

Медицинская

21 декабря 2022 г.
среда
№ 50 (8068)

Газета®

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

Возможна ли профилактика тромбообразования в фистулах у пациентов на гемодиализе?

Стр. 5

Эпидемический порог заболеваемости гриппом пока не достигнут, удастся ли его избежать...

Стр. 7

Воля к победе отличает врачей Екатеринбургского центра МНТК и в операционных, и на хоккейном поле.

Стр. 10-11

Конкурсы

О чём рассказала ЭКГ?

Шестой «Золотой стетоскоп» выслушал всех, выявил лучших



Терапевтические олимпиады с таким названием проводят ведущие вузы страны. Но в Российском национальном медицинском исследовательском университете им. Н.И.Пирогова конкурс особый, традиционно проходящий в московской городской клинической больнице № 15 им. О.М.Филатова. Его организаторами выступают клиника и кафедра госпитальной терапии им. академика П.Е.Лукомского РНИМУ им. Н.И.Пирогова. Интеллектуальное состязание посвящено электрокардиографии, то есть студенты расшифровывают сначала обычные кардиограммы, отвечают на теоретические вопросы, а финалисты дают своё резюме при сложных нарушениях ритма и проводимости сердца.

– Конкурс носит имя известного ученого-кардиолога Виктора Алексеевича Люсова, – поясняет заведующий кафедрой госпитальной терапии им. академика П.Е.Лукомского доктор медицинских наук Иван Гордеев. – Виктор Алексеевич многие годы работал ГКБ № 15, 37 лет

Звёздный час П.Сотникова

руководил кафедрой госпитальной терапии № 1 и успешно совмещал эту работу с исполнением обязанностей главного кардиолога России.

– Олимпиада по ЭКГ помогла сотням студентов проверить свои силы, – сказал заместитель главного врача ГКБ № 15 доктор медицинских наук Олег Аверков. – Когда-то, будучи студентом, и я сидел в этом зале и решал предложенные задачи. И выиграл... Но уверен, что проигравших не будет. Даже те, кто не сможет решить непростые задачи, узнают правильные ответы. Многие из них покинут стены нашей больницы с активным стремлением улучшить свои знания и навыки. Такие мероприятия – не только экзамен для студентов, но и своего рода консилиум, когда правильно поставленный диагноз проверяется более старшими товарищами.

В этом году в олимпиаде приняли участие 107 студентов из 10 вузов страны (Москва, Курск, Грозный, Омск, Санкт-Петербург, Тамбов, Электросталь). Победителем, по сумме баллов, стал Павел Сотников, студент 6-го курса РНИМУ им. Н.И.Пирогова.

Интересно, что он мечтает стать не кардиологом, а офтальмологом. Второе место досталось тоже студенту РНИМУ – Юрию Ильину. Его успех выглядит невероятным. Ведь он учится только на 4-м курсе. Третьи места завоевали представительницы прекрасного пола: Валерия Шунчева – Первый Санкт-Петербургский ГМУ им. И.П.Павлова и Варвара Скопинцева – РНИМУ.

Чтобы досконально знать ЭКГ, необходимы не только знания, но и опыт. Как известно, он – сын ошибок трудных. Каждая представленная кардиограмма была снята в отделении кардиореанимации ГКБ № 15. Выбранные случаи требовали умения клинически мыслить, а задаваемые вопросы были в некоторых случаях парадоксальными. Студенты оценивали ЭКГ на большом экране конференц-зала и давали своё резюме по кардиограмме за промежуток времени, ограниченный тремя минутами. И они справились, как настоящие врачи.

Алексей ПИМШИН.

Деловые встречи

Тектонические сдвиги

В Гостином Дворе в течение трех дней проходил городской форум профессионалов «Моя поликлиника», организованный комплексом социального развития Москвы. На пленарном заседании «Поликлиника – фундамент здравоохранения» выступили мэр Москвы Сергей Собянин, заместитель председателя Правительства РФ Татьяна Голикова и министр здравоохранения РФ Михаил Мурашко. Главными ценностями московского здравоохранения названы пациентоориентированность, профессионализм, доброжелательность, командная работа, доверие и уважение.

В рамках форума состоялось 15 «круглых столов» с участием более 80 экспертов в области здравоохранения. Обсуждались место и роль участкового врача, цифровизация здравоохранения, взаимоотношения педиатра с родителями ребёнка, критерии успешности поликлинического врача, стандартизация в первичном звене здравоохранения, телемедицинские консультации, диспансеризация, обезличивание амбулаторной помощи, переосмысление роли медсестры, адаптивность медработников к изменившимся условиям труда, реализация социальными службами немедицинских сервисов в проектах первичного звена здравоохранения, профессиональное выгорание, наставничество, новая функционально-целевая модель работы отделений медицинской профилактики, работа междисциплинарных бригад первичной медико-санитарной помощи.

Предлагалось, в частности, разработать стандарты компетенций врача, среднего и младшего медперсонала, а также кодекс пациента. Впервые говорилось об обезличивании врачебного приёма со стороны больного. В Москве менее 5% больных испытывают затруднения при записи на приём. Однако многие из записавшихся не приходят. «Труд по заботе о здоровье перестал быть совместным», – констатировал один из модераторов. Прозвучало предложение организовать школу наставничества для молодых врачей, разработать программу адаптации и ассимиляции на рабочем месте. Первый и второй этапы диспансеризации должны проходить одним днём. Рекомендовано обучать медработников методикам общения и создать публичный рейтинг медицинских организаций. Чем федеральный подход отличается от муниципального? Что следует внедрить из частной медицинской системы в государственную, а чего внедрять ни в коем случае не надо? Виртуальный приём экономит время врача и больного, но всегда ли он оправдан? Предлагается перейти от централизованной к децентрализованной системе телемедицины, а также комбинировать онлайн и офлайн приёмы.

По мнению модераторов, форум удался. Он должен стать постоянной дискуссионной площадкой.

В завершение форума выступила вице-мэр Анастасия Ракова, заявившая о тектонических сдвигах в московском здравоохранении. «Кому больше дают, с того больше требуют», – сказала она, призвав менять работу всей системы и превратиться в одну большую команду с единым видением результата и способов его достижения.

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

НАШИ КОЛЛЕГИ

Сергей СЫЧИК

Директор Белорусского научно-практического центра гигиены, кандидат медицинских наук:

Внедрение практическим здравоохранением разработок центра позволит добиться высокого социально-экономического эффекта за счёт предотвращения заболеваний, ассоциированных со средой обитания и поведенческими рисками.



Стр. 12

Новости

Спасли многодетную маму
и её ребёнка

В перинатальном центре Самарской областной клинической больницы им. В.Д.Середавина в результате экстренной операции после опасного осложнения беременности спасли ребёнка и его маму.

Беременную пациентку с жалобой на боль в животе доставила в больницу бригада скорой медицинской помощи. Период с момента поступления женщины в приёмное отделение до начала операции занял всего 14 минут. Состояние пациентки было критическое, женщина потеряла много крови. Необходима была срочная операция, счёт шёл буквально на секунды.

Для женщины это были третьи роды. Первые дети появились на свет при помощи кесарева сечения. Расхождение одного из швов после предыдущего родоразрешения и обусловило необходимость экстренной операции при рождении третьего ребёнка.

– Это очень опасное осложнение беременности, – отмечает заместитель главного врача по акушерству и гинекологии клинической больницы Татьяна Тезикова. – Но чёткая грамотная организация работы дежурной бригады спасла жизнь и матери, и ребёнку. Более того, наши специалисты провели женщине сложную органосохраняющую операцию, чтобы сберечь её здоровье.

Девочка появилась на свет в 37 недель весом 2,7 кг. Малышка неделю провела в реанимации на искусственной вентиляции лёгких, а когда задышала самостоятельно, была переведена в отделение патологии новорождённых и недоношенных детей акушерского корпуса больницы. Сейчас мама и ребёнок чувствуют себя хорошо и находятся дома, сообщили в областном Минздраве.

Сергей ФЁДОРОВ.

Самарская область.

Тестировать на грипп
повсеместно

В российских больницах и поликлиниках будут проводить тестирование на вирус гриппа и другие респираторные инфекции. Согласно постановлению, подписанному председателем Правительства РФ Михаилом Мишустиним, его можно будет пройти по программе ОМС. Это позволит оперативно выявлять тип инфекции и назначать необходимое лечение.

Решение было принято в связи с ростом случаев заболевания гриппом, в том числе в сочетании с коронавирусом. Исследования на грипп и ОРВИ могут проводиться одновременно с ПЦР-тестом на COVID-19 при наличии показаний.

О необходимости тестирования на грипп людей с симптомами ОРВИ говорила глава Роспотребнадзора Анна Попова во время совещания Президента РФ с членами правительства. Она пояснила, что это может снизить риски для заболевших.

Виктор КОТЕЛЬНИЧЕСКИЙ.

Масочный режим вернулся

В Санкт-Петербурге все медицинские учреждения перешли на обязательный масочный режим из-за роста заболеваемости гриппом и ОРВИ согласно постановлению главного государственного санитарного врача города, руководителя городского управления Роспотребнадзора Наталии Башкетовой.

Также в городе вводится запрет на плановую госпитализацию детей, за исключением пациентов с заболеваниями и состояниями, при которых отсрочка оказания медицинской помощи на определённое время может повлечь ухудшение их состояния, угрозу жизни и здоровью. Исключение также составляют дети с болезнями, включёнными в список социально значимых и представляющими опасность для окружающих.

Кроме того, образовательные учреждения в городе обязаны вводить карантин сроком не менее недели, если ОРВИ заболели более 20% школьников в классе или студентов в группе.

Руководителям государственных и частных поликлиник, принимающих граждан по полисам ОМС, поручили оказывать медицинскую помощь пациентам с признаками ОРВИ преимущественно на дому, обращая особое внимание на детей, беременных женщин и людей из групп риска.

Фёдор АЛЁНИН.

Санкт-Петербург.

Сложнейшая операция в Мелитополе

В Мелитопольскую областную больницу поступила 37-летняя местная жительница. Всего два месяца назад ей было проведено удаление опухоли мозжечка, но ввиду агрессивности образования возник рецидив со значительным увеличением размеров опухоли. Женщина не обращалась повторно к врачам, несмотря на стремительное ухудшение состояния. Она уже не могла ходить, а в больницу поступила практически в бессознательном состоянии. Оперировать женщину взялись направленные в регион Минздравом России хирурги Национального медицинского исследовательского центра им. В.А.Алмазова.

– Пациентка была в жизнеугрожающем состоянии, поэтому команда врачей экстренно приступила к операции. Было проведено тотальное микрохирургическое удаление опухоли с последующей пластикой твёрдой мозговой оболочки. Образование менее чем за 2 месяца достигло размера 5 x 5 x 4 см. Данное вмешательство само по себе сложное и требует от врача определённого уровня знаний и опыта, но в этом случае ситуация осложнялась отсутствием в медучреждении экспертного оборудования. Такие операции делаются под микроскопом, при помощи ультразвукового дезинтегратора и биполярного пинцета. Нашей команде пришлось работать под контролем зрения, а из инструментов для удаления опухоли были доступны только обычный пинцет, аспиратор и монокоагуляция, – говорит хирург НМИЦ им. В.А.Алмазова Минздрава России Андрей Кудзиев.

Операция прошла успешно, пациентка в удовлетворительном состоянии, улыбается, ходит по отделению, одним словом – восстанавливается. После получения результатов планового гистологического исследования будет проведён консилиум для определения дальнейшей тактики лечения и реабилитации, сообщили в Департаменте здравоохранения Запорожской области.

Юрий ДАНИЛОВ.

Запорожская область.

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

Акценты

Страховая модель
доступна Донбассу

В ЛНР и ДНР будут организованы территориальные фонды ОМС

Председатель Федерального фонда ОМС Илья Баланин и временно исполняющие обязанности глав Луганской и Донецкой народных республик подписали соглашения о взаимодействии, предусматривающие организацию создания территориальных фондов и выдачу полисов ОМС жителям двух регионов. Церемонии подписания документов состоялись в Луганске и Мариуполе.

«На основании полиса ОМС жители республик будут получать качественную медицинскую помощь не только на территории ЛНР и ДНР, но и в любом субъекте Российской Федерации, в том числе высокотехнологичную медпомощь во всех федеральных клиниках. В ближайшее время будет организована работа по созданию территориальных фондов и выдаче полисов обязательного медицинского страхования», – сообщил И.Баланин.

