. Физический дискомфорт, вызванный основными симптомами аллергического ринита, оказывает нежелательное действие на психологическое состояние и социальную жизнь людей, ограничивая профессиональную деятельность человека. Неадекватная терапия, особенно препаратами с выраженными побочными эффектами (такими как седативный, кардиотоксический и др.), может влиять на общее состояние, и, соответственно, ухудшать качество жизни пациента и приводить к снижению производительности труда и возрастанию косвенных затрат на лечение. Комплексный подход, включающий назначение рациональной фармакотерапии, проведения элиминационных мероприятий и аллерген-специфической иммунотерапии, как правило, приводит к уменьшению клинических проявлений и улучшению качества жизни пациента и позволяет достичь длительной ремиссии.

Актуальность: 2022

Наталья АСТАФЬЕВА,
заведующая кафедрой клинической иммунологии и аллергологии Саратовского государственного медицинского университета им. В.И.Разумовского,
член Российской ассоциации аллергологов и клинических иммунологов,
доктор медицинских наук, профессор.

Александр БАРАНОВ,
почётный президент Союза педиатров России,
советник руководителя НИИ педиатрии и охраны здоровья детей ЦКБ РАН,
главный специалист педиатр Минздрава России,
академик РАН.

Елена ВИШНЕВА,
заместитель руководителя по науке НИИ педиатрии и охраны здоровья детей ЦКБ РАН,
доцент кафедры факультетской педиатрии педиатрического факультета Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И.Пирогова,
пресс-секретарь Союза педиатров России, член Российской ассоциации аллергологов и клинических иммунологов,
доктор медицинских наук.

Переломы бедренной кости (кроме проксимального отдела бедренной)

ставляет, по данным различных авторов, 15 случаев или 21 случай на 100 000 населения в год. Распределение между догоспитальной летальностью, высокоэнергетическими и низкоэнергетическими переломами (среди выживших на догоспитальном этапе) составляет 17, 48 и 35% соответственно. Возрастной состав пострадавших имеет два пика: молодые пациенты с высокоэнергетическими травмами и пациенты старше 65 лет с низкоэнергетическими переломами. Последние обусловлены снижением минеральной плотности костной ткани на фоне возрастающей активности пожилых пациентов, нередко бывают перипротезными.

Долю переломов ДОБК следует оценить в 1-2% случаев всех переломов, если принять во внимание встречаемость переломов различной локализации по данным ряда авторов, при этом у молодых людей частота встречаемости таких переломов составляет менее 5 случаев на 100 000 населения в год. Среди всех повреждений бедренной кости на долю переломов ДОБК приходится около 5%. Средний возраст пациентов с переломами ДОБК составляет 71 год, и встречаемость таких переломов ещё выше среди женщин 80 лет. Средний возраст пациентов-мужчин – значительно ниже, и составляет, по различным данным, 44 года или 56 лет. Отмечается увеличение частоты переломов данной локализации среди людей старше 60 лет, со значительным преобладанием женщин. Пациенты этой возрастной категории преимущественно становятся жертвами низкоэнергетической травмы в результате падения с высоты собственного роста. Высокоэнергетическая травма, обусловленная падением с высоты или ДТП, преимущественно характерна для молодых пациентов мужского пола, причём только в 20% случаев у таких пострадавших наблюдается изолированный перелом ДОБК.

Классификация. Диафизарные переломы делятся на простые, клиновидные и многооскольчатые (сложные).

Простой перелом – это перелом с одной линией, у которого площадь контакта между отломками после репозиции превышает 90%. Простые переломы подразделяются на винтообразные, косые и поперечные или близкие к ним.

Перелом с наличием клина, или клиновидный перелом, содержит 3 фрагмента и более. После репозиции этого перелома основные его фрагменты контактируют друг с другом. Клин может быть интактным или фрагментированным.

Многооскольчатый (сложный) перелом также содержит 3 фрагмента и более, однако, в отличие от клиновидного, после его репозиции контакт между основными фрагментами будет отсутствовать. Промежуточный фрагмент сложного перелома может быть спиральным, сегментарным или иррегулярным.

Для точного определения анатомической локализации перелома необходимо определить его центр. Для простого перелома центр – это средняя точка косой или спиральной линии перелома, для переломов с наличием клина – это наиболее широкая часть клина или средняя точка фрагментированного клина после репозиции, для сложных переломов центр определяется после репозиции с восстановлением длины кости как середина между проксимальной и дистальной границами перелома.

Метаэпифизарные переломы делятся на внесуставные и внутрисуставные. Внутрисуставные переломы, в свою очередь, подразделяются на неполные, при которых часть суставной поверхности остаётся интактной и сохраняет связь с неповреждённым диафизом, и полные, при которых повреждается весь поперечник метаэпифизарной кости.

Кодирование диагноза начинается с определения анатомической локализации перелома: кости и сегмента. Согласно универсальной классификации переломов АО, бедренная кость имеет номер 3. Диафиз бедренной кости кодируется как 32, дистальный отдел бедренной кости – 33. Затем определяется морфологическая характеристика перелома. Она заключается в определении типа, группы и подгруппы перелома. Все переломы подразделяются на 3 типа: А, В и С.

Согласно универсальной классификации переломов АО, переломам диафиза бедренной кости соответствует код 32-. Переломы данной локализации делятся на следующие группы:

- 32-A – простой перелом;
- 32-A1 – простой перелом, спиральный
- 32-A2 – простой перелом, косой (> или = 300)
- 32-A3 – простой перелом, поперечный (< 300).
- 32-B – клиновидный перелом:
- 32-B2 – клиновидный перелом, сгибательный клин, интактный
- 32-B3 – клиновидный перелом, фрагментированный клин.
- 32-C – многооскольчатый (сложный) перелом:
- 32-C2 – многооскольчатый перелом с интактным сегментарным фрагментом
- 32-C3 – многооскольчатый перелом, иррегулярный.

Согласно универсальной классификации переломов АО, переломам ДОБК соответствует код 33-. Переломы данной локализации делятся на следующие группы:

- 33-A – околосуставные переломы бедренной кости:
- 33-A1 – отрывные переломы надмыщелков бедренной кости

(Окончание следует.)

В Новосибирске прошла выездная сессия Медицинской ассоциации врачей центров рассеянного склероза и других нейроиммунологических расстройств (МАВРС), на которую собрались специалисты из регионов Сибирского и Дальневосточного федеральных округов.

Примечательно, что среди них были неврологи, представляющие субъекты РФ, где нет ни специализированных центров, ни даже кабинетов рассеянного склероза (РС). Для них опыт коллег был особенно полезен, поскольку они в своих территориях вынуждены быть универсальными специалистами и, увы, не так глубоко погружены в проблематику конкретных неврологических заболеваний. Между тем, как показала эта встреча, есть масса нюансов в диагностике аутоиммунной нейропатологии, много нового в терапии, ещё больше – в реабилитации, и то, с какой скоростью больная будет двигаться к инвалидизации, напрямую зависит от того, насколько компетентен его лечащий врач.

Организаторы сессии впервые построили её работу не в привычном формате конференции с лекциями «федералов» и докладами «с мест», а в формате мастер-классов. Так, ведущие специалисты по рассеянному склерозу из Москвы и Новосибирска провели несколько клинических разборов по историям болезни пациентов с РС в присутствии всех участников форума, с возможностью вопросов-ответов и даже дискуссии.

Второй мастер-класс был посвящён лучевой диагностике рассеянного склероза. Сотрудник Научного центра неврологии (Москва) Василий Брюхов проводил описание МРТ-снимков десяти пациентов, среди которых были случаи типичного РС и случаи, очень похожие на него, но оказавшиеся другой патологией. Эксперт обучал неврологов тому, как по снимкам МРТ пошагово распознавать признаки РС.

В рамках третьего мастер-класса заведующий отделением реабилитации Санкт-Петербургского центра РС Глеб Макшаков знакомил сибирских и дальневосточных врачей с техникой проведения ботулинотерапии – инъекционного метода лечения и реабилитации спастичности конечностей у пациентов с РС, который только в нынешнем году был включён в национальные клинические рекомендации по РС и ещё не всеми неврологами применяется.

Кстати, о реабилитации: ей во время встречи неврологов уделили особое внимание. По словам руководителя Новосибирского областного центра РС Дениса Коробко, при данном заболевании это – чрезвычайно важный этап медицинской помощи. Долгое время считалось, что пациентов с РС не надо реабилитировать, потому что заболевание заведомо прогрессирующее и состояние пациента неизбежно будет ухудшаться. Теперь представление изменилось, и, как бы странно это

Обсуждения

«Нет врача – нет больного»: схема, ведущая в тупик

Нужна ли субспециализация в неврологии?



ни звучало, начинать реабилитировать пациента надо сразу же после постановки диагноза и назначения ему патогенетической терапии, задача которой – замедлить скорость развития болезни.

– В отличие от мозгового инсульта, который манифестирует острой фазой, а затем оставляет о себе напоминание в виде утраченных функций, требующих восстановления, при РС сценарий иной. Процесс аксональной нейродегенерации начинается с первых дней болезни. Поначалу он компенсируется здоровым мозгом, но с течением времени нейродегенеративные изменения нарастают и происходит заметное прогрессирование болезни. Поэтому сегодня считается, что реабилитация нужна любому пациенту, даже тому, кто после фазы обострения полностью восстановился. Прежде всего, это работа пациента с психологом. Все люди, которым выставлен диагноз РС, испытывают сильнейший страх, сразу представляя себя в инвалидном кресле. Важно помочь человеку справиться с таким разрушительным эмоциональным состоянием, тем более, что при соблюдении им всех врачебных рекомендаций стадия инвалидизации с утратой двигательных способностей может не наступить никогда. В то же время для значительной части больных реабилитация подражает восстановлению координации движений, функций тазовых органов, – поясняет Д. Коробко.

Специалист отмечает, что до последнего времени реабилитация не была обязательным этапом ведения пациентов с РС, но в 2022 г. она,

наконец, появилась в клинических рекомендациях. Процесс разработки, а затем утверждения их в Минздраве России был длительным и непростым, но в итоге, по его мнению, документ получился ёмким и выверенным. В частности, реабилитация больных РС должна проводиться не только в условиях лечебного учреждения, но и на дому, в режиме домашних заданий или с использованием телемедицинских технологий. В этом отношении, кстати, уже преуспели неврологи в Красноярске и Тюмени, где разработаны и успешно применяются реабилитационные программы в видеорежиме под наблюдением врача.

Поскольку в этот раз выездная сессия МАВРС проходила в Новосибирске, гости познакомились с работой регионального центра РС. Как уже сказано, формы организации оказания помощи пациентам с РС в разных регионах страны разные. Так, в Амурской области и Республике Алтай нет ни центров, ни кабинетов РС, а пациенты с этим диагнозом наблюдаются у поликлинических неврологов. Официально такая организация работы объясняется тем, что больных РС немного и потому создавать специализированные подразделения нецелесообразно. Однако, нет ли в этих регионах гиподиагностики РС, которая обусловлена как раз отсутствием специалистов? Как говорится, нет врача – нет больных...

Между тем, во время выездной сессии президент МАВРС Мария Давыдовская подчеркнула, что порядки оказания неврологической помощи позволяют организовывать

в регионе кабинет РС из расчёта одна ставка врача на 200 пациентов. То есть, даже если пока в регионе выявлено меньше, чем 200 больных РС, ставка врача уже может быть выделена. Главные неврологи субъектов РФ должны содействовать в этом.

– Действительно, 20 лет назад было неважно, кто занимается диагностикой и терапией РС – просто неврологи в поликлиниках или сотрудники специализированных центров, потому что лечили только обострения заболевания. Было неважно, выявлялась болезнь на ранних стадиях или позже, поскольку терапия не защищала больного от инвалидного кресла, которое в итоге для большинства становилось неизбежным финалом через 10-15 лет болезни. Сегодня, когда уровень медикаментозной помощи достиг больших высот, важно правильно ставить диагноз РС и быстро начинать лечение, потому что фактор времени может играть на стороне больного, а может играть против него, – убеждён Д. Коробко.

И вообще, по мнению эксперта, субспециализация в неврологии абсолютно оправдана сложностью каждого из разделов данной области медицины. Невозможно быть высококомпетентным универсальным неврологом, который одинаково хорошо разбирается в аутоиммунных неврологических процессах, эстрапирамидной патологии, мигрени, мозговых инсультах и эпилепсии. В интересах больных, чтобы доктор был глубоко погружён в конкретную тематику и знал её досконально, а не по чуть-чуть из каждого раздела.

Участники сессии были едины во мнении, что центр РС или хотя бы специализированный кабинет в структуре системы здравоохранения региона необходим для того, чтобы у пациентов был доступ к высокоэффективным препаратам для терапии. Это невозможно организовать, если человек наблюдается просто у невролога поликлиники, поскольку такова нынешняя федеральная модель лекарственного обеспечения больных РС. Заявка формируется в середине текущего года на следующий год, и если нет регионального регистра с точным, постоянно выверяемым числом больных с учётом уехавших и вновь прибывших, с расчётом вновь выявленных случаев, то заявка не может быть адекватна реальной потребности.

В Новосибирской области центр РС официально был организован в 2000 г., хотя фактически вести учёт пациентов с этим заболеванием и глубоко заниматься изучением данной патологии в регионе начали ещё раньше – в 1980 г. Сегодня в региональном регистре больше 3 тыс. больных РС, почти 700 пациентов с миастенией, 24 человека с орфанным заболеванием спектра оптиконеуромиелита и единичные случаи других редких аутоиммунных неврологических заболеваний. Такая заболеваемость классифицируется как высокая. По словам руководителя центра, вряд ли можно говорить о некоей климато-географической или этногенетической предрасположенности населения Новосибирской области к заболеванию РС. Самое высоковероятное объяснение большому числу больных – хорошо организованные диагностика и регистрация.

Вообще истинная заболеваемость РС и другими аутоиммунными неврологическими заболеваниями, а не только связанная с хорошей выявляемостью, растёт в человеческой популяции, причём, это экстерриториальное явление. И однозначного объяснения данному феномену пока нет.

– В нынешнем году много шума в сообществе неврологов вызвала статья наших зарубежных коллег, которые на основании многолетних наблюдений пришли к выводу, что у людей, перенёвших инфекционный мононуклеоз, который вызван вирусом Эпштейна – Барр, в 30 раз возрастает риск развития РС. Авторы предполагают, что, возможно, вакцина от вируса Эпштейна – Барра, если она будет разработана, станет защитой от РС. Однако, число людей, переболевших мононуклеозом и не заболевших после этого РС, многократно больше тех, у кого развился-таки РС. Поэтому считать данную причинно-следственную связь прямой вряд ли можно. Генетические исследования показали, что существует предрасположенность к РС, однако, это не доминирующая причина, этиология заболевания всё-таки мультифакторная. Таким образом, ответа на вопрос пациентов, почему это случилось именно с ними, у нас до сих пор нет. Мы знаем, как развивается заболевание, но не знаем, почему, – резюмирует Д. Коробко.



Елена БУШ,
обозреватель «МГ».

Тенденции

По поручению руководителя Федерального медико-биологического агентства Вероники Скворцовой сформировано два сводных медицинских отряда, которые проводят внеочередные медицинские осмотры работников критически важных должностей, влияющих на безопасную работу Запорожской АЭС. Кроме этого, экспертами ФМБА России будет проведена диспансеризация взрослого и детского населения города Энергодара Запорожской области.

По итогам проведения расширенной диспансеризации, при выявлении признаков заболевания, разработаны варианты маршрутизации детей и взрослых для получения медицинской помощи в федеральных научно-клинических центрах ФМБА России. Организацией работ сводных медицинских отрядов занимается начальник Управления

Доктора приходят вовремя

ФМБА России совместно с Госкорпорацией «Росатом» обеспечивает медико-санитарную помощь в Запорожье

организации медицинской помощи и промышленной медицины ФМБА России Михаил Ратманов. В составе сводных отрядов – терапевты, анестезиологи, оториноларингологи, хирурги, офтальмологи, педиатры, детские хирурги, детские кардиологи, детские психиатры и другие специалисты.

«Сводные медицинские отряды ФМБА России в декабре начали свою работу в Энергодаре. Коллектив отрядов оснащён самым современным оборудованием, которое позволяет проводить все необходимые исследования для более глубокой диагностики как

взрослого населения, так и детей. В наших планах – провести углублённую диспансеризацию более 2 тыс. детей дошкольного и школьного возраста, проживающих в Запорожской области, а также осуществить внеочередную углублённый медосмотр работников критически важных должностей Запорожской атомной электростанции. Все пациенты, нуждающиеся в дополнительном лечении, будут оперативно направлены в федеральные центры ФМБА», – сказала В. Скворцова.

Особо отметим, что Госкорпорация «Росатом» приняла решение по

оказанию помощи городской медико-санитарной части в Энергодаре и приобретению специального медицинского оборудования на общую сумму 96 млн руб., на базе которого начали работу сводные медицинские отряды ФМБА. За первую неделю работы медицинскую помощь получили 650 взрослых и 390 детей. Выбрано оборудование, которое либо отсутствовало в медико-санитарной части, либо чрезмерно устарело. Вскоре будут доставлены современные новые аппараты для оснащения реанимации, операционного зала, поликлиники, лаборатории и женской

консультации. Жители города и работники ЗАЭС смогут получить более точную УЗ-диагностику на аппарате экспертного класса. Агентство видит заинтересованность, получает положительные отзывы от жителей и работников ЗАЭС после консультаций врачей отрядов. Многим даны врачебные рекомендации по лечению заболеваний. Сводные медицинские отряды ФМБА России обязательно приедут повторно в Энергодар в начале 2023 г. для обследования тех, кто не успел в декабре 2022 г. прийти на обследование, и контролирует выданные рекомендации.

ФМБА России оказывает медицинскую помощь в Донбассе с начала специальной военной операции. За 10 месяцев работы медпомощь оказана более 38 тыс. пациентов, среди них 3700 детей.

Александр МЕЩЕРСКИЙ.

Врачебное сообщество обеспокоено ростом негативной информации, направленной против врачей. В погоне за популярностью некоторые СМИ периодически муссируют тему врачебных ошибок, возводя их в ранг преступлений, а Следственный комитет РФ фиксирует рост сообщений о действиях медиков, якобы причинивших вред жизни или здоровью пациента. Хирурги – в числе наиболее рискованных специальностей. Наверное, потому что, как они сами говорят, здесь любую ситуацию можно повернуть под самым неприглядным углом, найти «нужных» экспертов, журналистов, и тогда появится ещё одно дело о «врачах-вредителях». Хирург перед законом оказывается виноват уже по определению. Именно поэтому на XXVIII Всероссийском съезде сердечно-сосудистых хирургов, посвящённом 100-летию В.И.Бураковского, особое внимание уделили вопросам правовой защиты медицинских работников в современном обществе.

Правовой нигилизм усиливается

Правовой нигилизм только усиливается, в последние годы он пышно расцвёл в социальных сетях, где многочисленные группы ведут буквально подрывную деятельность против медицины, констатировала начальник юридического отдела НМИЦ сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н.Бакулева Татьяна Сёмина. Недостаток медицинских знаний, откровенная клевета, шквал неадекватной информации приводят к тому, что пациенты нередко начинают ошибочно воспринимать болезнь, отказываются от медицинских услуг целой клиники и прибегают к самолечению. Так происходит утрата здоровья населения и наносится урон престижу профессии врача. Правовой нигилизм развивает чувство безнаказанности, формирует пренебрежительное или даже негативное отношение к праву, его социальной ценности.

Иногда бессмысленный и беспощадный конфликт между пациентом и врачом длится годами, в него вовлечены сотрудники Минздрава, Росздравнадзора, Следственного комитета, судов, тратящих своё время на безуспешные попытки разрешения. Обеспечение прав и законных интересов больных граждан, безусловно, представляет собой важнейшую социальную задачу, но права врача также должны быть защищены, подчеркнула Т.Сёмина.

Она напомнила, что 30 декабря 2020 г., Президентом РФ были подписаны и вступили в действие поправки к ст. 128 Уголовного кодекса РФ. С этого времени установлена уголовная ответственность за клевету, совершенную публично с использованием информационных сетей, в том числе в интернете. Сложность, однако, в том, что не могут быть признаны порочащими сведения, которые по своему содержанию, смыслу являются личной оценкой ответчика в отношении деятельности истца (то есть эта деятельность может быть подвергнута критике). Следовательно, за распространение такой личной оценки не может быть ответственности, поскольку право относит её к неосторожному, а не умышленному деянию. Врачи и адвокаты при попытке защитить честь и достоинство сталкиваются с тем, что суды часто признают оскорбительные суждения ответчика оценочными, а ввиду отсутствия у пациента медицинского образования это означает, что он заблуждался.

Что же всё-таки в этих условиях могут предпринять клиники? Т.Сёмина рекомендует держать в штате квалифицированного юриста, способного выстраивать защиту от необоснованных жалоб, обучать врачей медицинскому праву, требовать от врачей знания и соблюдения всех действующих законов и нормативных правовых актов, имеющих отношение к его профессиональной деятельности. Чтобы выработать действующие механизмы правовой защиты врачей и соблюдать интересы пациентов, она призвала развивать взаимодействие врачебных профессиональных сообществ и юристов, специализирующихся на медицинском праве.

Как защитить врачей

Собственно, вопросы декриминализации правонарушений в профессиональной медицинской

его общая часть устанавливает фундаментальные обстоятельства, критерии и условия, при которых событие признаётся преступным либо таковым не признаётся. Уголовный кодекс является универсальным, это определённый свод норм, который не может создавать преференции либо исключения, привилегии ни для одной сферы, даже такой исключительно важной, как медицинская деятельность».

Что же можно и необходимо сделать? По её мнению, исключать медицинскую услугу из законо-

Таким образом, можно уточнить составообразующие признаки и указать надзирающим прокурорам на необходимость строгой проверки их наличия в ятрогенном событии. И не понадобится вносить никаких существенных изменений и перелопачивать огромный массив законодательства. Это метод эффективный и простой».