Временно исполняющий обязанности главы ЛНР Леонид Пасечник, комментируя подписанное соглашение о взаимодействии между республикой и Федеральным фондом обязательного медицинского страхования, отметил,



что организация деятельности территориального фонда ОМС в республике свидетельствует о «плавном и быстром движении в

правовое поле Российской Федерации».

«Подписание этих документов говорит о том, что мы максимально быстро интегрируемся в правовое поле России. Соответственно, качество оказания медицинских услуг жителям нашей республики растёт, и мы с каждым днём всё больше и больше чувствуем себя полноценными гражданами России», – сказал он.

По словам временного исполняющего обязанности главы ДНР Дениса Пушилина, республике предстоит ещё большая работа, чтобы выйти на уровень всей России.

«Впереди ещё долгая и трудная работа, чтобы соответствовать уровню всей Российской Федерации. Подписание соглашения с Федеральным фондом обязательного медицинского страхования – огромный шаг в этом направлении», – отметил врио главы Донецкой Народной Республики.

Андрей ДЫМОВ.



Инициатива

Получить право на исповедь

Минздрав России приступил к разработке правил допуска священнослужителей к пациентам, которые лечатся в стационарах, в том числе в отделениях интенсивной терапии и реанимации. Разрешить доступ предлагается только священникам зарегистрированных в России религиозных организаций. Поправки, наделённые федеральным Минздравом полномочиями по разработке правил, планируется внести в Федеральный закон № 323-ФЗ «Об основе охраны здоровья граждан в РФ».

Согласно актуальной редакции закона, пациент имеет право на доступ к нему священнослужителя, а в случае нахождения больного на лечении в стационарных условиях – на предоставление условий для совершения религиозных обрядов, «если это не

нарушает внутренний распорядок медицинской организации».

Однако отсутствие единых правил допуска священников в медорганизации на практике «вызывает трудности», отмечает федеральный Минздрав в пояснительной записке к законопроекту.

Ведомство разработало поправки, в соответствии с которыми Минздрав будет наделён полномочиями по разработке унифицированных правил допуска священнослужителей к пациентам, в том числе в отделениях интенсивной терапии и реанимации. При этом правила будут касаться только священнослужителей религиозной организации, прошедшей «государственную регистрацию в соответствии с законодательством РФ».

Поправки разработаны по итогам заседания Совета по вопросам попечительства в социальной сфере при Правительстве РФ от

28.11.2021. Совет возглавляет вице-премьер Татьяна Голикова.

Как известно, в конце лета 2020 г. Министерство здравоохранения РФ приказом от № 869н утвердило общие требования к организации посещения пациентов, находящихся в реанимации. Помимо родственников, других членов семьи и законных представителей, проводить таких пациентов теперь могут «иные граждане», если больной даст своё согласие. В случаях, если отсутствует законный представитель или пациент не может самостоятельно дать согласие на посещение, а также если больной находится в тяжёлом состоянии, посещение пациента осуществляется с разрешения руководителя структурного подразделения клиники, дежурного врача или ответственного лица.

Леонид ПОЛЯКОВ.

Решения

Реабилитация по новым правилам

Минздрав России установил новые правила организации медицинской реабилитации взрослых. Теперь медучреждениям не нужно открывать специальное отделение для проведения медицинской реабилитации. Для оказания профильной медпомощи клиники смогут использовать уже действующие кабинеты лечебной физкультуры, массажа и физиотерапии.

Медорганизации, которые проводят реабилитацию амбулаторно и в дневном стационаре, а также в стационарных условиях при спецмедпомощи, могут использовать уже использованные мощности для медицинской реабилитации. Также на первом этапе медпомощь может оказывать мультидисциплинарная реабилитационная команда (МДРК).

Кроме того, новыми правилами устанавливается возможность проведения второго (стационарного)

этапа для пациентов, требующих круглосуточного наблюдения, а также возможность проведения третьего (амбулаторного) этапа реабилитации в стационаре, если пациент проживает от клиники на значительном удалении либо в связи с географическими особенностями не может до неё добраться. Также появилась возможность сохранить кадровый состав без необходимости предъявлять дополнительные требования к квалификации персонала. Упрощены лицензионные требования к соблюдению стандартов оснащения отделений медицинской реабилитации.

В предыдущий раз Порядок организации медицинской реабилитации взрослых Минздрав значительно обновил 1 января 2021 г. В нём чётко прописали состав МДРК для различных этапов реабилитации, уточнили маршрутизацию пациента при оказании медпомощи разных профилей, а также при переводе из

одного этапа медицинской реабилитации в другой. Кроме того, появилось понятие психологической реабилитации — в ней нуждаются паллиативные больные.

Сегменту медицинской реабилитации с 2021 г. придаётся особое значение на государственном уровне, не считая активно внедряемой реабилитации после COVID-19. Сначала Президент РФ Владимир Путин поручил правительству разработать программу развития общей медицинской реабилитации до 2026 г., объём финансирования которой составит не менее 100 млрд руб. Председатель Правительства РФ Михаил Мишустин спустя несколько месяцев рассказал, что до 2030 г. в российских клиниках будут оснащены или переоснащены более 1350 профильных отделений и около 130 дневных стационаров, а уже в апреле 2022 г. 82 региона получили первый транш на реализацию плана — 8,8 млрд руб.

Вячеслав ДАШКОВ.

Однако

Плата за онконастороженность

Правительство РФ в 2023 г. направит 62 млн руб. на премии медикам за выявление онкологических заболеваний у пациентов, но 8 млн из этой суммы останутся в резерве. «МГ» уже сообщала, что в начале декабря 2022 г. федеральный Минздрав предложил изменить схему выплат за онконастороженность, потому что регионы используют данный инструмент неэффективно — за 9 месяцев 2022 г. из выделенных на этот период 66 млн был использован только 1 млн.

Согласно распоряжению кабинета министров, в регионы выделили 53,9 млн руб. на 2023 г. Больше всего средств направят Московской области (2,9 млн), Краснодарскому краю (2,7 млн) и Москве (2 млн). Наименьшие суммы выделили Чукотскому и Ненецкому автономным округам (4,2 тыс. и 6,5 тыс. соответственно), Республике Алтай (8,6 тыс.) и Магаданской области (21 тыс.).

Как известно, медики получают премии за раннюю диагностику онкозаболеваний в ходе диспансеризации и профосмотров с 2020 г. Средства на это территориальным фондам ОМС ежегодно поступают из бюджета Федерального фонда ОМС. Затем деньги распределяют по медицинским организациям. На доплату могут претендовать

терапевты, врачи общей практики, цеховые врачи, педиатры, фельдшеры и другие медработники, ответственные за диагностику и диспансеризацию.

Программа, предполагающая повышение мотивации медиков, не пользуется популярностью в регионах с момента запуска. С 2021 г. Минздрав несколько раз пытался её реанимировать: сначала (в сентябре) министерство предложило увеличить выплату до 10 тыс. руб. за одного человека с выявленной онкопатологией, суммарно заложив на программу 574,4 млн руб. в 2022 г. Однако в итоге в правительстве сократили годовой бюджет проекта до 155 млн. Затем, уже в феврале 2022 г., ведомство исключило обязательное условие для получения организацией средств — соблюдение клиники сроков ожидания медпомощи в случае подозрения на онкозаболевание. В Минздраве это требование посчитали излишним. Размер выплат при этом остался прежним (1 тыс.).

Примечательно, что Минздрав России предложил предоставлять стимулирующую выплату в 1 тыс. руб. только первому медработнику, который заподозрил заболевание, назначил пациенту консультацию онколога, диагностические исследования или поставил его на диспансерный учет.

Игорь КОРАБЛЁВ.

Работают мастера

Уникальное вмешательство проведено в северной столице

Врачи университетской клиники Санкт-Петербургского государственного педиатрического медицинского университета успешно провели сложнейшее фетальное хирургическое вмешательство. В мире такие операции единичны.

Тяжёлый порок развития — расщепление позвоночника (spina bifida) у нерождённой девочки весом 560 г диагностировали на 19-й неделе беременности 25-летней женщины из Чеченской Республики, сообщила пресс-служба вуза. При данной патологии уже на поздних сроках околоплодные воды начинают разрушать спинной мозг и нервные корешки малыша. В неразвитых позвонках формируется спинномозговая грыжа. Последствия зависят от размера

и локализации дефекта, у многих пациентов наблюдаются параличи нижних конечностей и нарушения функции тазовых органов.

Обычно детей с расщеплением позвоночника оперируют в первые сутки после рождения. Однако мировой опыт показал, что дорожное закрытие дефекта может способствовать улучшению неврологического развития и повышению качества жизни ребёнка. В ходе консилиума под руководством ректора университета, главного специалиста неонатолога Минздрава России Дмитрия Иванова было принято решение о проведении внутриутробной коррекции порока лапароскопическим доступом.

Медики заранее оработали все этапы на экспериментальных моделях. Перед ними стояла сложная задача — впервые в России совме-

стить два метода — лапароскопию и фетоскопию и тем самым обеспечить оптимальные условия для работы неонатальных хирургов, пояснила заведующая гинекологическим отделением педиатрического университета Анна Тайц.

Вмешательство продлилось более 10 часов. Вначале околоплодные воды полностью заменили на углекислый газ. После завершения внутриутробного этапа операции воды восполнили тёплым многокомпонентным раствором.

Чтобы закрыть спинномозговой канал, врачи использовали специальную мембрану. Затем они ушили кожу поверх исправленного дефекта. К моменту рождения ребёнка рана уже стянется, и напоминать о случившемся будет только маленький рубец.

Олег РОМАШОВ.

Опросы

Портрет типичного пациента

В России растёт количество обращений в негосударственные медицинские организации, показало исследование «Мониторинг общественного здоровья в России», проведённое в 2022 г. коллективом авторов Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М.Сеченова. В работе изучались показатели общественного здоровья, приверженность вредным привычкам и ЗОЖ, распространённость отдельных заболеваний и использование системы здравоохранения.

В телефонном опросе методом формализованного интервью в период с 16 июля по 24 августа 2022 г.

приняли участие 2150 респондентов в возрасте от 18 до 90 лет, среди них 46,1% мужчины. Средний возраст опрошенных — 45 лет, больше половины — работающие (59%), 25,3% — пенсионеры, 4,2% — учащиеся или студенты. Выборка охватывает 8 федеральных округов, Москву и Санкт-Петербург. В сельской местности проживают 24,1% опрошенных, 76% — горожане, из них (23,5%) проживают в городах-миллионниках.

За последний год 49% опрошенных сообщили, что обращались в частные клиники, чтобы получить медпомощь, причём их работой пациенты чаще оставались удовлетворены. Государственные медорганизации преимущественно используются россиянами для посещения врачей общей практики, а частные — для обращения к врачам-специалистам и прохождения медицинских исследований. Ни разу не обращались за помощью в медорганизации за последние 12 месяцев 22,5% опрошенных (29% мужчин и 17% женщин).

Почти треть взрослого населения (28%) сообщили, что получали помощь только в государственных медицинских организациях, 16% — только в частных, 33% — и в тех и в других. Респонденты с высоким уровнем доходов (свыше 60 тыс. руб.) обращались в частные клиники почти в 1,5 раза чаще, чем люди с доходом до 20 тыс. руб. В более старших возрастных группах частота обращений в частные клиники снижается, а в государственные сохраняется примерно на одном уровне.

Наиболее распространёнными причинами обращения за помощью в государственные медорганизации оказались посещение (или вызов на дом) врача общей практики (36%) и других специалистов (26,9%). Частотное распределение причин посещения частных клиник заметно отличается: 62,7% опрошенных использовали их для прохождения исследований у врачей-специалистов, 26,7% — чтобы пройти медобследования или сдать анализы.

Борис ЕФИМОВ.

Подписка-2023

Уважаемые читатели!

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

Подписные издания

- ✓ Официальный каталог «Почта России» на первое полугодие 2023 г.
- ✓ Электронный каталог «Почта России».

Подписные индексы:

ПН016 — на год
ПН014 — на месяц.

- ✓ Каталог периодических изданий — газеты и журналы, первое полугодие 2023 г. («Урал-Пресс»).

Юридические лица могут подписаться через отделы подписки региональных почтамтов.

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

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

ОМС: реальность и перспективы

Трансферты и новации

Каких изменений стоит ожидать в системе ОМС в 2023 г.?

Президент Российской Федерации Владимир Путин подписал законы о продлении на 2025 г. предоставления межбюджетных трансфертов из Федерального фонда обязательного медицинского страхования в бюджеты территориальных фондов. Документ опубликован на официальном портале правовой информации.