Есть такой нюанс: 90% уголовных дел возбуждаются по заявлению. По словам профессора Российской академии народного хозяйства и государственной службы при Пре-

един из тех, кто считает, что время уполномоченного по защите прав в сфере охраны здоровья давно настало. «Потребность в развитии правового механизма возрастает вместе с ростом числа жалоб и обращений от населения, возбуждаемых уголовных дел в отношении медработников, и всё это происходит в отсутствие специальных механизмов защиты прав, что не способствует снижению числа конфликтов в отрасли», – указывает он.

Ежегодно контролирующие органы выявляют несколько миллионов

Проблемы и решения

Конфликт бессмысленный и беспощадный

Эксперты предлагают механизмы декриминализации правонарушений в медицинской деятельности



деятельности рассматриваются уже не первый год, на разных уровнях и площадках, отметила следователь по особо важным делам отдела по расследованию ятрогенных преступлений Главного следственного управления Следственного комитета РФ Татьяна Петрова. Так, Комитет Госдумы по охране здоровья предлагает исключить понятие «медицинская услуга» из Федерального закона № 323-ФЗ и заменить его понятием «медицинская помощь» во всех нормативных правовых актах. Минздрав России высказывается за изменение (уточнение) определения «медицинская услуга» как единицы тарификации медицинской помощи, используемой для конкретных целей – финансового планирования, оплаты, медицинской статистики и пр. И те и другие предлагают не применять ст. 238 УК РФ (в ней предусмотрена уголовная ответственность за выполнение работ или оказание услуг, не отвечающих требованиям безопасности жизни или здоровья потребителей) в отношении медицинской деятельности. Позиция же Национальной медицинской палаты такова: необходимо внести уточнения в закон № 323-ФЗ об уточнении и расширении понятий «обоснованный риск» и «крайняя необходимость» в медицинской деятельности, разрешить врачу выходить за рамки нормативных документов в интересах пациента.

Как внесение уточнений в отраслевое законодательство повлияет на применение норм Уголовного кодекса? Отвечая на этот вопрос, Т.Петрова разъяснила, что УК не может содержать и не должен учитывать положение норм отраслевого законодательства. «Как будет работать УК, если для понимания каждого обстоятельства, исключаящего преступность, нам нужно будет обращаться в отраслевое законодательство, для медицины – в один закон, для другой сферы – в другой? По такому принципу он работать не может,

дательства и правоприменения, что гражданского, что уголовного, не стоит. Правильнее уточнить её, конкретизировать, чтобы из определения чётко следовало, что это такое и какие признаки имеет. Это позволит исключить путаницу и подмену понятий, определить, что медицинская помощь и медицинская услуга – это не одно и то же. Также следует прописать, что услуга как разновидность оказания медицинской помощи (не в значении единицы тарификации) не может быть оказана в рамках государственных гарантий бесплатного оказания медпомощи, то есть в системе ОМС. Наконец, Т.Петрова призывает разработать и нормативно закрепить критерии безопасности в медицине».

На взгляд эксперта, ограничить применение ст. 238 УК РФ к медицинской деятельности можно было бы двумя путями. Во-первых, с помощью постановления Пленума Верховного суда РФ. Впрочем, она сама признаёт, что не испытывает иллюзии относительно пленума, который даже не упоминает о медицинской услуге.

Но есть ещё один механизм, который эксперту кажется простым, но эффективным: унифицировать правоприменение через надзор – Генеральная прокуратура РФ может выступить в качестве регулятора правоприменительной практики. «Мы забываем о том, что ни одно уголовное дело не поступает в суд, минуя надзорный орган. Роль Прокуратуры в этом вопросе может быть весьма эффективна и широка. Почему бы надзорному ведомству не инициировать правоприменение по этой норме и не выступить в качестве регулятора правоприменительной практики. Практика знает такие примеры: с 2015 г. после информационного писем за подписью генпрокурора и его заместителей подчинённые (прокуроры) действовали на какой-то период упорядочили надзор за ятрогенными преступлениями.

зиденте РФ адвоката Александра Аронова, это говорит о том, что пациент получил в медучреждении помощь на основании гражданского правового договора, затем предъявил претензию, но не получил компенсации. «А он и не может её получить. Дело всё в том, что в нашем законодательстве отсутствует компенсаторная функция. Чтобы получить денежную компенсацию, пациент должен либо обратиться в суд с требованием о её получении, либо пойти в правоохранительные органы и заставить выплатить её через гражданский иск», – сказал эксперт.

По словам А.Аронова, в условиях беспрецедентного давления на врачебное сообщество, Следственный комитет ищет возможность ограничить ответственность и привлечение медработников к уголовной ответственности. «Мы говорим о том, что необходимо защитить врачей, разделить ответственность между клиникой и ими и, самое главное, в обязательном порядке застраховать его ответственность. Предоставить ему самостоятельный статус по аналогии со статусом адвоката – статус врача выведет его из трудовых отношений с медицинской организацией и даст право оказывать медпомощь на основании договора между врачом и пациентом напрямую», – сказал он.

По мнению представителя адвокатского сообщества, эти меры дают возможность реальной выплаты компенсации пациенту или его родственнику и автоматически снижают нагрузку на правоохранительные органы. В дополнение к этому врач получает возможность обелить большую часть получаемых доходов. «Более того, мы предоставляем возможность врачу, имея престиж и статус, бороться с нигилизмом за счёт правильного распределения ответственности, ведь тогда он не как работник, а как самостоятельный субъект сможет вступать в гражданские правовые отношения с любой клиникой».

Конечно, это точка зрения эксперта, но есть и другие взгляды на эту проблему. О них мы постараемся рассказать в ближайших номерах «МГ».

Время уполномоченного

Добавим к сказанному на съезде, что уже не первый год обсуждается идея медицинского омбудсмена для внесудебного урегулирования конфликтов. Тем более, что опыт работы таких лиц в стране уже имеется и закреплён в федеральном конституционном законе. Заведующий кафедрой медицинского права Московского государственного юридического университета им. О.Е.Кутафина Александр Мохов –

нарушений. Конечно, не все они известны пациентам и приводят к конфликтам, но все же ежегодно подаётся более 100 тыс. жалоб, заявлений, обращений граждан в связи с некачественным оказанием медицинской помощи, и если конфликт не разрешается, следует около 10 тыс. обращений с исками в суды – о возмещении вреда здоровью, моральной вреде и т.д. «Полную статистику мы не знаем в силу того, что есть сегодня определённые сложности в части мониторинга конфликтов в отрасли», – сказал А.Мохов. А вот что касается обращений в Следственный комитет РФ, здесь статистика довольно точная в силу того, что ятрогенные преступления в этом ведомстве выделены в определённую категорию дел, и есть отдел по ятрогенным преступлениям – ежегодно фиксируется 6-6,5 тыс. обращений.

Институт уполномоченного эксперта предлагает развивать поэтапно. Если такое должностное лицо с аппаратом появится, говорит он, то на первом этапе его задачами станут: рассмотрение жалоб в связи с конфликтами между медиками и пациентами с последующей передачей для разрешения по существу; обращения в суды с исками о защите прав и законных интересов лиц; обжалование судебных актов; обобщение практики; выработка предложений, рекомендаций, в том числе по изменению действующего законодательства об охране здоровья граждан; дача заключений на проекты нормативных правовых актов; подготовка ежегодного доклада, связанного с нарушением прав, конфликтами.

Как только институт будет сформирован и выйдет на «проектную мощность», он начнёт развивать специальный правозащитный механизм. Можно передать ему полностью разрешение конфликтов между субъектами и участниками правоотношений, возникающих при оказании помощи. Далее необходимо будет разграничить полномочия, а для этого сформировать каталог дел, принимаемых/не принимаемых уполномоченным к производству. Вынесенное решение будет обязательным к исполнению, в случае же несогласия с ним обжалование возможно в порядке, предусмотренном гражданским процессуальным законодательством.

И самое главное, что ещё необходимо будет решить, отмечает А.Мохов, – в случаях, когда жалоба удовлетворена и следует выплата компенсации, нужно понимать, за счёт каких средств она будет производиться.

Римма ШЕВЧЕНКО,
корр. «МГ».

Продолжаем разговор, начатый в «МГ» № 45 от 16.11.2022. Президент России Владимир Путин своим указом № 809 от 09.11.2022 утвердил «Основы государственной политики по сохранению и укреплению традиционных российских духовно-нравственных ценностей». Согласно документу, государство «рассматривает традиционные ценности как основу российского общества, позволяющую защищать и укреплять суверенитет России, обеспечивать единство нашей многонациональной и многоконфессиональной страны, осуществлять бережение народа России и развитие человеческого потенциала». Для сохранения и укрепления традиционных ценностей, пресечения деструктивной идеологии все реформы в области образования, воспитания, культуры и науки предлагается проводить с учётом исторических традиций и широкого общественного обсуждения. В связи с этим возникают вопросы о стандартах, обучении и иных аспектах медицины. Давайте обсудим некоторые моменты.

Нравственные ориентиры

В Указе впервые на законодательном уровне даётся определение традиционных ценностей: «Это нравственные ориентиры, формирующие мировоззрение граждан России, передаваемые от поколения к поколению, лежащие в основе общероссийской гражданской идентичности и единого культурного пространства страны, укрепляющие гражданское единство, нашедшие своё уникальное, самобытное проявление в духовном, историческом и культурном развитии многонационального народа России».

К таким ценностям документ относит жизнь, достоинство, права и свободы человека, патриотизм, гражданственность, служение Отечеству и ответственность за его судьбу, высокие нравственные идеалы, крепкую семью, созидательный труд, приоритет духовного над материальным, гуманизм, милосердие, справедливость, коллективизм, взаимопомощь и взаимное уважение, историческую память и преемственность поколений, единство народов России. Упомянуты мировые религии – христианство, ислам, буддизм, иудаизм – оказавшие значительное влияние на формирование традиционных ценностей. При этом особая роль в их становлении и укреплении принадлежит православию. Потому и сказано о «привлечении религиозных организаций к участию в реализации государственной политики по сохранению и укреплению традиционных ценностей».

На мой взгляд, для медицинских работников особенно важно в Указе Президента то, что распространение ультралиберальной деструктивной идеологии причиняет вред нравственному здоровью людей, навязывает представления, предполагающие отрицание человеческого достоинства и ценности человеческой жизни, а также внедряет антиобщественные стереотипы поведения, аморальный образ жизни, вседозволенность и насилие, способствует росту потребления алкоголя и наркотиков.

Сегодня огромное значение придаётся сохранению, укреплению и продвижению традиционных духовно-нравственных ценностей.

Консервативные концепции

В свете Указа Президента следует детализировать или даже кардинально пересмотреть многие ультралиберальные биоэтические, юридические и другие аспекты медицинской науки и практики, недавно возникшие на Западе. К примеру, если речь идёт об уважении к человеческой жизни, браку, многодетности и продолжению рода, то как быть с искусственным прерыванием беременности без неотложных показаний и в рамках обязательного медицинского страхования (с оплатой из кармана налогоплательщика)? Эту проблему нужно урегулировать в сфере генной инженерии, акушерства, гинекологии и репродуктивных технологий.

Если говорится об уважении к человеческому достоинству и ценности человеческой жизни, то как должна рассматриваться активная и пассивная эвтаназия? Это, несомненно, отразится на деятельности хосписов и специалистов в области реаниматологии, транспланто-

совершивших преступления на сексуальной почве.

Депутаты Государственной Думы 27 октября 2022 г. одобрили законопроект о полном запрете ЛГБТ-пропаганды в СМИ, книгах, интернете, рекламе и кино. Документ, защищающий традиционные духовно-нравственные ценности, принят пока в первом чтении. Но есть все основания ожидать его окончательного вступления в силу в самое ближайшее время.

Глава думского Комитета по информационной политике Александр Хинштейн разъясняет: «Наш законо-

ний за услугами по смене пола и гормональной терапии. «У нас есть традиции, совесть, понимание, что надо думать о детях, семьях, стране. В мире происходит большая трагедия. Мы должны сделать все, чтобы защитить наших детей, и тех, кто хочет жить нормальной жизнью».

Не выплеснуть всё

Сексуальная ориентация – сугубо личное дело человека. Мы никого персонально не осуждаем. Каждый сам отвечает за себя перед своей

Вот почему пациентам, страдающим сексуальными расстройствами и желающим освободиться от них, следует оказывать грамотную медико-психологическую, социальную и духовную поддержку. Это не изгой общества, а люди, имеющие право выхода из экзистенциального жизненного тупика. Но методы принудительной (карательной) психиатрии здесь не годятся!

Недаром в число традиционных ценностей входят не только борьба с гендерной идеологией и пропагандой нетрадиционных сексуальных отношений (предпочтений), но также уважение человеческого достоинства, милосердие и гуманизм. Первое без второго порождает грубую дискриминацию, второе без первого – чрезмерную толерантность. А истина лежит посередине, и верная дорога – между двух огней.

Совершенствовать методы воспитания и обучения

Личностный рост и профессиональное развитие специалиста включают в себя приобретение знаний, умений, навыков и, разумеется, традиционных ценностно-смысловых ориентиров. Очевидно, ряд ультралиберальных западных концепций в биоэтике, философии, культурологии, медицине, педагогике и психологии требуют переосмысления. А это влечёт за собой корректировку рабочих учебных программ медицинских вузов и практики оказания помощи пациентам на основе этически выверенного междисциплинарного подхода. Как говорится, потяни одну ниточку, и весь клубок распутается.

Педагоги, врачи и священнослужители – это стратегически важные для любого государства люди. Канцлеру Германской империи Отто фон Бисмарку принадлежит афоризм: «Войны выигрывают не генералы, войны выигрывают школьные учителя и приходские священники». Вполне понятно, что невоспитанный, безнравственный наставник вырашивает подобных себе учеников. Кто же может прививать детям, подросткам и молодёжи духовно-нравственные ценности? Тот, кто сам живёт в соответствии с ними, а не просто их транслирует. Поэтому надо разрабатывать (дополнить) нравственные кодексы российского врача и педагога.

Повторю лейтмотив многих моих публикаций. Традиционные религии внесли уникальный положительный вклад в развитие этико-деонтологических, психолого-педагогических и философских основ врачевания. На мой взгляд, это обязательно нужно изучать будущим и практикующим медикам в виде особой дисциплины – духовно-нравственной культуры врача. Ныне существующие предметы ФГОС (история медицины, философия, биоэтика, культурология) имеют другие цели и задачи. В наших среднееобразовательных школах уже ввели дисциплину «Духовно-нравственная культура народов России». Почему бы и в медицинских вузах не разработать такой профессионально ориентированный предмет?

Подчеркну: речь не идёт о преподавании какой-либо религии, религиозоведения в светском образовательном учреждении или оскорблении чувств атеистов. Высокая духовно-нравственная культура помогает медицинским работникам найти и реализовать этические и ценностно-смысловые принципы, проверенные столетиями, опытом мировых религий и разных народов. Разве это неактуально в условиях нынешней очень взрывоопасной геополитической обстановки?!

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

Точка зрения

Традиционные ценности в медицинском образовании и здравоохранении

Об актуальности духовно-нравственной культуры врача

логии, паллиативной медицины, судебно-медицинской экспертизы.

Если пропаганда нетрадиционных сексуальных отношений (предпочтений) объявляется разрушительной для общества и угрозой демографической ситуации, то сексуальные девиации надо признать не вариантом нормы, а половыми извращениями. Следовательно, необходима организация квалифицированной медико-психологической помощи таким пациентам и внесение соответствующих изменений в стандарты работы психиатров, сексопатологов, андрологов, психотерапевтов и медицинских (клинических) психологов. Недопустимость гей-пропаганды и смены пола противоречит новомодному на Западе понятию гомофобии и исключению различных сексуальных отклонений из Международной классификации болезней (МКБ-11).

Известные российские общественные и государственные деятели призывают пересмотреть положения международных соглашений, подрывающие безопасность и суверенитет России в духовной, нравственной, образовательной и информационной сферах. Например, ряд положений МКБ-11 декриминализируют искусственные аборты на поздних сроках, вводят понятие «третьего пола» и утверждают, что, помимо мужчин и женщин, существуют другие гендеры, а вместо мамы и папы есть «родитель № 1», «родитель № 2», «родитель № 3» и т.д.

Запреты, но не цензура

Начну с небольшого экскурса. На гей-парады в Израиле выходят как представители ЛГБТ, так и ортодоксальные иудеи, для которых такие шествия служат красной тряпкой. Раздаются требования насильственным образом «изменить» людей гомосексуальной ориентации, поскольку в иудаизме за такие грехи полагается смертная казнь.

Согласно Корану, в ряде исламских стран гомосексуальные контакты до сих пор законодательно запрещены и караются тюремным заключением либо приняты законы о смертной казни геев и реже лесбиянок. Вопреки яростному сопротивлению Европарламента, несколько муниципалитетов и регионов Польши на своей территории не разрешили проведение маршей равенства и других ЛГБТ-мероприятий. Венгрия 8 июля 2021 г. запретила распространять среди несовершеннолетних материалы, поощряющие изменение пола и гомосексуальность. А Китай в октябре 2020 г. законодательно ограничил трудоустройство лиц,



проект не является актом цензуры. Мы лишь говорим, что пропаганда, то есть позитивное продвижение, восхваление, тезисы о том, что это нормально, а может, даже и лучше, чем традиционные отношения, должны быть под запретом». Запрет распространяется на пропаганду ЛГБТ и педофилии, демонстрацию ЛГБТ, а также информацию в интернете, СМИ, книгах, аудиовизуальных сервисах, кино и рекламе, побуждающую к смене пола среди детей и подростков.

Так, в законе о рекламе уточняется, что «реклама не должна содержать информацию, пропагандирующую либо демонстрирующую нетрадиционные сексуальные отношения и (или) предпочтения». Аналогичные поправки вносятся в законы об информации и СМИ. Всё это в очередной раз показывает цивилизационное противостояние с Западом, где формируется сознание превосходства нетрадиционной сексуальной ориентации и трансгендерности. Новые поправки скорее всего ужесточат ответственность за нарушение законов, что послужит социальной профилактикой множества заболеваний (ВИЧ/СПИДа, ИППП, психических, эндокринных нарушений и пр.).

Чем же обусловлена такая позиция? Спикер Государственной Думы Вячеслав Володин убеждён: «В Европе социологические опросы показывают, что 16% европейцев в возрасте от 14 до 29 лет относят себя к представителям ЛГБТ. Штат Мэриленд, США – центр этой идеологии сатанизма и содомии. Количество школьников, не определившихся со своим полом из-за пропаганды нетрадиционных отношений, за 2 года выросло почти в 6 раз и сегодня составляет 45%». Как заявляет В.Володин, в детской гендерной клинике Орегонского университета науки и здравоохранения менее чем за 10 лет в 50 раз выросло количество обраще-

совестью. Органам государственной власти не пристало вторгаться в личное пространство граждан. Публичный надзор или контроль здесь неуместны. Негативное отношение государства к ЛГБТ-пропаганде как общественному явлению не должно вести к «побиванию камнями» – дискриминации и стигматизации по половому признаку.

Вспомним замечательный евангельский эпизод. Книжники и фарисеи привели к Иисусу Христу женщину, взятую в прелюбодеянии, и настойчиво спрашивали: «Моисей в законе заповедал нам побивать таких камнями. Ты что скажешь?» Он ответил универсальной на все времена формулой: «Кто из вас без греха, первый брось на неё камень». Будучи обличаемы совестью за собственные проступки, все ушли. Тогда Иисус сказал: «Женщина! Где твои обвинители? Никто не осудил тебя? Она отвечала: никто, Господи. Иисус сказал ей: и Я не осуждаю тебя; иди и впредь не греши».

Необходимо трезво различать две стороны медали – отношение к деструктивному социальному явлению как таковому и отношение к конкретному человеку, подверженному данной проблеме. Это выражается в старинной формуле: «Любить грешника, но ненавидеть грех».

Выдающийся индийский политический и общественный деятель Махатма Ганди верно заметил: «Человек и его поступок – вещи разные. В то время как хороший поступок заслуживает одобрения, а дурной – осуждения, человек, независимо от того, хороший или дурной поступок он совершил, всегда достоин либо уважения, либо сострадания». Иначе, по мысли немецкого основоположника протестантизма Мартина Лютера, мы выплеснем из ванны вместе с грязной водой и ребёнка.

Взгляд

Секретный дар

Так весьма образно назвали сиаловую кислоту нейробиологи Гронингенского университета. Они обращают внимание на быстрый рост мозга в конце гестации и на первых этапах жизни ребёнка, что требует усиленно-го питания. Обеспечивает его материнское молоко, которое богато олигосахаридами, ассоциированными с молекулами сиаловой кислоты, в дальнейшей жизни «удерживающей» мозг от развития нейродегенеративных расстройств (болезни Альцгеймера и Паркинсона). Такого рода заболевания определяются накоплением прионов, то есть изменённых протеинов, не «перевариваемых» ферментами – протеазами. В Университете Глазго считают, что прионная патология сдерживается в норме белковыми рецепторами мускарина, то есть алкалоида, синтезируемого мухоморами.

Наши предки вслед за более ранними представителями будущего рода Гомо вышли из Африки, где произошёл раскол с предками нынешних шимпанзе. Одной из боковых ветвей развития были неандертальцы, внутренний размер черепа которых был равен нашему, если не больше (косвенно свидетельствуя о сходстве размеров мозга). В Калифорнийском университете Сан-Диего считают, что сиаловая кислота в соединении с сахарами широко представлена и на мечниковских макрофагах. Они издавна и успешно защищают организмы от микробных и иных атак. Присутствие молекул кислоты на клетках нервной и иммунной систем не удивительно, если учесть,

что предшественники будущих иммунных клеток «выселяются» из нервной трубки зародыша. Макрофаги могут «заселять» опухоли, тем самым сдерживая иммунную атаку активно делящихся клеток (нечто подобное видно при развитии зародыша, который генетически наполовину чужероден матери). «Удаление» Siglec с помощью соединения антител и фермента сиалидазы, осуществлённое в Базельском университете, способствовало усилению иммунной атаки на опухоль. Калифорнийцы несколько ранее показали, что по ходу развития наших предков менялась биология Siglec, модулятора мозговых процессов и неспецифического иммунитета.