Речь идёт о трансфертах, необходимых для софинансирования расходов медицинских организаций на оплату труда врачей и среднего медперсонала, а также на денежные выплаты стимулирующего характера медработникам за раннее выявление онкологических заболеваний в ходе диспансеризации и профилактический медицинский осмотр. Ранее положения о межбюджетных трансфертах действовали до конца 2024 г. Нормы вступают в силу с 1 января 2023 г.

Напомним также, что неотъемлемой частью работы ФОМС является совершенствование подходов к оплате медицинской помощи. Основными способами их, для оказываемой в стационарных условиях медицинской помощи, являются оплата с использованием клинико-статистических групп заболеваний (КСГ) и оплата высокотехнологичной медицинской помощи.

Сотрудниками ФОМС проводится непрерывный мониторинг оказания медицинской помощи и использования медицинских организаций КСГ и ВМП. На основе мониторинга принимаются решения об оптимизации моделей оплаты, пересматриваются коэффициенты, используемые для расчёта, перегруппировываются имеющиеся группы, появляются новые.



По итогам проводимой работы в 2023 г. в систему учёта и оплаты медицинской помощи будут внесены некоторые изменения, в частности в клинико-статистические группы. Это оплата онкологической помощи: количество КСГ для оплаты лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях (кроме новообразований лимфоидной и кровяной тканей) увеличено до 19 (в 2022 – 17); в схемы противоопухолевой лекарственной терапии, использующиеся для расчёта КСГ, включено 69 новых схем; уточнены значения коэффициентов затратности КСГ для оплаты лекарственной терапии при новообразованиях лимфоидной и кровяной тканей с учётом изменения стоимости лекарственных препаратов и фактически сложившейся длительности лечения; для оплаты хирургического лечения онкозаболеваний вводятся две новые группы – «Прочие операции при ЗНО» (уровень 1 и уровень 2); в перечень коэффициентов сложности лечения пациента (КСЛП) введён новый КСЛП для оплаты

сопроводительной лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях.

Есть и новеллы в оплате медицинской реабилитации в стационарных условиях. Так, в перечень КСГ добавлены три группы для учёта и оплаты случаев продолжительной реабилитации пациентов с заболеваниями нервной системы и опорно-двигательного аппарата. Для использования реабилитационных КСГ введена минимальная длительность законченного случая. Для оплаты первого этапа медицинской реабилитации, проводимой в реабилитационном отделении, вводится новый КСЛП.

Но этим перемены не ограничиваются. Выделены в отдельные КСГ операция на органе зрения (факоэмульсификация с имплантацией ИОЛ), слинговые операции при недержании мочи, оплата случаев проведения радиодистанционной терапии. Количество КСГ для оплаты случаев лечения с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов увеличено до 20 (в

2022 г. – 3). Диапазон стоимостей тарифов составит до 2,26 млн руб. (в 2022 до 153 тыс.). Повышены коэффициенты затратности для КСГ, применяющихся при учёте и оплате случаев экстракорпоральной оплодотворения в условиях дневного стационара. Повышен коэффициент затратности для экстракорпоральной мембранной оксигенации (с 15,57 до 40). Для оплаты случаев лечения хронического вирусного гепатита С в 2023 г. будет применяться 18 схем лекарственной терапии, сопоставленных 4 КСГ. КСГ для оплаты случаев иммунизации против респираторно-синцитиальной вирусной инфекции дифференцированы в зависимости от возраста пациента.

Изменения, вносимые в перечни высокотехнологичной медицинской помощи: с целью исключения дублирования методов, включённых в КСГ и разделы 1 и 2 ВМП, проведена коррекция соответствующих перечней. Ряд методов был исключён из разделов 1 и 2 ВМП.

Отдельные методы были переименованы с целью уточнения формулировки и исключения дублирования с КСГ.

Методы лечения с применением генно-инженерных биологических препаратов по профилям «дерматология», «гастроэнтерология», «ревматология», «педиатрия» конкретизированы и предусматривают только инициацию или замену генно-инженерных биологических лекарственных препаратов (инициация лечения по указанному профилю будет исключена из модели КСГ); ряд методов исключён из КСГ и перенесён в разделы 1 и 2 ВМП.

В части оплаты первичной медико-санитарной помощи необходимо отметить выведение оплаты случаев диспансерного наблюдения пациентов из подушевого норматива финансирования.

Подготовил
Василий СЕБЕРЯКОВ.

Исследования

Лекарств не хватает

Частный онлайн-сервис дистанционного обучения медицинских работников провёл опрос среди 1843 медиков и выяснил, что почти 80% врачей заявляют о дефиците препаратов в России. Чаще всего ощущается нехватка антибиотиков (и взрослых, и детских), инсулина, препаратов для лечения гормональных расстройств и онкологических заболеваний. Анонимное анкетирование медработников проходило с 28 ноября по 2 декабря 2022 г. В исследовании приняли участие медики из всех федеральных округов России.

Всего респондентам было задано четыре вопроса. Первый – ощущают ли они дефицит каких-либо лекарств, второй – сообщают ли пациенты о сложностях с поиском назначенных им препаратов, третий – наблюдается ли нехватка каких-либо препаратов для льготников, и последний – какие группы препаратов, по их мнению, являются дефицитными.

Отвечая на вопрос о нехватке лекарств, больше половины (57,7%) опрошенных врачей сообщили о «некотором дефиците препаратов», ещё 20,3% заявили, что «есть серьёзный дефицит», а 21,9% сказали, что «лекарств достаточно».

Аналогичный опрос проводился сервисом в начале июня 2022 г. Тогда врачам, которые рассказали о серьёзном дефиците, было меньше – 15%. Зато тех, кто говорил о «некотором дефиците», было больше – 64,5%. Общее количество тех медработников, которые рассказали о нехватке препаратов, осталось практически на том же уровне.

В новом опросе о том, что пациенты сообщают им время от времени о сложностях с поиском назначенных лекарств, сообщили почти половина (47,6%) опрошенных медработников. Довольно часто такие жалобы поступали к 27,8% респондентов. Четверть (24,6%) участвовавших в опросе врачей не слышали о проблемах.

По сравнению с июнем ситуация немного улучшилась. Тогда о сложностях у пациентов с поиском назначенных им лекарств сообщили 76,5% опрошенных, 55,6% говорили о проблемах «время от времени» и 21,1% о часто возникающих сложностях. Чт таких жалоб не поступает, сообщили 23,3%.

О дефиците лекарств для льготных категорий граждан по некоторым позициям осенью заявили 54,3% врачей. О серьёзной нехватке лекарств для льготников рассказали 22,5% опрошенных. Ещё 23,2% сообщили, что не фиксируют нехватку препаратов для таких категорий. Если сравнивать с июнем, ситуация немного ухудшилась. Тогда о недостатке препаратов для льготных получателей рассказывали 73,9% респондентов, в конце ноября – 76,8%.

Отвечая на вопрос, каких именно лекарств не хватает, участники опроса выделили несколько групп препаратов. На первое место врачи поставили антибиотики, включая детские. Об их нехватке сообщили 12,3% от общего числа респондентов. Затем следуют гормональные препараты (на перебой с такими лекарствами обратили внимание 7,1% участвовавших в опросе) и инсулин (7% от общего числа ответивших). Ещё 5% рассказали о проблемах с лекарствами для онкобольных. В июне 2022 г. в списке дефицитных лекарств на первом месте стояли гормональные препараты, затем шло противосудорожные и противосудорожные препараты, а также антибиотики и инсулин.

Григорий МАТВЕЕВ.

Акценты

Во всём мире туберкулёз по-прежнему остаётся одним из наиболее распространённых инфекционных заболеваний, которые без своевременного и правильно подобранного лечения могут угрожать жизни. Это является одной из острых медико-социальных проблем. Особую озабоченность специалистов нашей страны вызывает туберкулёз с множественной лекарственной устойчивостью, а также у больных ВИЧ-инфекцией.

При развитии иммунодефицита у пациентов с ВИЧ-инфекцией начинают присоединяться и/или активироваться оппортунистические заболевания. Самой частой и опасной инфекцией у больных с резко сниженным иммунным статусом является туберкулёз. Вероятность его развития у ВИЧ-положительного человека в 15-20 раз выше, чем у ВИЧ-отрицательного. Часто туберкулёз носит генерализованный характер, когда поражаются не только лёгкие, но и многие другие органы и системы. Нередко у наших пациентов встречаются внелёгочные формы – туберкулёз позвоночника, суставов, почек, кишечника, селезёнки, органов урогенитальной системы и другие.

При лечении у людей с ВИЧ-инфекцией важно правильно определить последовательность применения противотуберкулёзных и антиретровирусных препаратов.

Если пациент с ВИЧ-инфекцией не получал ранее антиретровирусную терапию или туберкулёз и ВИЧ выявлены одновременно (что встречается нередко), то лечение таких людей начинают с терапии туберкулёза. Это мировая практика,

Два в одном: ВИЧ-инфекция и туберкулёз

Специалисты эффективно применяют способы существенного снижения риска развития опасных заболеваний



регламентированная руководством Всемирной организации здравоохранения, а также российскими клиническими рекомендациями.

Когда пациент удовлетворительно переносит все противотуберкулёзные препараты, присоединяется противотуберкулёзная терапия для лечения ВИЧ-инфекции. Чаще это происходит через 2-4 недели от начала лечения туберкулёза.

Присоединение туберкулёза у пациента с ВИЧ-инфекцией способствует более быстрому прогрессированию иммунодефицита. Туберкулёз на поздних стадиях ВИЧ-инфекции также протекает значительно тяжелее. Таким образом, оба заболевания утяжеляют течение друг друга.

Особенно опасна ситуация при уровне количества CD4-лимфоцитов менее 350 клеток у человека с ВИЧ-инфекцией, когда значительно повышается риск развития туберкулёза.

Однако способы существенно снизить риск заболевания туберкулёзом людей, живущих с ВИЧ, существуют. Это, во-первых, своевременно начатая антиретровирусная терапия, ещё при относительно высоких показателях CD4-лимфоцитов (выше 350 клеток). Но даже при выраженном иммунодефиците, на фоне эффективной терапии ВИЧ-инфекции риск заболевания туберкулёзом постепенно уменьшается, тем более существенно, чем дольше пациент её получает (даже если количество CD4 ещё соответствует нормальным показателям).

Второй метод, который дополняет первый, – это приём противотуберкулёзных препаратов для химиопрофилактики туберкулёза. Подчеркну, химиопрофилактика – это также мировая практика, доказанная многочисленными клиническими исследованиями. Безусловно, это дополнительная лекарственная нагрузка на организм, но польза от неё существенно превышает вред. Одно из последних крупных исследований, посвящённых химиопрофилактике туберкулёза среди людей, живущих

с ВИЧ, выявило, что проведение её снижало риск смерти в этой группе пациентов на 37% при наблюдении в течение 5 лет.

К сожалению, на данный момент не существует препаратов, которые полностью излечивают от ВИЧ-инфекции. Однако она давно перешла в разряд хронических инфекций, при которых постоянный приём противотуберкулёзных препаратов блокирует размножение вируса в организме и сохраняет нормальный иммунитет. Это даёт возможность жить полноценной жизнью. Да, приём этих препаратов пока пожизненный.

Напротив, противотуберкулёзная терапия проводится курсом и прекращается при достижении клинического эффекта, регресса туберкулёзных изменений в поражённых органах и прекращения бактериовыделения.

Важно отметить, что туберкулёз – излечимое заболевание, и чем раньше начато лечение, тем быстрее и эффективнее результат.

Ирина ВАСИЛЬЕВА,
директор Национального
медицинского исследовательского
центра фтизиатрии, инфекционных
и паразитарных заболеваний,
главный специалист фтизиатр
Минздрава России,
доктор медицинских наук,
профессор.

Специалисты Национально-го медицинского исследовательского центра гематологии Минздрава России разработали компьютерный регламент оценки персональных рисков внутрисосудистых тромбозов, который даёт возможность прогнозировать функциональный потенциал артериовенозных фистул для проведения программно гемодиализа.

Как известно, для гемодиализа необходим сосудистый доступ, с этой целью на руке подкожно формируется артериовенозный анастомоз. При этом какие-то фистулы могут функционировать месяцами и даже годами, а какие-то тромбируются в течение недели-двух или даже через несколько часов после операции. В тех случаях, когда артериовенозный анастомоз тромбируется, возникает необходимость либо реконструировать его, либо сформировать новый.