Сотрудники дрезденского Института молекулярно-клеточной биологии при сравнении геномов неандертальца и нашего показали, что у первых в энзимном белке трансктолазы (ТКТ) присутствует аминокислота лизин. Фермент участвует в синтезе жирных кислот и того же холестерина, которые необходимы для «строительства» клеточных мембран. Авторы сравнили результаты «применения» фермента в мозговых органоидах, в результате чего оказалось, что лизин «даёт» в три раза меньше клеток неокортекса (новой коры), чем человеческий вариант с аминокислотой аргинином в том же положении. Немцы чуть позже уточнили, что сиаловая кислота переносится к клеточной оболочке ферментом трансферазой, и нарушение переноса уменьшает иммунное распознавание изменённых клеток, которые начинают активнее размножаться-делиться. Science недавно представил че-

тыре статьи с описанием мозаики старых и новых типов клеток коры головного мозга в целом, в развитии которых принимает участие сиаловая кислота в соединении с гликанами.

Нельзя не упомянуть также и гипотезу, выдвинутую нейробиологами Тель-Авивского университета. Согласно ей увеличение размеров мозга неандертальцев и современного человека (modern humans) в промежутке времени между 2,6 млн и 11 700 лет связано с... истреблением растительноядных животных крупного размера и в частности мамонтов. Нашим предкам вследствие этого пришлось охотиться на мелких животных, что и потребовало увеличения мозга. Одна из статей с изложением гипотезы называется «Уменьшение размера жертвы как унифицирующий экологический агент развития человека в Плейстоцене». К сожалению авторы не «подвели» основу, на которой шёл процесс.

Её выявили в Дрездене и Институте эволюционной антропологии в Лейпциге, директор которого С.Паабо был удостоен в 2020 г. Нобелевской премии. Коллеги выяснили, что между неандертальцами и человеком имеется разница в шесть аминокислот в трёх протеинах, которые у нас «задерживают» клеточное деление и правильное распределение хромосом по дочерним клеткам. Это приводит к уменьшению риска анеуплоидии, или аномального числа хромосом, что наблюдается при опухлях и синдроме Дауна, при котором к 21-й паре «присоединяется» лишняя хромосома. Наличие её ведёт к излишнему синтезу токсичного для нейронов изменённого белка приона, присутствие которого видно у жертв болезни Альцгеймера и паркинсонизма. Так что в нейробиологии тоже справедлив принцип «поспешай, не торопясь».

Ракурс

И это всё о них...

В Бостонском университете создан гибрид исходного вируса COVID со спайками внешней оболочки от омикрона (TS).

Бостонцы считают, что подобного рода работы проводились и в других лабораториях с соблюдением требований биологической безопасности, но при этом не отрицают, что вирусный «франкенштейн» убил 8 из 10 подопытных и весьма дорогих мышей. В связи с этим вспомнили также три статьи, опубликованные в конце июля в Science, в которых приводились данные возникновения первых случаев последующей пандемии на и вокруг рынка в Ухани (в третьей китайцы стояли на своём, утверждая, что «занос был извне». – PNAS). Кстати в Бостоне проверяли известный факт, касающийся того, что быстрое распространение омикрона связано с его способностью «уходить» от иммунного надзора. А Каролинский институт Стокгольма представил миру 14 октября новый субвариант вируса BA.2.75.2, который был выявлен в начале ноября 2021 г. в крови шведского донора (о способности нового вируса «обходить» антительную защиту сообщил журнал ID). Вирусологам и врачам, помимо ковида, хватает и других забот. Так президент Уганды сообщил об угрозе распространения вируса Эбола, убившего с 3 по 16 октября 20 человек, в том числе и несколько медработников. Клиника Маунт Синай в Нью-Йорке обращает внимание коллег на то, что излишнее количество интерферонов 1 и 2 усугубляет течение ковидной инфекции у пациентов с синдромом Дауна. Это связано с тем, что гены

этих иммунных цитокинов «сидят» в 21-й хромосоме, третья копия которой и приводит к даунизму. В связи с поднявшимся шумом вспомнили и Nature, который напомнил, что за последний век это шестая пандемия, начиная с инфлюэнцы в 1918 г.

Датские коллеги из Орхусского университета в сотрудничестве со специалистами Медицинского научно-исследовательского института инфекционных заболеваний армии США (на институт много лет назад «грешили» как на источник ВИЧ) ретроспективно обнаружили вирус обезьяньей оспы в тестисах самцов макаки. Можно напомнить, что ВИЧ-инфекцию люди получили в результате мутации вируса шимпанзе. ВИЧ, как известно, относится к ретровирусам, которые подобно раковым «собратям» синтезируют в клетке ДНК-копию, которая затем встраивается в клеточный геном. Процесс этот, начавшись задолго до человека, весьма древний, поэтому эти в большинстве случаев «безобидные» фрагменты получили название HERV, или эндогенные ретровирусы человека. Проблема однако в том, что HERV могут спонтанно менять своё положение, за что их зовут транспозоны. В Лундском университете (Швеция) показали, что активированные транспозоны могут влиять на развитие нервных стволовых клеток, поражаемыми тем же ВИЧ. А в том же Орхусе для лечения 20 ВИЧ-инфицированных использовали ингибитор одного из белковых энзимов ромидепсин (Romidepsin), который буквально «очистил» кровь от вируса.

На фоне ширящегося применения назальных вакцин против

ковида Университет Вашингтона в Сент-Луисе предложил для доставки вирусных генов непосредственно в мозг AAV, или адено-ассоциированный вирус. Для повышения эффективности вакцинации предложено использовать сфокусированный ультразвук. Выше говорилось о вариантах ковида, передача которого стимулируется заменами аминокислот в оболочечном спайке, который с помощью своего домена связывается с белком ACE (энзим конвертации ангиотензина) на мембране клетки. В Портлендском государственном университете предложен метод быстрой генерации ACE «обманки» с помощью информационной РНК, помещаемой в наночастицы с липидной оболочкой (AS – такие липидосомы широко используются в косметологии). Растворимые ACE молекулы прочно связываются с доменами спайков, тем самым нейтрализуя вирусы.

Но это «проторённый» за два года борьбы с ковидом путь создания противовирусной терапии и вакцинации. Принципиально новым стал подход Северо-Западного университета в Чикаго, где предложили высоко специфичные моноклональные антитела (MAT) не против спайков, а для нейтрализации белка нуклеокапсида (окружающего и защищающего его РНК). Преимуществом этого является то, что протеины вирусного «ядра» намного более консервативны и неизменны, к тому же новые MAT повышают активность натуральных киллеров, или иммунных Т-лимфоцитов, атакующих инфицированные ковидом клетки. Авторы считают, что антитела усиливают вирусный «клиренс», снижая при этом токсичность иммунных клеток, чрезмерность которой проявляется в виде печально известного цитокинового шока, или «шторма».

Исследования

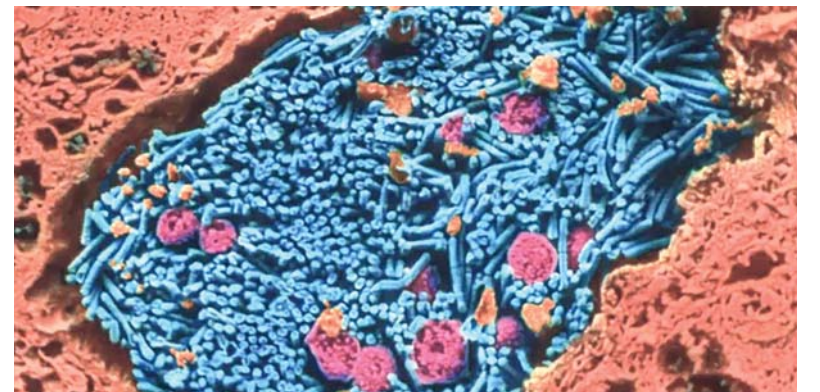
Против боли

Боль «подаётся» в мозг в виде сигналов, генерируемых на периферии и изнутри. Укол шипом розы меняет ионный баланс вне и внутри нервного окончания, в результате чего возникает ионный ток через протеиновые каналы, по которым в цитоплазму устремляются ионы натрия (SCN – Sodium Channel). За открытие натрий-калиевой «помпы», без которой невозможно возникновение нервного импульса, английские инженеры А.Ходжкин и А.Хаксли, работавшие во время войны над тем, как обезопасить корабли от магнитных мин, были удостоены в 1963 г. Нобелевской премии.

Возникший потенциал идёт центробежно к первичным чувствительным нейронам ганглия спинного, или дорзального корешка (DRG – Dorsal Root Ganglion). Их аксоны образуют задний, или сенсорный рог «бабочки» спинного мозга, посылающего болевые импульсы в головной. «Руководят» передачей боли протеиновые рецепторы опиоидов, название которых говорит о том, что мозг синтезирует эндорфины, или эндорфины, которые подобно морфию и опию «утихомиривают» боль. Но это в норме, в других же случаях люди принимают сильнодействующие средства, хотя и знают об их временном действии и развитии зависимости. Неудивительно, что молекулярные биологи и фармацевты ведут интенсивные поиски обезболивающих средств,

рибозимами, которые режут и сшивают образовавшиеся фрагменты. По прошествии времени возникли клетки с миллионными геномами, примером чего служит кишечная палочка с её 4 млн нуклеотидов. Естественно, что вирусы в виде бактериофагов устремились в клетки, где они находят «и стол, и дом» в виде доступных нуклеотидов, энергии АТФ для синтеза своих геномов и аминокислот для построения внутренних нуклеокапсидов вокруг РНК или ДНК и наружных белковых оболочек. Можно напомнить, что древние вирусы «сидят» и в нашем геноме, сохранив способность к перемещению мест в нём, за что и получили название ретротранспозоны (проявляющие себя в некоторых опухолях и других ситуациях). Естественно, что миллиарды лет клетки – как бактериальные, так и ядерные эукариотов, то есть нас, выработали собственные иммунные системы, оберегающие их от вирусных атак. Одной из них является РНК-интерференция, проявляющая себя в виде ферментов каспаз, переваривающих «чужие» – в том числе и вирусные, а также микробные – нуклеиновые кислоты.

Помимо ферментов в клетках также имеются протеиновые рецепторы чужих NOD, сокращённо называемые NLRP (NOD-Like Receptor Protein). Под NOD понимается домен олигомеризации нуклеотидов, или чужие РНК и ДНК, с которыми надо бороться. Молекулярные операции привели к открытию в 2006 г. в Кембридже



Синие бациллы, заражение которыми грозит сибирской язвой

не вызывающих привыкания и резистентности.

Правительство РФ бьёт тревогу в связи с возрастанием числа случаев заражения людей цербером, новым более заразным вариантом коронавируса, вызывающим подъём температуры до 39°C. Это тем более тревожно, что люди стали чаще заболеть свиным гриппом. Приложение журнала Cell обращает внимание на то, что пожилые люди больше страдают от гриппа, что связано со снижением «тонуса» неспецифического иммунитета их клеток. Австралия в свою очередь озабочена распространением вируса Хендра (Hendra), «подхватываемого» эпителиальными клетками дыхательных путей человека от летучих мышей, называемых на континенте лисицами. Nature, сообщивший об этом, указывает на две причины печального развития событий – это изменение климата и дефорестация (сведение лесов) на планете в целом. Сокращение лесов уменьшает кормовую базу мышей, в результате чего они перемещаются в города и на их «богатые» свалки.

Жизнь на Земле начиналась с коротких нуклеотидных цепочек, состоявших из десятка-другого «букв» ген-кода. Некоторые из цепочек могли служить энзимами-

натриевого канала SCN, мутация которого привела к отсутствию у трёх человек болевой чувствительности. Для искусственного моделирования необычного события в Гарварде решили создать гибрид из молекул двух бактериальных токсинов, используемых ботулиновыми и сибиреязвенными бациллами (V.botulinus и V.anthraxis). Первый широко применялся не так давно как ботокс. Второй имеет сложное строение, позволяющее ему доставлять в клетки молекулярный груз. Введение гибридного препарата подавляло активность натриевого канала Na1,8v в нервных клетках мышей (Advillin, имеющих вилы-ворсинки для повышения чувствительности), страдавших от хронических болей. Благодаря этому ботокс блокировал каналы, что привело к утере болевой чувствительности к действию формалина, вызывающего боль, а также после повреждения нерва. Гарвардцы считают, что молекулярный подход со временем позволит отказаться от таких опасных обезболивающих как парацетамол (ацетаминофен – Acetaminophen), «бьющий» по печени, а также нестероидных противовоспалительных (Ibuprofen), среди побочных эффектов которых головная боль и нарушения желудочно-кишечного тракта.

Подготовил Игорь ЛАЛЯНИЦ,
кандидат биологических наук.

По материалам Cell Reports, Nature, Nature Neuroscience, Science, Arknews, ACS Central Science, American J of Human Biology, Food Science and Nutrition, Genome Biology and Evolution, Molecular Biology and Evolution, Quaternary, Science Advances, Science Translational Medicine, Scientist, Infectious Diseases, J Clinical Investigation, Lancet e-Bio Medicine, Nature Communications, Nature Microbiology, PNAS..

Инкубатор для искусственного выращивания детей

О создании искусственной матки и выращивании детей вне утробы матери говорили давно. В 2021 г. прошли успешные испытания на мышах. И вот учёные открыто заявили, что готовы вырастить эмбрион человека.

Уже почти сто лет показатели рождаемости снижаются по всему миру. В результате сейчас мы сталкиваемся с тем, что учёные называют «всемирным кризисом бесплодия». Однако на горизонте уже появилось возможное решение этой проблемы – искусственные утробы.

В 2017 г. учёные создали так называемый «биомешок» (BioBag), который работал как искусственная матка, и с помощью которого им удалось вырастить ягнёнка. Теперь же эксклюзивно для Science and Stuff была представлена новая концепция того, каким образом можно проделывать то же самое с людьми. В своём недавно опубликованном видеоматериале Хашем Аль-Гайли показал, как может выглядеть процесс рождения детей в будущем. Он разработал концепцию инкубатора для выращивания детей внутри искусственных маток под названием EctoLife.

В своём эксклюзивном интервью для Science and Stuff Аль-Гайли рассказал, что, с его точки зрения, концепция EctoLife может однажды вытеснить традиционный процесс рождения детей. Если это произойдёт, по его словам, общество наконец сумеет удовлетворить потребности тех родителей, которые «устали ждать ответа от агентств по усыновлению», а также тех, кто «беспокоится по поводу возможных осложнений беременности». Что ещё важнее, EctoLife позволит непосредственным образом бороться с кризисом бесплодия.

Потребность в иной форме рождения

По оценкам Всемирной организации здравоохранения, в настоящее время во всём мире бесплодием страдают 15% пар репродуктивного возраста. За последние 70 лет коэффициент рождаемости в мире снизился на целых 50%. Причинами падения этого показателя являются (среди прочего) более высокий уровень образования у женщин, рост занятости, высокая стоимость воспитания детей и уменьшение количества сперматозоидов у мужчин по всему миру. 23 страны уже находятся в зоне риска, а на переднем крае кризиса оказались такие страны, как Япония, Испания, Португалия, Таиланд и Южная Корея.

В США статистика по бесплодию выглядит не менее удручающе: каждая восьмая пара сталкивается с проблемами в попытке родить ребёнка; 12–15% всех пар не могут зачать ребёнка после года незащищённого секса; 10% всех пар не могут зачать после 2 лет активной половой жизни; 33% американцев либо сами обращались за лечением бесплодия, либо знают кого-то, кто обращался.

Ну и ну!

Научная фантастика становится реальностью



В конце 2021 г. Илон Маск поделился в твиттере своими страхами по поводу конца человечества. «Нам следует гораздо сильнее волноваться из-за падения численности населения. Если людей не будет хватать для Земли, их точно не хватит и для Марса», – отметил он. И эти комментарии Маска вновь привлекли общественное внимание к проблеме падения рождаемости. Комментируя его твит, инвестор Сахил Лавинья написал следующее: «Нам необходимо вкладывать средства в технологии, которые делают рождение детей более быстрым, простым, дешёвым и доступным. В искусственные утробы и т.д.». Именно такую цель и преследовал Аль-Гайли, когда он разрабатывал EctoLife. В интервью Science and Stuff он рассказал, что на создание концепции EctoLife его вдохновили мысли о необходимости «дискуссий вокруг технологии, которую нельзя игнорировать».

По его словам, концепция EctoLife радикальным образом изменит жизнь множества людей, которые не могут самостоятельно зачать ребёнка. «Это идеальное решение для женщин, которым удалили матку из-за рака или других заболеваний. Оно также поможет решить проблемы, причиной которых является недостаточное количество сперматозоидов», – пояснил он, добавив с нескрываемым энтузиазмом, что EctoLife (или подобные ей технологии) «в конечном счёте могут превратить проблему невынашивания в пережиток прошлого».

Возможно, искусственные матки кажутся вам чем-то из области научной фантастики, однако они являются естественным элементом в длинной череде достижений в сфере репродуктивных технологий. В июле 1978 г. в окружной больнице английского города Манчестер на свет появилась девочка по имени Луиза Браун. Однако её рождение оказалось по-настоящему знаменательным событием, потому что она была зачата в чашке Петри и стала

первым ребёнком, родившимся в результате экстракорпорального оплодотворения.

В настоящее время в мире ежегодно рождается более 8 млн детей, зачатых с помощью ЭКО.

В 2017 г. BioBag оказался настоящим прорывом в области технологий искусственной матки. Учёные, разработавшие эту концепцию, сумели дорастить восемь зародышей ягнят до срока 105–120 дней (это примерно эквивалентно человеческому плоду на сроке 22–24 недели). В марте 2021 г. человечеству удалось перешагнуть ещё один рубеж. Израильские учёные сумели дорастить эмбрионов мышей внутри искусственных маток до срока 11 дней. Самым примечательным в этом достижении стало то, что 11 дней – это более половины беременности у мышей, которая обычно длится 21 день.

По словам Аль-Гайли, его концепция EctoLife – это просто логичный следующий шаг. И он не единственный, кто так думает. «Вполне возможно, от полноценных испытаний искусственных маток на людях нас отделяет всего несколько лет», – написала профессор социальной этики и политики Элизабет Хлои Романис в Журнале медицинской этики. Между тем, доктор Карло Буллетти, доцент кафедры акушерства, гинекологии и репродуктивной науки Йельского университета, считает, что полностью функционирующая искусственная матка может быть создана уже в течение следующих 10 лет.

По словам представителей EctoLife, первый шаг, который должны сделать будущие родители, – это объединить свои половые клетки посредством ЭКО. Отбирать будут только жизнеспособные и «генетически подходящие эмбрионы». Аль-Гайли поясняет, что в первую очередь к такому относятся те, кто не имеют генетических проблем, которые могут спровоцировать выкидыш. Однако этот процесс также можно использовать для «скри-

нинга врождённых дефектов», как это происходит при большинстве методов ЭКО.

Но это ещё не всё

Также с помощью системы CRISPR-Cas 9 родители получат возможность «генетически сконструировать эмбрион перед имплантацией в искусственную матку». Так можно будет решить проблему любых наследуемых генетических заболеваний из семейного анамнеза, чтобы ребёнок и его потомство жили здоровой, комфортной жизнью. Звучит не очень правдоподобно, но, как отмечает Аль-Гайли, CRISPR уже использовался «для коррекции генетической мутации в человеческих эмбрионах, вызывающей гипертрофическую кардиомиопатию, которая вызывает утолщение сердечной мышцы».

По его словам, EctoLife также широко использует возможности искусственного интеллекта, в том числе для подбора каждому ребёнку индивидуального набора питательных веществ, «адаптированных к его потребностям». Другим аспектом применения ИИ в концепции EctoLife будет отслеживание «физических особенностей будущего ребёнка и информирование о любых потенциальных отклонениях от стандартной гестации».

EctoLife также даст родителям возможность испытать всё, что видит и слышит их ребёнок, с помощью расположенных в полости искусственной матки 360-градусных камер, соединённых с гарнитурой виртуальной реальности. Они будут вести непрерывную видеотрансляцию развития плода на смартфоны будущих родителей. Для воспроизведения ребёнку речи и музыки для имитации звуков, которые младенцы слышат в утробе матери, можно будет использовать динамики. «Родители смогут сами выбрать плейлист или записать собственные голоса, чтобы малыш к ним привыкал», – объяснил Аль-Гайли. Когда ребёнок будет полностью готов появиться на свет, то процесс родов заменяется одним нажатием кнопки, которое откачает из капсулы искусственную амниотическую жидкость. Воздействие на человечество может быть колоссальным.

Каждый год около 300 тыс. женщин умирают из-за осложнений во время беременности и после родов. Но есть кое-что ещё. «Мы знаем, что женская матка и таз ограничивают рост мозга и черепа плода. Освободившись от необходимости естественных родов, мы зададим новую траекторию эволюции», – отметила в одном из интервью доктор Анна Смайтор, доцент

кафедры практической философии Университета Осло.

Растущий спрос

Несмотря на все потенциальные преимущества, представленные EctoLife технологии, несомненно, дадут человечеству повод задуматься. Но сколь масштабны нравственные опасения? Рынок вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ) ёмок и продолжает расширяться. По данным Американского общества репродуктивной медицины, в настоящее время стоимость одного цикла ЭКО составляет 12 400 долл., а в среднем пары платят по 19 234 долл. В настоящее время крупнейшими рынками лечения бесплодия методом ЭКО являются Европа и США, а самым быстрорастущим – Азиатско-Тихоокеанский регион. Ожидается, что к 2030 г. рынок соответствующих услуг и аппаратуры вырастет до 35 и 10 млрд долл. соответственно.