Причины появления внутрисосудистых тромбов, в том числе в специально формируемых для гемодиализа фистулах, могут быть разные. Среди них состояние плазменного и тромбоцитарного звена системы свёртывания крови, а также особенности течения крови в данном сосуде. С появлением методов магнитно-резонансной, компьютерной томографии и ультразвуковой ангиографии стало возможным не только получать представление об анатомическом строении сформированных фистул, но и оценивать в динамике сценарии процесса свёртывания крови, прежде всего, активации тромбоцитов, которые перемещаются в потоке крови через фистулу.

Нефрологи НИИЦ гематологии сформулировали запрос на проведение научного исследования механизмов, которые влияют на тромбообразование в конкретных фистулах. Полученные сведения позволяют врачам принимать необходимые превентивные меры. Таким образом, сделан серьёзный шаг вперёд в решении сложнейшей проблемы прогностической оценки вероятности тромбообразования фистул, что важно практически для всех людей с хронической почечной недостаточностью, пожизненно получающих заместительную почечную терапию.

Корреспондент «МГ» встретила с авторами данной научной работы, чтобы узнать важные подробности.

Есть доступ – есть жизнь

Сначала об актуальности исследования. Нефролог НИИЦ гематологии, доктор медицинских наук, профессор Людмила Бирюкова говорит, что к настоящему времени заболеваемость хроническими заболеваниями почек в мире достигла масштабов, сопоставимых с пандемией: каждый десятый человек страдает такой патологией. Соответственно, возрастает потребность в заместительной почечной терапии для тех, у кого болезнь перешла в стадию хронической почечной недостаточности (ХПН). На гемодиализе в мире сейчас находится примерно 1,5 млн человек, в России – около 60 тыс. Соответственно, 60% этих пациентов подключаются к аппарату «искусственная почка» через артериовенозную фистулу.

Подкожный анастомоз между артерией и веной – прекрасное инженерное решение, но оно имеет один существенный недостаток: больного нужно подключать к аппарату три раза в неделю и три раза отключать от него, то есть трижды войти иглой в фистулу и трижды изъять иглу из неё. Таким образом, за год больному ХПН выполняется в среднем 144 пункции фистулы. Регулярное травмирование сосуда в результате пункции неизбежно оборачивается его тромбированием. В месте инвазии, согласно триаде Вирхова, неизбежно нарушается физико-химический состав крови, изменяется скорость кровотока, развивается воспаление сосудистой стенки, происходит

активация тромбоцитов и факторов системы свёртывания крови, что ведёт к формированию тромба, – поясняет Л.Бирюкова.

Как уже сказано, в этих случаях необходимо выполнять повторные операции, чтобы либо эндоваскулярно реконструировать тот же сосудистый доступ, либо формировать новый артериовенозный анастомоз и обеспечить дальнейшее проведение диализа. Как бы

следствий, безусловно, относятся катастрофы в сердечно-сосудистой системе человека при внутрисосудистой смене агрегатного состояния крови, – говорит руководитель лаборатории математического моделирования биологических процессов НИИЦ гематологии, доктор физико-математических наук, профессор Георгий Гурия.

В Гематологическом научном центре механизмы изменения кро-

во лет в ординатуре, если можно просто дать им в руки инструкцию и заставить следовать ей слово в слово?

Сегодня крен прямо в противоположную сторону: фраза «персонализированный подход» стала самой часто употребляемой в системе здравоохранения. Стандарт стандартом, но важен и учёт индивидуальных особенностей пациента. В этом смысле разработанный

одной геометрии крови и можем предсказать, что будет при резком снижении артериального давления или при его резком повышении. Таким образом, наша информация – важное дополнение к тому, что врачи сами знают и умеют, она позволит им лишь корректировать решения с учётом сведений о вычисленном риске активации тромбоцитов. Повторю: сегодня это не популяционные, а исключительно

В клиниках и лабораториях

Вычислительная математика против тромбоза

Сотворчество врачей и учёных позволило решить проблему века

цинично это ни звучало, но факт остаётся фактом: есть сосудистый доступ для гемодиализа – есть жизнь, нет сосудистого доступа – нет жизни. Нередко сосудистые хирурги продолжают формировать новые фистулы одну за другой, но их количество не может быть бесконечным. Рано или поздно ресурс сосудов оказывается исчерпан. Поэтому задача обеспечить продолжительность функционирования сосудистого доступа для гемодиализа крайне актуальна.

– Возможна ли профилактика тромбообразования в фистулах? Возможна. В ряде случаев уже изначально сформированная фистула, а именно, нарушение перфузии в месте формирования артериовенозного анастомоза, должно вызывать настороженность сосудистых хирургов и нефрологов. Что предпринимать? Проводить своевременную медикаментозную превенцию тромбообразования с помощью антикоагулянтов, а также повысить внимание к асептике и антисептике в месте пунктирования фистулы. Ещё одно необходимое условие – не допускать низкого снижения, ни повышения артериального давления (АД) у этих пациентов, поскольку изменения АД сверх определённых порогов запускают тромбообразование, – поясняет профессор.

При этом эксперт подчёркивает, насколько важно в профилактике тромбообразования «диализных» фистул сотрудничество нефрологов и сосудистых хирургов. Формально каждый из этих специалистов выполняет свою часть работы: формируют доступы сосудистые хирурги, а используют их нефрологи. Предупредить тромбоз и тем самым сохранить возможность пациенту продолжать диализ можно только при условии командной работы врачей в этом направлении.

Поверить алгеброй гармонию

– В современной медицине математические методы стали широко использоваться после Второй мировой войны. Сегодня невозможно представить себе медицинскую диссертацию без раздела «статистическая обработка данных». На основании анализа частоты встречаемости отдельных событий в прошлом делаются заключения об их вероятности в будущем. Однако, эта закономерность далеко не всегда работает. В медицине нередко развитие событий бывает жёстко детерминированным, и в этих случаях предиктивные инструменты строятся на основе причинно-следственных закономерностей, а не на статистических подходах. Знание причинно-следственных закономерностей позволяет, имея данные о состоянии системы в какой-то определённый момент, рассчитывать характер её эволюции, в том числе, характер рисков. К числу таких нежелательных по-



вью своего агрегатного состояния изучаются давно и с разных точек зрения. Когда в руках исследователей появились математические средства прогнозирования нестабильностей в динамике крови, это открыло дорогу для оценки рисков тромбообразования в сосудистых системах.

В чём минус традиционных лабораторных исследований, по которым оценивают состояние системы свёртывания крови и вероятность тромбообразования? Как пояснил профессор, несовершенство лабораторных анализов в том, то они не персонализированы. При существующих способах тестирования не учитываются индивидуальные показатели пациентов, например, состояние сосудов или интенсивность сердечного выброса. В качестве референтных используются некие усреднённые показатели системы гемостаза, которые в медицине принято считать нормой, однако, то, что действительно есть норма для одного человека, может вовсе не являться таковой для другого.

– Статистические методы оценки могли бы быть объективными в случае, если бы все люди были более-менее единообразны: один пол, один возраст, одна генетика. Для того, чтобы отследить индивидуальную траекторию изменения биофизического и биохимического состояния отдельного человека по запросу врача, должны использоваться адекватные физико-математические методы описания, – говорит руководитель лаборатории.

Личная норма, персональный риск

Десять лет назад в отечественном здравоохранении активно разрабатывали стандарты оказания медицинской помощи по разным профилям, и это вызвало недоумение у врачей: для чего обучать студентов-медиков шесть лет в медуниверситете, а затем несколь-

персонализированные данные, – разъясняет Г.Гурия.

Научные работы, в которых исследуются процессы тромбообразования коронарных и церебральных сосудов, активно ведутся во всём мире. Подход, реализованный в НИИЦ гематологии, оригинален тем, что позволяет количественно сравнивать риски активации тромбоцитов в условиях искусственно создаваемых сосудистых систем. Если обнаруживается повышенная активация тромбоцитов при их прохождении через фистулу, то в данной фистуле, скорее всего, произойдёт тромбообразование. Либо придётся со временем корректировать этот сосудистый доступ, либо надо сразу использовать другие варианты, например, устанавливать стент.

Заглянем в завтра

Реконструкция геометрии фистулы и определение особенностей течения крови в ней, так же, как и определение скорости активации тромбоцитов, проводятся исключительно on request, то есть по запросу врача. В настоящее время программное обеспечение позволяет провести такую оценку в пределах одной недели, но в планах разработчиков сократить это время до одного часа и выдать заключение – хорошая это фистула или «нехорошая».

Как уже сказано в самом начале, проблема тромбообразования артериовенозной фистулы касается примерно 60 тыс. пациентов, которые по жизненным показаниям находятся на программном гемодиализе. Когда и каким образом новый подход к прогнозу и профилактике тромбообразования фистул начнёт применяться повсеместно? Пока ответа на этот вопрос нет. Между тем, программа апробирована в центре гематологии, её достоверность подтверждена клиническими наблюдениями.

– Теоретически можно масштабировать эту прогностическую технологию во все профильные клиники, однако, нужно ли создавать лаборатории математического прогнозирования в каждом лечебном учреждении, где проводится гемодиализ? Нам кажется, это не обязательно. Достаточно организовать несколько референтных центров на страну, где эксперты – специалисты в области тромбоза и гемостаза – могли бы трактовать результаты МРТ пациентов, присланные врачами из разных регионов по каналам цифровой связи, благо, проблем с этим уже нет, – полагает Л.Бирюкова.

В свою очередь Г.Гурия добавляет, что прогностической программой, которую разработали российские учёные, уже заинтересовались коллеги из ряда зарубежных стран.

Елена БУШ,
обозреватель «МГ».

Что движет жизнью на Земле? По мнению итальянского поэта и мыслителя Данте Алигьери, именно божественная любовь движет мироздание. А вот учёные-медики к этому чувству добавляют ещё и голод. Современные врачи-мыслители, занимающиеся разгрузочно-диетической терапией (РДТ), или лечебным голоданием, дополняют список понятиями «доверие» и «страх». Так, отталкиваясь от, казалось бы, обычной терапевтической технологии, они поднимаются до философских категорий, воспринимая проверенный веками метод альтернативной медицины в качестве эффективного инструмента оздоровления современной нации.

Организованная при поддержке Министерства здравоохранения Республики Абхазия конференция «Лечебное голодание – инструмент здоровья нации» посвящалась памяти одного из признанных корифеев и основоположников этого направления в стране и мире Алексея Кокосова, учёного, терапевта, профессора, долгие годы работавшего заместителем директора Научно-исследовательского института пульмонологии Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. И.П.Павлова и главным пульмонологом городского Комитета по здравоохранению. Алексей Николаевич прожил 87 лет, сам активно голодал, что, несомненно, помогало ему до последних дней оставаться деятельным, бодрым, здоровым.

Конференция, которая проходила в Гагре в течение 2 дней как в офлайн-формате, так и режиме видеоконференцсвязи, привлекла внимание всей России. Несмотря на непростые времена, в Абхазию приехали около 50 ведущих отечественных специалистов. Последняя конференция на эту тему прошла в Республике Бурятия более 3 лет назад: пандемия новой коронавирусной инфекции не позволила встретиться раньше. Но за этот период накоплены новые знания и практический опыт, чем охотно делились участники форума из Москвы, Санкт-Петербурга, Улан-Удэ, Тюмени, других российских регионов. Встреча показала, что подобные обсуждения необходимы, ведь в процессе общения вырабатываются коллективные действия, своевременные и эффективные подходы к разгрузочно-диетической терапии. Важно подчеркнуть, что свыше половины участников конференции являются не только пропагандистами, но активными сторонниками и приверженцами лечебного голодания, так как испытали на себе эффект данной терапевтической технологии. Однако до сих пор об этом альтернативном методе оздоровления и укрепления здоровья крайне мало осведомлены врачи, особенно молодые. Устранить подобные перекосы и призван состоявшийся форум, на котором прозвучало немало интересных докладов из уст организаторов здравоохранения, учёных, практикующих врачей и рассматривались другие важные и насущные вопросы, связанные с лечебным голоданием.

В гостях у старейших

Надо особо подчеркнуть, что Абхазия исторически славилась невероятным долголетием своих жителей. Это поистине удивительное место на берегу Чёрного моря, в предгорьях Кавказских гор, где коренное население издревле имеет репутацию чрезвычайно долго живущих и здоровых людей. Среди всех местностей Советского Союза Абхазия являлась рекордсменом по количеству долгожителей на душу населения. В 1956 г. в автономной республике проживало 2144 человека в возрасте более 90 лет, из них 270 – старше ста, а 11 – старше 120 лет. Феномен абхазского долголетия находился под пристальным вниманием советских учёных-геронтологов. Да

и по сей день во всём мире считается, что это уникальная страна долгожителей. Большой процент её населения доживает до 90-100 лет, сохраняя крепкое физическое и умственное здоровье.

В чём их секрет? Благодаря вековой культуре, обычаям в стране нет детских домов и домов престарелых. Здесь сберегли всенародную традицию относиться к старейшинам с величайшим по-

природным условиям созданы все условия для внедрения РДТ».

РДТ: вчера, сегодня, всегда!

В своё время А.Кокосов отмечал: «РДТ – один из немедикаментозных методов лечения, который вышел из недр традиционной медицины и в нашей стране за сравнительно короткий промежуток времени прошёл, по заданию Главного лечебно-

терапевтического метода в научной медицине. В стране действительно накоплен опыт, аналогов которому нет в мире.

Докладчик напомнил, что начало широкого клинического применения РДТ связано с именем доктора медицинских наук профессора Юрия Николаева, психиатра, который впервые ввёл термин РДТ и подтвердил перспективность этого метода, использовавшегося им

выполнить Указ Президента России № 474 от 21.07.2020 «О национальных целях развития РФ на период до 2030 г.», где прописано, что средняя продолжительность жизни к этому году должна составить 80+.

Кроме того, профессор считает целесообразным в учреждениях общественного питания установить раз в неделю так называемый рыбный, или постный день. Ещё в глубокой древности люди подметили пользу постов, которые подразумевают воздержание, что является благом и необходимостью.

РДТ – это реальный метод лечения и оздоровления. Правильное, разумное питание должно стать образом и стилем жизни для россиян. Помимо лечения этот метод служит и для укрепления здоровья в виде разгрузочно-диетической профилактики. Сейчас, считает учёный, самое время вновь обратиться к накопленному веками полезному опыту. Ни у кого не вызывает сомнений обоснованный многочисленными фундаментальными физиологическими, нейрофизиологическими, биохимическими, гормональными, иммунологическими и другими исследованиями высокий терапевтический эффект дозированного голодания при целом ряде нервно-психических заболеваний и заболеваний внутренних органов. Научная аргументация безвредности и саногенетического воздействия РДТ обусловила её признание врачами и пациентами.

Тревогу учёного вызывает то, что современные врачи мало осведомлены об этой методике. Необходимо вносить коррективы в образовательные программы – вузовские и последипломные. Это вовсе не значит, что каждый обязан владеть методикой РДТ, но знать о ней должен. Профессор привёл цитату из книги А.Кокосова: «Владение методом РДТ чрезвычайно расширяет профессиональные возможности врача любой специальности. Врач должен иметь опыт применения лечебного голодания как в клинике, так и амбулаторно». Кстати, В.Максимовым разработана 36-часовая программа по РДТ в рамках последипломной подготовки специалистов, которая утверждена и успешно используется в РМАНПО.

В своё время А.Кокосов сетовал: «В целом мы плохо знаем состояние здоровья «клинически здорового» человека, его возможности, пределы». Вот почему ныне так важна интегративная медицина. В разумном сочетании методов научной и традиционной медицины – будущее здравоохранения. Но в медицинских вузах учат патогенезу, а не саногенезу.

В завершение конференции была принята резолюция. Форумы, подобные Гагрскому, решено проводить с периодичностью раз в два года. Также речь шла о консолидации. Президент Национальной ассоциации традиционной и комплементарной медицины доктор медицинских наук Мария Томкевич отметила: «Лечебное голодание является одним из признанных немедикаментозных методов лечения, методом традиционной медицины. Форумы нашей ассоциации, как правило, имеют поддержку Минздрава России, Государственной Думы РФ, Национальной медицинской палаты. Поскольку у вас нет своего профессионального объединения, приглашаю вступить в нашу ассоциацию, организовать подразделение по РДТ и дальше выступать сплочённо, единым строем в защиту наших замечательных «мягких» и эффективных природных методов».

Действительно, научно-исследовательский и практический потенциал РДТ исстары применяется, благодаря его очевидной эффективности в лечении широкого круга заболеваний и яркому воздействию на активное долголетие. Хочется надеяться, что богатые знания принесут пользу России. Более того – экологические методы лечения и оздоровления повсеместно станут играть более значимую роль в руках организаторов здравоохранения.

Александр ИВАНОВ,
спец. корр. «МГ».

Гагра – Москва.

Профилактика

Что движет солнце и светила...

В Республике Абхазия состоялась научно-практическая конференция «Лечебное голодание – инструмент здоровья нации»



чением. Для абхазцев старость – это не страшно, это естественное состояние: радостное, счастливое, активное. Абхазы живут в горах, для них обыденно почти каждый день подниматься и спускаться в разрежённом горном воздухе. Учёные обнаружили, что у долгожителей хорошо развита и работает дыхательная система. В дополнение к активному образу жизни абхазы известны тем, что приличную часть их рациона составляет растительная диета. Они редко употребляют рафинированную муку, масла, сахар, при этом делают акцент на свежих, буквально «сорванных этим утром» фруктах, овощах, цельных зерновых продуктах, орехах, а это ценный антиоксидант. День обычно начинают со свежего салата из зелени с огорода. Также здесь повсеместно распространены кисломолочные продукты. Абхазия славится и низкой калорийностью рациона. Кажется, что «ген жизнестойкости» передаётся в этом народе по наследству.

Отнюдь не случайно главный терапевт Минздрава Республики Абхазия Анжела Арчелия, приветствуя гостей, подчеркнула: «Спасибо за то, что вы приехали к нам поделиться своими знаниями и научными достижениями. Надеюсь, внедрение вашей научной методики вернёт Абхазии славу страны долгожителей».

Форум проходил в стенах санаторно-курортного комплекса Alex Resort & Spa Hotel, где много лет активно применяется РДТ. Причём год от года популярность метода возрастает среди врачей, сотрудников, отдыхающих, общественности. От лица хозяев участников приветствовали директор комплекса Вячеслав Чернышёв и главный врач Наталья Леонтьева. В частности, Наталья Викторовна отметила: «Желаю всем почувствовать прекрасный воздух нашей страны, ведь Абхазия – это страна души, то место, где благодаря прекрасным

го управления Минздрава, целенаправленную научно-практическую апробацию в ведущих клиниках страны. В последние годы РДТ обогатилась новыми методиками (абсолютное, комбинированное и другое лечебное голодание), разработанными и апробированными в клиниках Санкт-Петербурга, Перми, Иваново и других городов страны, а также масштабным организационно-методическим опытом применения не только в стационарных, но также в санаторно-курортных учреждениях».

Практически все докладчики непременно совершали экскурс в историю. Например, научный руководитель конференции, профессор кафедры диетологии и нутрициологии Российской медицинской академии непрерывного профессионального образования, доктор медицинских наук, заслуженный врач РФ Валерий Максимов упомянул имена древних философов и врачей. Заметим, что Валерий Алексеевич – человек-легенда, единственный ныне признанный корифей, авторитет, пионер применения метода РДТ в гастроэнтерологии.

Одним из первых отечественных научных трудов по гастроэнтерологии и диетологии В.Максимов называет «Слово о постах как средстве, предохранительном от болезней» (1769) доктора медицины профессора Петра Вениаминова. Не прекращающийся до сих пор исследовательский процесс изучения и развития метода РДТ строится на базисе, который заложил также учёный-патологофизиолог, академик Военно-медицинской академии, академик Виктор Пашутин. В нашей стране вышли в свет целый ряд монографий, сотни статей, методические рекомендации. Опубликовано первое в мире руководство для врачей «Разгрузочно-диетическая терапия» под редакцией А.Кокосова. Всё это свидетельствует о высоком положении данного

для лечения людей, страдающих психическими заболеваниями. Со временем он разработал клинические рекомендации, утверждённые Минздравом страны.

Значительный вклад в развитие РДТ внесли и продолжают вносить представители Республики Бурятия, Санкт-Петербургской школы, в частности профессора Евгений Ткаченко, Игорь Хорошилов, Елена Лаптева. Успешно развивают это направление тюменская школа профессора Станислава Муравьёва и другие.

Аналитический доклад «Микробиом и аутофагия. Роль метаболической терапии» представил профессор Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И.Мечникова доктор медицинских наук И.Хорошилов. Об истории РДТ в городе на Неве с содержательным сообщением по видеосвязи выступила Е.Лаптева. Собственным философским взглядом на тему «Живой человек и лечебное голодание» поделилась европейский эксперт в области организации разгрузочно-диетической терапии, популяризатор научных знаний Клаудиа Годинья, свыше 30 лет развивающая это направление в Республике Бурятия. Из этого же региона интересные сообщения сделали Доржи Банзаракцаев, рассказавший об РДТ в неврологической практике, и Михаил Тудупов, осветивший психологические аспекты применения РДТ. Опыт использования РДТ и других немедикаментозных методов в лечении бронхиальной астмы поделилась доцент Тюменского государственного медицинского университета кандидат медицинских наук Светлана Пушниковна. О сочетании применения гомеопатического лечения и РДТ рассказала кандидат медицинских наук Маргарита Ашихмина (Москва), о совместном применении РДТ и фитотерапии – натуротерапевт Ольга Свидерская (Санкт-Петербург). С неподдельным интересом и на одном дыхании аудитория внимала харизматичному профессору С.Муравьёву, сделавшему яркий доклад «Сочетание РДТ с другими немедикаментозными методиками».

Учить саногенезу

В.Максимов неустанно доказывает, что метод РДТ не только безопасен, но и полезен для здоровьесбережения и активного долголетия. Более того, считает необходимым включить его в страховую медицину. Сегодня РДТ признана во всём мире, в том числе и Минздравом России, но, поскольку метод не входит в страховую медицину, главные врачи не могут использовать его на бесплатной основе. Также Минздраву России учёный адресует ещё один принципиально важный вопрос. По его мнению, внедрение в широкую практику РДТ в состоянии помочь

Ковид изменил наше восприятие вирусных инфекций. После его пандемии грипп уже не кажется серьёзной угрозой. Между тем, заболеваемость гриппом растёт день ото дня. Правда эпидемический порог пока не достигнут. Так будет эпидемия или её удастся избежать?

– Эпидемия гриппа в сезон 2022-2023 гг. однозначно будет, – считает заведующая кафедрой эпидемиологии Пермского государственного медицинского университета им. Е.А.Вагнера Ирина Фельдблюм. – В прошлом году её не было, потому что пришёл достаточно патогенный и контагиозный вирус SARS-Cov-2, обусловивший пандемию. Эволюционно патогенность вируса гриппа выше, чем вируса SARS-Cov-2. Но поскольку охват прививками против гриппа был достаточно высоким, этой эпидемии не случилось: вирус SARS-Cov-2 вступил в конкурентное отношение с вирусом гриппа и подавил его. В этом году ситуация обратная. Мы создали коллективный иммунитет против COVID-19, и вирус SARS-Cov-2 ослабил свои позиции. В таких условиях вирус гриппа как более патогенный, я полагаю, проявит свои свойства, и эпидемия непременно случится.

По словам И.Фельдблюм, пик заболеваемости придёт на конец декабря – январь. Поэтому те, кто заблаговременно сделал прививку, защитил себя от этой инфекции, её тяжёлого течения вплоть до марта, когда обычно накрывает вторая волна, ведь продолжительность защиты составляет 5-6 месяцев. Не поздно привиться даже в период уже начавшейся эпидемии, только в таком случае в течение 10-14 дней надо избегать массовых мероприятий, то есть изолировать себя на 2 недели, пока не выработается иммунитет.

– Вакцинация является самой эффективной мерой в борьбе с этой инфекцией, – подчеркнул директор Института общественного здоровья им. Ф.Ф.Эрисмана, заведующий кафедрой эпидемиологии и доказательной медицины Сеченовского университета, академик РАН Николай Брико в ходе «круглого стола» «Рождённый раньше срока и не только: неупущенные возможности», организованного Российской ассоциацией специалистов перинатальной медицины. – Всё больше в практике стали использовать квадριвалентные вакцины. Думаю, со временем трёхвалентные уйдут в прошлое. До тех пока, не удастся разработать универсальную вакцину, которая бы защищала от всех возможных вариантов вируса гриппа, преимущества будут иметь квадριвалентные.

Какой вакциной лучше прививаться беременной женщине? Трёхвалентной или четырёхвалентной? Такой вопрос был задан аудитории слушателей «круглого стола», состоящей из неонатологов, акушеров и других специалистов. Удивительно, что 16% проголосовали за то, что беременным во-

обще лучше избегать вакцинации. По мнению руководителя отдела врождённой инфекционной патологии Детского научно-клинического центра инфекционных болезней ФМБА России, профессора кафедры инфекционных болезней Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И.Мечникова Валерия Васильева, основная причина, по которой люди отказываются от

Раз возможно, применяя вакцинацию, избежать тяжёлого течения заболевания, госпитализации, перспектив ИВЛ, досрочных искусственных родов и прочего, эту возможность не стоит игнорировать, чтобы потом «не было мучительно больно», – полагает В.Васильев.