Спрос в этом направлении растёт, и ожидается, что к 2028 г. сектор ВРТ достигнет 54,7 млрд. В 2021 г. стартапы в области фертильности получили грантов на сумму 627 млн, а к середине июля 2022 г. – более 500 млн, то есть данная область может оказаться невосприимчивым к любой рецессии. Учитывая рыночные условия, концепции в духе EctoLife представляются практически неизбежными.

Дивный новый мир

В пьесе «Буря» Уильям Шекспир писал:

«Как род людской красив!
И как хорошо
Тот новый мир,
где есть такие люди!»

Олдос Хаксли вынес эту фразу в название романа-антиутопии 1932 г. «Дивный новый мир», в котором поднимает темы опасности генной инженерии и использования технологий для управления обществом.

В одном интервью Аль-Гайли высказал мнение, что от создания полноценной эмбриональной капсулы EctoLife нас отделяет всего несколько лет. Что касается других функций, таких как сенсорный костюм, элементы виртуальной реальности, специальное приложение для смартфона и система мониторинга на основе ИИ, то такие стандартные технологии уже существуют и используются ежедневно. Так что во многих отношениях мы выходим на финишную прямую. Как отмечает Аль-Гайли, осталось лишь объединить все эти научно-исследовательские разработки в одно целое, на что, собственно, и нацелена его новая концепция.

Особый случай

Врачи одной из больниц китайского города Фучжоу начали выращивать своему пациенту новый нос прямо на лбу. И теперь 22-летнему китайцу, пострадавшему во время автомобильной аварии, какое-то время придётся проходить сразу с двумя носами на лице. Сами хирурги назвали невозможным восстановление старого носа, а место подготовки нового посчитали оптимальным.

Как пишет The Huffington Post, проблема с «оригиналом» носа молодого человека состоит в том, что инфекция повредила его хрящи и сделала для хирургов невозмож-

Не вешай нос!

ным вернуть носу первоначальный вид. В итоге было принято решение вырастить для пациента новый нос.

Врачи ввели под кожу лба специальные расширители и постепенно сформировали форму носа, затем взяли из рёбер хрящи и пересадили их в новую структуру. Как только новые ткани срастутся и нос будет «готов», его аккуратно развернут и пересадят со лба на подбожающее место взамен повреждённого носа. На лбу у пациента после этого останется небольшой шрам.

Облетевшая интернет фотография человека с носом на лбу вызвала мини-сенсацию и всеобщее обсуждение, однако специалисты по пластической хирургии не видят в этом ничего особенного – создание новых носов стало обыденным, почти рутинным делом. В данном случае необычно лишь его расположение. «Я бы сказал, что это иной взгляд на принципы, которые мы повсеместно используем для реконструкции (носов)», – заявил изданию LiveScience доктор Дэвид Кангелло, практикую-

щий пластический хирург одной из нью-йоркских больниц.

По словам врача, обычно новый нос выращивают сразу на месте старого, но в данном случае по какой-то причине было решено старый нос пока оставить – возможно, из эстетических соображений. Он также утверждает, что в теории нос можно было бы вырастить на любом открытом участке кожи, однако практичнее и удобнее делать это на коже головы – из-за лучшей совместимости кровеносных сосудов.

Слишком большой размер нового «носа» врача также не смущает – он утверждает, что это нормально и что после пересадки новый нос «усядет» и будет выглядеть более естественно, хотя его размеры и будут превосходить размеры «старого носа».

Напомним, что не так давно британские медики также выбрали достаточно необычно место для выращивания нового носа – их пациенту пришлось ходить с носом прямо на руке.

Подготовила Юлия ИНИНА.
По материалам Science and Stuff, The Huffington Post.

«Советская система здравоохранения ознаменовала новый период в истории медицины... Мы можем многому научиться у СССР», – писал в 1947 г. выдающийся швейцарско-американский историк медицины Генри Сигерист. Столетие со дня возникновения Советского Союза – хороший повод взглянуть на его историю. СССР просуществовал 69 лет – символично, что средняя продолжительность жизни в 1991 г. была примерно такой же. В 1926-1927 гг. в Европейской части РСФСР она составляла 43 года. Младенческая смертность за этот же период (с 1927 по 1991 г.) снизилась на порядок (с 240 до 20 промилле).

Советская система здравоохранения известна в мире как система Семашко – по имени первого наркома здравоохранения РСФСР Н.Семашко (1874-1949). Первое в мире министерство (наркомат) здравоохранения появилось в 1918 г. в Советской России. Наркомздрав СССР был создан значительно позже – в 1936 г., но основные принципы оставались прежними. Во-первых, государственный характер. Государство (в лице РСФСР, а затем СССР) брало на себя ответственность за обеспечение населения медицинской помощью. Это главное и принципиальное отличие от существовавших в то время в мире систем здравоохранения. Остальные принципы были во многом заимствованы у земской медицины, существовавшей с 1864 по 1918 г. в большинстве губерний Европейской части Российской империи: участковость, бесплатность, общедоступность, профилактический характер. Созданная сеть диспансеров, поликлиник, больниц и санаториев позволила достичь существенного улучшения показателей здоровья населения. Борьба с эпидемиями брюшного и сыпного тифа, бушевавшими в годы Гражданской войны, увенчалась полным успехом. Резко снизилась заболеваемость туберкулезом и

Однако

От какого наследия мы отказываемся?

Неотъемлемая часть истории – 100 лет со дня основания СССР



венерическими заболеваниями. Сеть Домов санитарного просвещения и пропаганда здорового образа жизни с помощью плакатов, популярных брошюр, радиопередач и театральных постановок помогла привить гигиенические навыки широким слоям населения. В ноябре 1920 г. в РСФСР впервые в мире были легализованы аборты. За 20 лет (с 1917 по 1937 г.) в пять раз увеличилось число врачей, и СССР занял по их числу второе место в мире (после США). Если в Императорской России женщины-врачи составляли менее 10% общего числа врачей, то в 1937 г. – уже около половины. Если в 1914 г.

в стране имелось 10 медицинских факультетов университетов, то в 1937 г. в СССР было 49 медицинских, 12 стоматологических и 9 фармацевтических институтов, где обучалось 100 тыс. студентов. Была создана система последипломного обучения. К концу 1980-х годов в СССР насчитывалось 16 институтов и 38 факультетов усовершенствования врачей. Наряду с несомненными успехами, отмечались и недостатки, связанные в первую очередь с низким уровнем финансирования здравоохранения. Например, в 1928 г. средняя зарплата врача была меньше, чем у бухгалтеря

и рабочего тяжелой промышленности. Врачи были вынуждены заниматься частной практикой и работать по совместительству. По данным А.Кони (1928), каждый пятый врач употреблял наркотики (преимущественно морфия). Число самоубийств среди врачей в десятки раз превышало таковое в среднем в популяции. Доля расходов на здравоохранение во второй половине XX века неуклонно снижалась (6,6% ВВП в 1960 г, 4,4% – в 1986). Расходы на здравоохранение на душу населения в 1966 г. составляли 143 руб., а в 1975 г. – 116 руб. В 1986 г. лишь 70% больниц в СССР имели централь-

ное отопление, 77% – водопровод, 67,5% – канализацию, 38% – горячую воду. Вместе с тем, для номенклатуры (высших партийных советских чиновников) существовало Четвертое главное управление при Минздраве СССР (ныне Главное медицинское управление Управления делами Президента РФ), бесплатно обеспечивавшее прикрепленный контингент первоклассной медицинской помощью.

С момента распада СССР прошло уже больше 31 года, но мы сейчас едва приблизились к уровню продолжительности жизни в позднесоветский период. Доступность медицинской помощи снизилась, особенно для сельского населения. Если сравнивать советское и постсоветское здравоохранение, то по многим параметрам первое окажется эффективнее второго.

Система Семашко стала образцом для подражания для многих стран. Под её влиянием возникла Национальная служба здоровья Великобритании и министерства здравоохранения стран Восточной Европы и Кубы. Успехи советского здравоохранения были отмечены на Международной конференции по первичной медико-санитарной помощи, состоявшейся под эгидой ООН в Алма-Ате в сентябре 1978 г. В Алма-Атинской декларации сказано: «Существующее огромное неравенство в уровне здоровья людей, особенно между развитыми и развивающимися странами, а также в самих странах, является политически, социально и экономически неприемлемым и поэтому составляет предмет общей заботы для всех стран». Но заявленная цель достижения «всеми народами мира к 2000 г. такого уровня здоровья, который позволит им вести продуктивный в социальном и экономическом плане образ жизни» до сих пор не достигнута.

Болеслав ЛИХТЕРМАН,
доктор медицинских наук,
корр. «МГ».

Москва.

Фото
Владимира МУСАЭЛЬЯНА.

Далёкое-близкое

Первую годовщину со дня рождения отметил осенью Смоленский народный клуб-музей «Мы жили в СССР». Созданный по инициативе группы краеведов, поддержанный благотворительным фондом имени легендарного лётчика Александра Мамкина и группой местных энтузиастов поискового движения, музей стал более чем знаковым объектом: его уже посетило 25 тыс. любителей отечественной истории.

Заметим, что в альбоме посетителей имеются десятки автографов представителей Германии, Португалии, Израиля, США, Чехии, Франции и ряда других стран. Однако, основной контингент посетителей – жители города-героя. Причём, как отмечает хранительница музея Ольга Гусева, каждый третий смолянин, побывавший у нас, обязательно приходит к нам потом ещё и ещё. Во-первых, чтобы познакомиться с экспозицией детей, внуков или своих гостей, приехавших в город-герой. Во-вторых, чтобы передать в коллекции музея новые экспонаты, свидетельствующие о том, как жил Советский Союз в XX веке. Не было дня, чтобы мы не получили подарок, причём, часто – оригинальный, что называется – говорящий о времени и о себе, делавшем это время.

Накануне 104-летия Ленинского комсомола ветеран труда Валентина Дмитриева подарила музею свой диплом «Почётный пассажир первого поезда БАМ» и комсомольскую путёвку на целину. Запомнился сотрудничество музея и «денежный» случай: пачку 25-рублёвых советских купюр принесли рабочие-строители: они нашли деньги под старым полом, когда делали ремонт в соседнем доме. Мальчик-восьми-

Память об империи должна жить



классник с разрешения родителей принёс два игрушечные автомата Калашникова. Заметен в экспозиции и номер областной газеты «Рабочий путь» (1963), в котором опубликовано приветствие от космонавта Юрия Гагарина древнему Смоленску в честь 1100-летия города. Удалось также собрать всю группу серебряных монет с начала образования Советского Союза (20-е годы).