Как заметил главный акушер-гинеколог Москвы кандидат медицинских наук Антон Оленев, идеальный сценарий – это когда

приоритетном порядке. И среди них – медицинские работники, потому что риск их инфицирования высок.

– Прививки против гриппа профилактируют не только грипп, но и острые респираторные вирусные инфекции. Это очень важно для создания эпидемиологической безопасности в медицинских организациях, – отметила И.Фельдблюм.

хоть и стал менее агрессивным, следовательно, вакцинироваться обязательно надо.

Как отметил главный специалист по клинической микробиологии и антимикробной резистентности Минздрава России, ректор Смоленского государственного медицинского университета, член-корреспондент РАН Роман Козлов, помимо всего прочего, вакцина-профилактика является одной из

Обсуждения

Перед лицом угрозы

Если есть возможность избежать неприятностей, не стоит её пренебрегать



вакцинации, это неверие в эффективность. Вторая причина – убежденность, что будут развиваться все побочные нежелательные эффекты, которые перечислены в инструкции. И третья, что лучше переболеть и иметь после этого более хороший иммунитет, чем после вакцинации. У беременных есть ещё одна форма отрицания – опасение негативного влияния на плод.

– Можно, конечно, переболеть. Весь вопрос в том, что будет после этого с беременной и плодом. Типичная форма гриппа – это лихорадка до 40 градусов, грубое расстройство микроциркуляции с быстрым развитием дыхательной недостаточности самой беременной и хронической гипоксией плода, – напомнил профессор.

Вакцины против гриппа изучаются более 50 лет. Масса публикаций показывает довольно высокую эффективность предупреждения заболевания у беременных. Что касается побочных эффектов, то, как известно, нет лекарств, которые ими не обладают. Всё дело лишь в том, насколько они часты и тяжелы. Многочисленные исследования подтверждают, что негативными эффектами по сравнению с пользой можно пренебрегать.

– Если есть возможность чего-то избежать, её нужно использовать.

всё население вакцинировано против гриппа четырёхвалентной вакциной, за исключением тех лиц, кому прививаться не рекомендуется по медицинским показаниям.

– Но за свою практику я с таким показателем охвата пока не сталкивался, – констатировал он. – Следовательно, всегда сохраняются риски вспышки гриппа в местах массового скопления людей. И к таким организациям относятся больницы.

– Меня расстроил факт, что 3% врачей – против вакцинации беременных женщин против гриппа, ещё 16% сомневаются, – признался старший научный сотрудник Центрального НИИ эпидемиологии Роспотребнадзора кандидат медицинских наук Василий Шахгудян. – И только 70% считают нужным прививать. И это среди врачей! Грустные цифры. Надо задуматься, что ещё следует сделать, в том числе и в плане образования, чтобы изменить ситуацию.

А как обстоят дела с вакцинацией медперсонала против гриппа в учреждениях охраны материнства и детства? Ведь прививка для медработников обязательна. Она обозначена в Национальном календаре профилактических прививок. Там определён перечень лиц, кому показана вакцинация в

– Пункт 19 Национального календаря прививок говорит о том, что медработники обязаны вакцинироваться против гриппа. Ведь мы постоянно сталкиваемся с пациентами и с теми, кто к нам обращается. И если мы не будем вакцинированы, то можем стать источником или переносчиком инфекции. Однозначно, все медицинские работники должны пройти вакцинацию, – подчеркнул лидер специалистов перинатальной медицины академик РАН Николай Володин.

Опытом организации прививочной работы поделилась заместитель главного врача Щёлковского перинатального центра Подольского Людмила Малютина.

– У нас очень хороший охват всего коллектива – 96% вакцинированы, – сказала она. – Ещё в августе главный эпидемиолог центра вместе с главной акушеркой начинают подготовительную прививочную кампанию, и это даёт свои плоды. Один день в неделю у нас работает кабинет вакцинации для сотрудников. Кроме того, мы находимся в шаговой доступности от Щёлковской областной больницы, и если кто-то захочет экстренно сделать прививку, не дожидаясь дня вакцинации, он может пройти туда, буквально через калитку, и получить её.

Грипп гриппом, а что происходит с ковидом? Все ограничения сняты. Получается, он больше не опасен?

– Я бы так не сказал, – прокомментировал директор Московского многопрофильного клинического центра «Коммунарка», главный специалист по анестезиологии и реаниматологии Департамента здравоохранения Москвы, доктор медицинских наук Денис Проценко. – Да, мы видим тренд на устойчивое снижение заболеваемости новой коронавирусной инфекцией, но, тем не менее, 176 пациентов на данный момент находятся в отделениях реанимации Москвы, случаи тяжёлого течения заболевания есть. Расслабляться рано, тем более, что эта инфекция сложно поддаётся прогнозированию. Вирус циркулирует,

мер предупреждения антибиотикорезистентности. Это относится не только к тем вакцинам, которые направлены против бактериальных возбудителей (пневмококковой, гемофильной типа В инфекций, что напрямую снижает их частоту, и, как следствие, потребление антибиотиков), но и к вирусным вакцинам. Да, антибиотики не должны использоваться при вирусных инфекциях, но достаточно большой процент населения их использует (и занимаясь самолечением, и по назначению врача, который их выписывает порой на всякий случай).

– Вакцинация против вирусных и бактериальных инфекций действительно приводит к снижению антибиотикорезистентности, – подчеркнул Р.Козлов.

Понятно, что отношение к вакцинапрофилактике формируется ещё во время учёбы в вузе, но здесь есть проблемы.

– Считаю, что этому вопросу на сегодняшний день нужно уделять больше внимания, чем оно есть, – полагает профессор кафедры факультетской и поликлинической педиатрии Приволжского исследовательского медицинского университета (Нижегород) доктор медицинских наук Алла Тарасова. – У нас проводится цикл по вакцинопрофилактике на 6-м курсе для всех студентов. Но, к сожалению, по программе он входит в вариативный блок дисциплин. Нужно изменить программу обучения в вузах, чтобы вакцинапрофилактика стала обязательным предметом для студентов всех специальностей, а не только для педиатров. К счастью, педиатрическая молодёжь прислушивается к рекомендациям, и, надеюсь, хорошо работает по месту жительства в своих поликлиниках. Что касается врачей других специальностей, то они тоже могут формировать правильное отношение к профилактическим прививкам среди среднего медперсонала, своих коллег, знакомых, родственников и т.д.

Валентина ЕВЛАНОВА,
корр. «МГ».

Опыт

Специалисты Новосибирской областной больницы представили на VIII Форуме детских хирургов России свой опыт применения малоинвазивных технологий в лечении осложнённой формы острого панкреатита у детей.

Главной новостью в этом докладе стал первый опыт выполнения детям эндоскопической цистогастротомии (дренирования постнекротической кисты поджелудочной железы) под контролем ультразвука. Данная технология активно применяется в лечении взрослых пациентов, однако в педиатрии она пока не получила распространения в нашей стране.

Воля и немного отваги

Причина, как пояснил заведующий отделением эндоскопии областной больницы доктор медицинских наук Евгений Дробязгин, в том, что в арсенале врачей нет специального оборудования – детских ультразвуковых эндоскопов, потому что их не существует в принципе. Между тем, задействовать «взрослый» эндоскоп, который имеет диаметр 13 мм, в лечении детей младшего возраста нельзя. А начиная с 10-11 летнего возраста, это уже вполне возможно.

Таким образом, в числе пациентов детских хирургов есть такие, кому целесообразно выполнять внутривисцеральное вмешательство при данной патологии.

У детей кисты поджелудочной железы могут быть либо врождённой аномалией, либо последствием тяжёлой формы острого панкреатита. Если кисту поджелудочной железы большого объёма не прооперировать, сохраняется риск её инфицирования либо разгерметизации с излиянием в

брюшную полость. Традиционно детские хирурги выполняют лапаротомию, в лучшем случае – лапароскопию, и это предел малой травматичности.

– Благодаря эндоскопии решение задачи малоинвазивного лечения кист поджелудочной железы у детей выходит на новый уровень. Преимущества эндоскопического вмешательства – это отсутствие хирургической травмы и возможность выписывать пациента из стационара на вторые-третьи сутки

после процедуры дренирования. Для выполнения такого рода вмешательств требуется стандартный эндоскопический ультразвуковой аппарат и готовность врачей освоить данную технологию в детской практике, то есть воля и немного отваги, – говорит профессор.

Первые трое пациентов, которых пролечили в больнице таким образом, – подростки от 10 до 14 лет, у всех были большие кисты, требующие дренирования. Эндоскопические вмешательства прошли с хорошими результатами.

Елена СИБИРЦЕВА.

Новосибирск.

КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 48 (2360)

(Продолжение. Начало в № 49 от 14.12.2022.)

Физикальное обследование. Рекомендуются всем пациентам, как при подозрении на АР, так и при установленном диагнозе проводить физикальное обследование, включающее визуальное исследование верхних дыхательных путей, визуальный осмотр общетерапевтический и аускультацию общетерапевтическую с целью определения клинико-динамических особенностей заболевания, выявления признаков сопутствующей аллергопатологии (бронхиальная астма, аллергический конъюнктивит, атопический дерматит) и создания ориентиров в определении тяжести состояния.

Характерны внешние признаки ринита: затруднение носового дыхания; приоткрытый рот; тёмные круги под глазами. Может наблюдаться слизистое, слизисто-гнойное отделяемое из носа (в случае присоединения вторичной инфекции), мацерация кожи над верхней губой и в области крыльев носа; отёчность лица; «аллергический салют» (потираание ладонью кончика носа).

Рекомендуется всем пациентам при первом обращении исходно и через 2-4 недели после назначения терапии оценить уровень контроля над симптомами аллергического ринита и функциональный статус пациента с помощью нормального теста «дыхание с закрытым ртом» и визуальной аналоговой шкалы (Приложение Г 1 и Г 2) с целью определения степени тяжести, объёма терапии, а в динамике – с целью оценки эффективности назначенной ранее терапии и целесообразности её изменения.

Лабораторные диагностические исследования. Рекомендуются пациентам с выраженными симптомами в период обострения АР проводить исследование общего (клинического) анализа крови развёрнутого с целью выявления возможного повышения уровня эозинофилов или выявления маркёров бактериального воспаления с целью дифференциальной диагностики с другой патологией или выявления осложнений для определения тактики терапии.

Повышение уровня эозинофилов возможно в период обострения АР. Вместе с тем эозинофилия периферической крови может иметь другие причины (паразитарные инвазии, грибковая инфекция и др.). Нормальный уровень эозинофилов периферической крови не является доказательством отсутствия аллергического заболевания. Необходимо также учитывать, что на данный параметр влияет приём некоторых медикаментов (приём антигистаминных средств системного действия, антагонистов лейкотриеновых рецепторов и глюкокортикоидов (системного действия) может приводить к снижению уровня эозинофилии периферической крови).

Повышение уровня маркёров бактериального воспаления (лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево) является поводом для поиска очага инфекционного воспаления, в первую очередь, остро риносинусита.

Рекомендуется всем пациентам цитологическое исследование смывов с верхних дыхательных путей с целью выявления эозинофилии носового секрета при первичной диагностике АР, а в дальнейшем – при дифференциальной диагностике с другим хроническим ринитом и контроля эффективности терапии.

Характерно увеличение относительного количества эозинофилов до 10% и более. Вместе с тем эозинофилия цитологии носового секрета может иметь другие причины (NARES, полипозный риносинусит и др.). Необходимо также учитывать, что на данный параметр влияет приём некоторых медикаментов (приём антигистаминных средств системного и местного действия, антагонистов лейкотриеновых рецепторов, глюкокортикоидов (системного действия) и кортикостероидов (местного действия, назальных препаратов) может приводить к снижению уровня эозинофилии цитологии носового секрета).

Не рекомендуется пациентам с АР проводить исследование уровня сывороточного иммуноглобулина Е в крови (общего уровня IgE в крови).

Нормальный или повышенный уровень общего IgE в сыворотке крови не является доказательством отсутствия или наличия аллергического заболевания, в том числе АР. Нормальный уровень общего IgE может сочетаться с повышенным уровнем специ-

фических IgE к причинно-значимым аллергенам, в то же время повышенный уровень общего IgE может наблюдаться в отсутствии сенсибилизации и атопии (иными причинами повышенного уровня общего IgE могут быть паразитарная инвазия, грибковая инфекция, онкопатология, гипер-IgE синдром и др.).

Инструментальные диагностические исследования. Рекомендуется всем пациентам с АР, как при подозрении на АР, так и при установленном диагнозе проводить переднюю риноскопию с целью выявления характерных признаков АР, анатомических особенностей и дифференциальной диагностики с другой патологией.

Характерны: отёк носовых раковин, значительное количество водянистого секрета,

ярко-красный цвет слизистой в период обострения САР, цианотичный или серый цвет слизистой при КАР, пятнистость («мраморность») слизистой (симптом Воячека), могут выявляться полипы.

Рекомендуется пациентам с АР при неэффективности стандартной терапии и/или при осложнённых формах АР проводить эндоскопическую эндоназальную ревизию полости носа, носоглотки и околоносовых пазух с целью выявления анатомических нарушений полости носа и околоносовых пазух и дифференциальной диагностики с другой патологией для определения тактики терапии.

Эндоскопическое исследование позволяет выявить анатомические нарушения полости носа и околоносовых пазух и другую патологию. Аппликационная проба с раствором адrenomиметика может использоваться для выявления обратимого характера назальной обструкции.

Рекомендуется пациентам с АР при наличии симптомов риносинусита и/или маркёров бактериального воспаления проводить рентгенографию придаточных пазух носа с целью исключения гнойного осложнения и определения тактики терапии.

Показаниями для рентгенологического исследования полости носа и околоносовых пазух является:

- наличие симптомов риносинусита (наличие гнойного отделяемого из полости носа, наличие боли в проекции пазух носа, головная боль, повышение температуры)
- наличие маркёров бактериального воспаления: лейкоцитоз, нейтрофильный сдвиг лейкоцитарной формулы в клиническом анализе крови.

Рекомендуется пациентам с АР при неэффективности стандартной терапии, выраженной и продолжительной назальной обструкции, стойкой и продолжительной anosмии и/или отрицательных результатах аллергообследования проводить компьютерную томографию придаточных пазух носа, гортани с целью дифференциальной диагностики и выявления других причин назальной обструкции.

Компьютерную томографию проводят с целью дифференциальной диагностики АР, выявления других причин назальной обструкции или при осложнённых формах АР, в первую очередь при полипозном риносинусите.

Рекомендуется пациентам с АР при наличии жалоб на кашель, свистящее дыхание, приступы затруднения дыхания, одышку проводить исследование неспровоцированных дыхательных объёмов и потоков (исследование функции внешнего дыхания) с целью выявления скрытого бронхоспазма и определения тактики ведения пациента.

Аллергический ринит является фактором риска развития бронхиальной астмы. У пациентов с аллергическим ринитом в период обострения может отмечаться снижение экспираторных потоков при исследовании функции внешнего дыхания, что может быть предиктором развития бронхиальной астмы. Обращают внимание на снижение скоростных показателей – ОФВ1, при снижении данного показателя проводится тест с бронхолитическим средством на выявление скрытого бронхоспазма.

Иные диагностические исследования. Проведение аллергообследования необходимо для подтверждения аллергической

природы ринита, выявления причинно-значимых аллергенов с целью выработки рекомендаций по образу жизни, питанию и определения целесообразности проведения аллерген-специфической иммунотерапии. Аллергологическое обследование может проводиться методом кожного тестирования с небактериальными аллергенами (накожные исследования реакции на аллергены), определения уровня специфических IgE в сыворотке крови, проведения провокационных тестов.

Выбор метода аллергологического обследования определяется доступностью и оснащённостью аллергологического кабинета и наличием/отсутствием противопоказаний к проведению кожного тестирования.

Рекомендуется пациентам с АР при отсутствии противопоказаний к тестированию проводить накожные исследования реакции на аллергены (кожное тестирование с небактериальными аллергенами) с целью подтверждения аллергической природы ринита, выявления причинно-значимых аллергенов с целью выработки рекомендаций по образу жизни, питанию и определения целесообразности проведения аллерген-специфической

расхождении данных анамнеза и результатов аллергообследования первого уровня (кожные пробы, определение специфических IgE), при неэффективности АСИТ, при назначении АСИТ рекомбинантными аллергенами.

Исследование уровня общего IgE в сыворотке крови пациента с целью постановки диагноза АР нецелесообразно, так как не даёт необходимой диагностической информации, не имеет ценности в проведении дифференциальной диагностики и никак не влияет на выбор лечения.

Назальный провокационный тест с аллергенами проводят для уточнения диагноза при возникновении расхождений между данными анамнеза и результатов других методов диагностики, а также при множественной сенсибилизации к различным аллергенам и необходимости выбора клинически значимого аллергена для проведения АСИТ. Все провокационные тесты может проводить только аллерголог-иммунолог, владеющий методикой выполнения данной процедуры в условиях специализированного аллергологического кабинета или стационара.

Интерпретация полученных результатов аллергообследования проводится в сопо-

Аллергический ринит

иммунотерапии.

Кожные пробы проводят в условиях аллергологического кабинета специально обученная медицинская сестра или аллерголог-иммунолог. Наиболее часто применяют prick-тесты (тесты уколом) или скарификационные тесты. Результаты тестирования с аллергенами соотносят с результатами отрицательного и положительного тест-контроля. Результаты кожных проб очень важны для диагностики атопических заболеваний, однако они не являются абсолютными, имеют противопоказания. На достоверность результатов могут влиять ранний детский (до 5 лет) или, наоборот, преклонный (старше 60 лет) возраст пациента, приём глюкокортикоидов (системного действия), антигистаминных средств системного действия, психотропных препаратов (снижают кожную чувствительность), дермографизм (ложноположительный результат), непродолжительный период после острой аллергической реакции (ложноотрицательный результат) и др.

Рекомендуется пациентам с АР при наличии противопоказаний или иных причин, препятствующих проведению кожного тестирования, сомнительных результатах кожного тестирования, расхождении данных, полученных при сборе анамнеза, с результатами кожного тестирования исследование уровня антител к антигенам растительного, животного и химического происхождения (определение уровня аллерген-специфических IgE антител) с целью подтверждения аллергической природы ринита, выявления причинно-значимых аллергенов с целью выработки рекомендаций по образу жизни, питанию и определения целесообразности проведения аллерген-специфической иммунотерапии.

Определение уровня аллерген-специфических IgE антител в сыворотке особенно важно при неубедительных результатах кожных проб либо при невозможности их постановки (например, в период обострения аллергического заболевания или наличии иных противопоказаний), отсутствии необходимых диагностических аллергенов (например, грибковых аллергенов). На достоверность результата влияет используемая тест-система, которая может иметь невысокую чувствительность и специфичность, что в свою очередь отражается как в ложноположительном, так и в ложноотрицательном результате. Золотым стандартом лабораторной аллергодиагностики является иммунофлюоресценция на твёрдой фазе, например, с использованием автоматизированного прибора ImmunoCAP, которая обладает высокой чувствительностью к выявлению специфических IgE в сверхнизких концентрациях и, согласно независимым исследованиям, является наиболее точной и стабильной. Отчёт по тесту выглядит как количественный результат и считается позитивным при значении > 0.70 kU/l.

Компонентная (молекулярная) диагностика относится к третьему уровню аллергодиагностики, используется для картирования аллергеной сенсибилизации пациента на молекулярном уровне, с применением очищенных натуральных или рекомбинантных аллергенных молекул вместо экстрактов аллергенов. Не рекомендуется всем пациентам с АР проводить молекулярную диагностику. Данный метод может быть использован при

ставлении с данными анамнеза. Определяют клинически значимую и латентную сенсибилизацию.

Дифференциальную диагностику АР рекомендуют проводить со следующими заболеваниями: инфекционный ринит; ринит, обусловленный аномалиями внутриносовых анатомических структур, включая аденоиды (у детей) и полипозный риносинусит; неинфекционный неаллергический ринит (НАР) и его фенотипы/субфенотипы: неаллергический эозинофильный ринит; лекарственно-индуцированный НАР (вследствие применения нестероидных противовоспалительных препаратов, опосредованный сосудистыми эффектами альфа-адреноблокаторов и бета-адреноблокаторов, обусловленный приёмом ингибиторов АПФ (ангиотензинпревращающего фермента), резерпина или длительным использованием адrenomиметиков (стимуляторов альфа-1-адренорецепторов, деконгестантов); гормональный НАР (связанный с беременностью, половым созреванием, менструальным циклом, приёмом гормональных контрацептивов системного действия, акромегалией, гипотиреозом); неаллергический профессиональный ринит (индуцированный низкомолекулярными химическими соединениями/ирритантами), ринит пожилых людей (атрофический); ринит, вызванный пищевыми продуктами/алкоголем; идиопатический НАР.

Лечение. Рекомендуется достижение полного контроля симптомов АР. При сохранении триггерных факторов (продолжающееся воздействие причинно-значимого аллергена, воздействие табачного дыма, других ирритантов) можно говорить лишь о снижении выраженности симптомов АР.

К основным принципам лечения АР относятся (см. табл. 1):

- медикаментозную терапию
- элиминационные мероприятия
- аллерген-специфическую иммунотерапию (АСИТ).

Медикаментозная терапия. Рекомендуются всем пациентам с АР назначение антигистаминных средств системного действия без седативного эффекта (последнего поколения) с целью уменьшения зуда в полости носа, чихания, ринореи, заложенности носа.

Рекомендуется применение антигистаминных средств системного действия без седативного эффекта (нСН1-АГ) с преимущественными характеристиками: селективное воздействие на H1-рецепторы, быстрое наступление клинического эффекта, эффективность в течение 24 часов и более, отсутствие тахифилаксии (привыкания), высокий уровень безопасности, отсутствие седативного эффекта, отсутствие клинически значимых взаимодействий с пищей, лекарственными препаратами, не должны являться субстратами транспортных белков, отсутствие взаимодействия с системой цитохромов P4503A (CYP3A), отсутствие кардиоотоксичности. Отдельные нСН1-АГ различаются по фармакодинамике и фармакокинетики, способности проникать через гематоэнцефалический барьер и вызывать седацию (более выражено у цетирина***, в зависимости от дозы) и, возможно, по способности подавлять действие провоспалительных медиаторов, участвующих в развитии аллергической реакции.

Дезлоратадин (код АТХ: R06AX27) детям в возрасте от 6 до 12 месяцев по 1 мг 1 р в

Таблица 1

Ступенчатый подход к терапии АР

Иммунотерапия (АСИТ)			
Контроль факторов внешней среды (элиминационные мероприятия)			
Фармакотерапия для контроля симптомов			
1-я ступень	2-я ступень	3-я ступень	4-я ступень (лечение только специалистом)
Один из: – нсН1-АГ – интраназальные АГ – кромоглициевая кислота (назальный препарат) – АЛР	Один из: – ИНГКС (предпочтительно) – нсН1-АГ – интраназальные АГ – АЛР	Комбинация ИНГКС с одним или более из: – нсН1-АГ – интраназальные АГ – АЛР	Рассмотреть терапию тяжёлого АР омализумабом ¹ – Рассмотреть хирургическое лечение сопутствующей патологии
Препараты скорой помощи			
Адреномиметики коротким курсом			Глюкортикоиды (системного действия, пероральные)
Перепроверить диагноз и/или приверженность лечению либо влияние сопутствующих заболеваний и/или анатомических аномалий, прежде чем увеличивать терапию (step-up)			

нсН1-АГ—антигистаминные средства системного действия без седативного эффекта (последнего поколения);

АЛР—антагонисты лейкотриеновых рецепторов;
ИНГКС—интраназальные глюкокортикостероиды—кортикостероиды для местного, назального применения (код по АТХ R01AD).

¹ назначение омализумаба в данной ситуации в несоответствии с показаниями к применению возможно для пациентов 12 лет и старше при недостаточной эффективности предшествующей терапии

сутки; детям в возрасте с 1 года до 5 лет—по 1,25 мг 1 раз в сутки; детям в возрасте от 6 до 11 лет по 2,5 мг 1 раз в сутки; взрослым и подросткам от 12 лет по 5 мг 1 раз в сутки. **Левоцетиризин** (код АТХ: R06AE09) детям в возрасте от 2 до 6 лет по 1, 25 мг 2 раза в сутки; взрослым и детям старше 6 лет по 5 мг 1 раз в сутки.

Лоратадин (код АТХ: R06AX13) детям в возрасте от 2 до 12 лет при массе тела 30 кг и менее по 5 мг 1 раз в сутки, при массе тела более 30 кг – 10 мг 1 раз в сутки; взрослым и подросткам старше 12 лет по 10 мг 1 раз в сутки.