– Как известно, во время Великой Отечественной войны были разные цены: государственные и коммерческие. Что интересно, госцены не были подвержены инфляции. В книге «Говорят сталинские наркомы», подаренной музею смоленским издательством «Русич», сообщается,

что неоднократно были зарегистрированы случаи, когда полицейские на оккупированных территориях просили денежное довольствие у немцев в советских рублях, хотя должны были его получать в оккупационных марках, – рассказывает О.Гусева.

Экспонаты, связанные с медициной, тоже есть. Сумка санитарного инструктора с комплектом перевязочных материалов, самодельные скальпели, которыми пользовались хирурги в партизанских лазаретах, рентгенаппарат 50-х годов; а вот керогаз, на котором кипятили шприцы – чиркай спичкой (наборы спичечных коробков с тематическими этикетками здесь тоже имеются) – и кипятят!



Хотите узнать какие были в СССР фотоаппараты? Пожалуйста: «Зоркие», «Смены», ФЭДы, «Киевы», «Чайки». Как чествовали передовиков производства и потребительской кооперации? Есть набор вымпелов и переходящих знамён. А рядом с красочной выставкой детских игрушек – выставка радиодинамиков, в буфетах и стенках – хрусталь, фарфоровые сервизы, на гобеленах – лебеди и мишки-медведи; если есть желание послушать советский шлягер с виниловой пластинки – вам включат одну из радиол, а с грампластинки на патефоне зазвучит голос Бернеса, Руслановой, Утёсова... По выставке одежды можно представить моду 40-60-х годов.

Большой популярностью у детворы пользуются пишущие машинки. Обычные с виду экспонаты порой готовы предложить гостям музея целые сюжеты о жизни не

только их бывших владельцев, но только страны, но прежде всего города-героя Смоленска. Скажем, поблещивают на витрине надраенные сапоги. Сапоги и сапоги, что в них необычного. А, оказывается, принадлежали они офицеру из роты почётного караула, которую сформировали после того, как Смоленску в 1985 г. было присвоено звание города-героя. Форму (и сапоги в том числе) личный состав элитного подразделения получал у интендантов Кремлёвского полка в столице. Так что потом сапоги поучаствовали не в одном параде на площади Ленина в Смоленске!

Все предметы можно трогать, брать в руки, рассматривать. Сбор новых экспонатов идёт непрерывно. Здесь принимают любые предметы и атрибуты советского прошлого.

У музея – функции клуба. И потому он стал местом, где дают концерты барды, проходят презентации книг местных писателей, отпраздновали юбилей знаменитых земляков – народных артистов СССР (СССР!) Юрия Никулина и Анатолия Папанова.

Музей расширяет границы. – Получено письменное согласие из детского дома в Рославле и Духовщинского дома-интерната на открытие в этих райцентрах филиалов нашего музея. Для того чтобы дети интересовались историей страны и у них была основа для экспозиции, которую они в дальнейшем будут пополнять сами, – сообщила О.Гусева. – Память об империи СССР должна жить!

Владимир НИКОЛЬСКИЙ.

Лучше уж скучная быль, чем страшная сказка!

Ироничной строкой

Несказочные проблемы

(Репортаж из Тридевятого царства)



Были трудные времена в истории Тридевятого царства, но такого, как прошедший год, давно не было. Даже Баба-яга воскликнула: «Пятьсот лет такой напасти не видывала!» и случайно проговорила о своём преклонном возрасте, хотя, кокетничая с Лешим, всегда подчёркивала, что ей и двухсот пятидесяти нет, а выглядит она, особенно после бани, всего на сто тридцать.

Западные царства не просто окрысились на Тридевятое царство, но коварством и хитростью разогнали войну с Тридцать восьмым царством, до этого дружественно-родственным сало- и хлебосольным государством. Когда царь Иван пристыдил западных коллег и напомнил, что они клятвенно обещали «больше так не делать», они ехидно ответили, что, однако, не обещали делать и меньше, чем так.

Нет ничего хуже для жизни любого царства, чем война. Но нет лучшей проверки, с одной стороны, на «вшивость душонки», а с другой – на любовь к своему месту и не всегда удачному сказочному народу. Как только прозвучал призыв царя «Наше сказочное отечество в опасности!», воевода Черномор и тридцать три богатыря ринулись в бой. «Где тонко – там и прорвёмся!» – провозгласил воевода клич, ставший крылатым в народе. Но тонко оказалось не только в рядах противника, но и в тылах Тридевятого царства. Пришлось собирать ополчение. Вот тут-то, как впоследствии напишет летописец Никон, «были сняты маски с героев сказки».

Первыми покинули Тридевятое царство сказочно разбогатевшие купцы и торговцы, заявившие, что это страшная сказка не для них. Они улетели на персональных коврах-самолётах и уплыли на роскошных ладьях под парусами. За ними потянулась так называемая «развлекуха Тридевятого царства» – скоморохи, гусли, баяны.

Как-то тихо слинял главный мудрец по прозвищу Рыжий, прихватив казну Мудрограда и дюжину скатертей-самобранок, которыми обещал накормить весь народ. Но на поверку самобранка умела только браниться, обзывать и портить аппетит, например:

– Федька! Взгляни на свою сытую пьяную рожу. Хватит жрать!

– Манька! Тебе нравится чашушка «Моя милая 6 пудов, не боится верблюдов»? Это про тебя, толстуха!

Но Рыжий надеялся выгодно продать скатерти-самобранки: в богатых царствах как средство для похудения, а в бедных – как способ экономного питания.

Кикимора болотная ещё недавно клялась в любви царю и Лешему, но, прикинув сколько государств окрысилось на Тридевятое царство, сразу вспомнила,

что Иван-царевич предпочёл ей лягушку, хотя выпущенная им стрела чуть не угодила Кикиморе в ягодицу. Она послала Лешего подальше в болото и двинулась в южные страны. Леший остался на болоте с коллективом русалок, поскольку имел хороший доход от зрелищ для взрослых мужиков «Сладострастная тряси́на», о которых восторженно отзывался заезжий люд из западных царств. Леший не пошёл на фронт, сославшись на болотный ревматизм и хроническое недержание военной тайны, но обещал поставлять лечебную грязь со своего болота в прифронтовую клинику лекаря Антона.

Совсем другой настрой был в лагере патриотов Тридевятого царства. Емеля, не раздумывая, погнав свою печь на фронт. Более того, он уговорил Змея Горыныча, который отращивал на русской

печи срубленные богатырями головы, остаться в качестве огнестрельного оружия. Горыныч не только согласился, но и произнёс удивительно патристическую речь: «Мы все дети Тридевятого царства и должны встать на защиту своего сказочного отечества. Да, я Змей, но не позволю чужим Драконам летать в нашем небе и западным пресмыкающимся топтать нашу землю!». Враг сперва вздрогнул, затем дрогнул и побежал, когда трёхствольный огнёмёт на бешеной скорости стал выжигать всё на своём пути. (Впоследствии специалисты назовут это оружие праотцом «Катюши» и «Солнцепёка».)

Илья Муромец пребывал в отставке на заслуженном отдыхе. Но ему приснился кошмарный сон, будто он утром вышел на крыльцо и крикнул богатырским басом: «Гей, славяне!». А вокруг

тишина, и только один убогий старичок выглянул из окошка соседней избы и сообщил, что все славяне, кроме их двоих, ушли на гей-парад. Илья проснулся в холодном поту и понял, что это вещий сон и надо защищать свою православную культуру от всякой нечисти. Он достал из сундука боевую булаву и двинулся на фронт.

Глава пенсионного фонда Тридевятого царства прослезился, узнав, что Кощей Бессмертный и Баба-яга отказались от пенсионных льгот для долгожителей и прибыли в лечебницу знахаря Поликарпа помогать лечить больных и раненых травмами и заговорами. Главе пенсионного фонда стало стыдно за свою едкую служебную поговорку «Не так страшен Кощей, как его бессмертие». После этого его любимым изречением стало: «Мы все из одной сказки – в этом наше культурное родство».


Ну, а где же Иван-дурак? Конечно, на фронте! Он вспомнил времена, когда был медбратцем Иванушкой рядом с медсестрицей Алёнушкой. Они вновь вместе, вытаскивают раненых с поля боя, оказывают первую медицинскую помощь, причём всем – и воинам Тридевятого царства, и бойцам Тридцать восьмого. Так их учили исполнять профессиональный долг и греческий врач Гиппократ, и лекарь Антон, и знахарь Поликарп. Конечно, они встретят Новый год на фронте и скажут много добрых пожеланий коллегам и раненым, в том числе самое главное – скорейшей победы и мира в Новом году!

Анатолий ИВАНОВ.

Санкт-Петербург.

СКАНВОРД										Результат	"А зори здесь тихие", актриса																				
Напрскен	Старин. рус. танец											Пассаж в пении	Осадок	Кенгуровая крыса	Туркм. песня-танец																
		Фитиль, искра	Учелло	Греч. статуя девушки	Эгоизм									Река, Африка	Йошкар...																
Повелитель (араб.)	Кальман, оперетта	Изотретиноин				Город, Владим. обл.	Страна, Азия	Период, мезозой		Зернобобовая культура	Кулик																				
			Хвойное дерево	Локатор	Кофеварка	Отдает кровь	Ударн. муз. инструмент					Кихано																			
Стандарт	Аллюр				... в пятки ушла			Клятва	Супруга	Жаба		Буква кириллицы	Деньги, Иран																		
Нить рыбака			Ущерб			Перочинный				12,8 г	Ящик с крышкой																				
Родственница трески	Резкий толчок			Дно			Очень светло																								
			Философ Диодор ...			Карбоновая кислота																									
Автор Валерий Шаршуков	Триумфальная			Спирт. напиток		Вор (устар.)																									
											П	У	Т	О	К	З	Г	К													
											Б	Л	Ю	М	Н	О	О	Л	И	П	О	Б	О	Н	З	У	Б	И	Л	О	
											И	О	Р	И	К	Л	У	Ч	К	О	А	Ч	А	Б	А	Н	Б	К			
											Я	С	А	К	К	У	П	Е	К	К	О	Р	О	Л	Е	К	К	Б	Е	Г	А
											С	Е	Ш	П	У	Р	Я	Г	О	К	Т	Р	Р	В	А	З	И	Л	И	П	
											С	Е	Р	А	М	О	Т	Р	П	П	Е	Р	И	К	Л	А	З	Т	А	К	И
											О	Л	К	О	М	Е	Т	А	У	Р	Е	З									
											К	А	М	З	У	Р	Л	Ф	А	К	Е	Л	П	А							
											Б	Г	И	Л	Ь	Б	Е	Р	Т	А	Т	А	Р								

Ответы на сканворд, опубликованный в № 51 от 28.12.2022.

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

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

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

Отпечатано в ОАО «Московская газетная типография».
 Адрес: 123022, Москва, ул. 1905 года, д. 7, стр. 1
 Заказ № 0378
 Тираж 13 940 экз.
 Распространяется по подписке в Российской Федерации и зарубежных странах.



Дежурный член редколлегии – Т.КОЗЛОВ.
 ИНН 7702394528, КПП 770201001, р/с 40702810338000085671, к/с 30101810400000000225, БИК 044525225 ПАО Сбербанк г. Москва