Фексофенадин (код АТХ: R06AX26) детям в возрасте от 6 до 11 лет 30 мг 1 раз в сутки; взрослым и подросткам старше 12 лет 120 мг в сутки.

Цетиризин (код АТХ: R06AE07) детям в возрасте от 6 до 12 месяцев по 2,5 мг 1 раз в сутки; детям в возрасте от 1 года до 2 лет по 2,5 мг 2 раза в сутки; детям в возрасте от 2 до 6 лет по 2,5 мг 2 раза в сутки или 5 мг 1 раз в сутки; взрослым и детям старше 6 лет по 5-10 мг 1 раз в сутки.

Эбастин (код АТХ: R06AX22) взрослым и подросткам старше 12 лет по 10-20 мг 1 раз в сутки (существует сублингвальная быстродиспергируемая форма).

Рупатадин (код АТХ: R06AX28) взрослым и подросткам старше 12 лет по 10 мг 1 раз в сутки.

Биластин (код АТХ: R06AX29) взрослым и подросткам старше 12 лет по 20 мг 1 раз в сутки.

Не рекомендуется пациентам с АР назначать антигистаминные средства системного действия с седативным эффектом (первого поколения) с учётом наличия у них выраженных побочных эффектов.

Несмотря на рекомендации применения антигистаминных средств системного действия без седативного эффекта (последнего поколения) для лечения пациентов с АР, в практической деятельности имеет место применение антигистаминных средств системного действия с седативным эффектом (первого поколения). Практически все АГ первого поколения помимо антагонистического действия по отношению к Н1-рецепторам блокируют и другие рецепторы, в частности мускариновые, серотониновые, допаминовые, что приводит к развитию ряда побочных эффектов. Наиболее часто регистрируемыми побочными эффектами являются седация, сонливость, головокружение вследствие проникновения лекарственных средств через гематоэнцефалический барьер и связывания там гистаминовых рецепторов. Гистамин является важным медиатором в ткани головного мозга, участвуя в регуляции цикла сна и бодрствования, общепсихической активности, психических функций и аппетита. Антигистаминные средства системного действия с седативным эффектом (за исключением доксиламина) угнетают REM (rapid eye movement) фазу сна, после чего вызывают выраженный синдром отмены REM-фазы – повышение её количества и интенсивности. В результате сон становится прерывистым (фрагментация сна), нарушается сердечный ритм, развивается тканевая гипоксия и нарушение дыхания во сне (апноэ). Это приводит к дневной сонливости, снижению дневной активности и нарушению когнитивной функции. При апноэ во сне повышается риск внезапной смерти.

Рекомендуется всем пациентам АР рассмотреть возможность назначения назальных противоаллергических препаратов (интраназальных антигистаминных препаратов) с целью быстрого уменьшения выраженности основных симптомов АР.

Интраназальные антигистаминные препараты могут назначаться в качестве монотерапии и в комбинации с другими препаратами. Данный класс препаратов характеризуется быстрым началом действия (в течение первых 30 минут и высокий профиль безопасности). К побочным эффектам можно отнести сухость слизистой.

Азеластин (код АТХ: R01AC03) спрей назальный дозированный, взрослым и детям старше 12 лет по 2 дозы (140 мкг/0,14 мл) в каждый носовой ход 2 раза в сутки. При необходимости взрослым и старше 12 лет по 2 дозы (280 мкг/0,28 мл) в каждый носовой ход 2 раза в сутки. Применяется до прекращения симптомов и подходит для продолжительного применения, но не более 8 недель непрерывного лечения.

Левакабастин (код АТХ: R01AC02) спрей назальный дозированный, взрослым и детям старше 6 лет по 2 дозы (100 мкг) в каждый носовой ход 2 раза в сутки, при более выраженных симптомах возможно использование 3–4 раза в сутки. При отсутствии клинического эффекта через 3 дня применение препарата прекращается. При наличии клинического эффекта применяется до прекращения симптомов.

Рекомендуется пациентам со средним, средне-тяжёлым и тяжёлым течением АР, особенно с выраженной назальной обструкцией, рассмотреть возможность назначения назальных препаратов кортикостероидов (код по АТХ R01AD, интраназальных глюкокортикостероидов) с целью уменьшения заложенности носа, зуда в полости носа, чихания, ринореи.

Интраназальные глюкокортикостероиды (ИНГКС) превосходят по силе действия антигистаминные средства системного действия и кромоглициевую кислоту (назальный препарат), эффективно уменьшают выраженность таких симптомов, как заложенность носа, зуд, чихание, ринорея за счёт выраженного противоаллергического, противовоспалительного и сосудосуживающего действия.

Также отмечено положительное действие ИНГКС на глазные симптомы у пациентов с АР в сочетании с аллергическим конъюнктивитом за счёт торможения назоокулярного рефлекса.

К побочным эффектам ИНГКС можно отнести сухость слизистой, носовые кровотечения, редко – перфорация носовой перегородки. С целью профилактики побочных реакций необходимо обучение пациента технике применения ИНГКС.

Мометазон (код АТХ: R01AD09) спрей назальный дозированный взрослым и детям старше 12 лет по 2 дозы (100 мкг) в каждый носовой ход 1 раз в сутки (200 мкг/сут). После достижения желаемого лечебного эффекта для поддерживающей терапии целесообразно уменьшение дозы до 1 (50 мкг) в каждый носовой ход раз в сутки (100 мкг/сут). При необходимости суточная доза может быть увеличена до 4 доз (200 мкг) в каждый носовой ход раз в день (400 мкг/сут). После уменьшения симптомов реко-

мендуется снижение дозы. Детям с 2 до 12 лет по 1 дозе (50 мкг) в каждый носовой ход раз в сутки (100 мкг/сут).

Флутиказона фураат (код АТХ: R01AD12) спрей назальный дозированный взрослым и детям старше 12 лет по 2 дозы (55 мкг) в каждый носовой ход раз в сутки (110 мкг/сут). После достижения желаемого лечебного эффекта для поддерживающей терапии целесообразно уменьшение дозы до 1 (27,5 мкг) в каждый носовой ход раз в сутки (55 мкг/сут). Детям с 2 до 12 лет по 1 дозе (27,5 мкг) в каждый носовой ход раз в сутки (55 мкг/сут). При необходимости доза может быть увеличена до 2 доз (55 мкг) раз в сутки (110 мкг/сут). После достижения желаемого лечебного эффекта для поддерживающей терапии целесообразно уменьшение дозы до 1 (27,5 мкг) в каждый носовой ход раз в сутки (55 мкг/сут).

Флутиказон (флутиказона пропионат) (код АТХ: R01AD08) спрей назальный дозированный взрослым и детям старше 12 лет по 2 дозы (100 мкг) в каждый носовой ход раз в сутки (200 мкг/сут). После достижения желаемого лечебного эффекта для поддерживающей терапии целесообразно уменьшение дозы до 1 (50 мкг) в каждый носовой ход раз в сутки (100 мкг/сут). Детям с 4 до 12 лет по 1 дозе (50 мкг) в каждый носовой ход раз в сутки (100 мкг/сут).

Будесонид (код АТХ: R01AD05) спрей назальный дозированный взрослым и детям старше 6 лет по 2 дозы (100 мкг) в каждый носовой ход 2 раза в сутки (400 мкг/сут). После достижения желаемого лечебного эффекта для поддерживающей терапии целесообразно уменьшение дозы до 1 (50 мкг) в каждый носовой ход 2 раза в сутки (100 мкг/сут). Продолжительность применения не более 3 месяцев.

Беклометазон (код АТХ: R01AD01) спрей назальный дозированный взрослым и детям старше 6 лет по 1 дозе (50 мкг) в каждый носовой ход 2-4 раза в сутки (200-400 мкг/сут). После достижения желаемого лечебного эффекта для поддерживающей терапии целесообразно уменьшение дозы.

Рекомендуется пациентам с АР при необходимости сочетанного применения назальных препаратов противоаллергического действия и кортикостероидов (антигистаминных и кортикостероидов местного действия) рассмотреть возможность назначения кортикостероидов в комбинации с другими препаратами (назальных комбинированных препаратов, содержащих интраназальный антигистаминный препарат и кортикостероид) с целью уменьшения выраженности всех симптомов АР при сокращении количества используемых препаратов.

Комбинированные интраназальные антигистаминные и интраназальные глюкокортикостероиды (ИНГКС) сочетают действие обоих классов препаратов – быстрое начало действия и выраженный противовоспалительный эффект. Соответственно возможно развитие побочных эффектов, характерные для обоих классов комбинируемых препаратов.

Флутиказон/азеластин (код АТХ: R01AD58) спрей назальный дозированный взрослым и детям старше 12 лет по 1 дозе (50 мкг флутиказона/137 мкг азеластина) в каждый носовой ход 2 раза в сутки.

Мометазон/азеластин (код АТХ: R01A) спрей назальный дозированный взрослым (от 18 лет) по 1 дозе (50 мкг мометазона/140 мкг азеластина) в каждый носовой ход 2 раза в сутки. Продолжительность курса лечения – 2 недели.

Рекомендуется всем пациентам с АР при любой степени тяжести рассмотреть целесообразность назначения антагонистов лейкотриеновых рецепторов с целью уменьшения заложенности носа, ринореи, зуда в полости носа, чихания.

За счёт специфического связывания с цистеинил-лейкотриеновыми рецепторами монтелукаст подавляет воспаление слизистой носа и бронхов, спровоцированное аллергеном и неспецифическими триггерами, обладает выраженным противоаллергическим и противовоспалительным действием, эффективен как в подавлении симптомов, так и с целью профилактики симптомов АР; антагонисты лейкотриеновых рецепторов (АЛР) уступают по эффективности кортикостероидам (местного, назального применения). Могут применяться как в качестве монотерапии, так и в комплексной терапии АР.

Монтелукаст (код АТХ: R03DC03) детям в возрасте от 2 до 6 лет по 4 мг (1 жевательная таблетка) раз в сутки; детям в возрасте от 6 до 15 лет по 5 мг (1 жевательная таблетка) раз в сутки; взрослым и детям старше 15 лет по 10 мг раз в сутки.

Рекомендуется пациентам с АР в сочетании с бронхиальной астмой рассмотреть возможность назначения антагонистов

лейкотриеновых рецепторов с целью реализации противоаллергического, противовоспалительного и противоастматического действия.

Назначение монтелукаста при сочетании АР с бронхиальной астмой позволяет контролировать симптомы как аллергического ринита, так и бронхиальной астмы и избежать полипрагмазии. Длительность курсового лечения составляет от 1 до 3 месяцев и более. Согласно инструкции, к медицинскому применению лекарственного препарата монтелукаст ограничений по длительности терапии АР нет.

Рекомендуется пациентам с лёгкой степенью тяжести АР назначение кромоглициевой кислоты (назальный препарат) с целью уменьшения чихания, ринореи и заложенности носа.

Кромоглициевая кислота (назальный препарат) обладает стабилизирующим действием на мембраны тучных клеток, эффективность ниже, чем у антигистаминных средств системного действия, антагонистов лейкотриеновых рецепторов и кортикостероидов (местного, назального применения), отличается высокой безопасностью.

Кромоглициевая кислота спрей назальный дозированный, взрослым и детям старше 5 лет по 1 дозе (2,8 мкг) в каждый носовой ход 4 раза в сутки (22,4 мкг в сутки). При необходимости по 1 дозе (2,8 мкг) в каждый носовой ход 6 раз в сутки (33,6 мкг/сут). После достижения терапевтического эффекта частоту применения можно уменьшить и использовать только при контакте с аллергеном. Курс лечения – 4 недели.

Рекомендуется пациентам с обострением АР и выраженной назальной обструкцией применение адреномиметиков для местного применения (симпатомиметики, сосудосуживающие средства, стимуляторы альфа-1-адренорецепторов, деконгестанты) коротким курсом от 3 до 7 дней с целью уменьшения заложенности носа.

Оказывают влияние на симпатическую регуляцию тонуса кровеносных сосудов за счёт действия на адренергические рецепторы. Кратковременное применение местных препаратов не приводит к функциональным или морфологическим изменениям.

Оксиметазолин (код АТХ: R01AA05) спрей назальный дозированный или капли для носа, взрослым и детям старше 6 лет по 1-2 дозе 0,05%-ного раствора в каждый носовой ход 2-3 раза в сутки. Детям от года до 6 лет по 1-2 капли 0,025%-ного раствора в каждый носовой ход 2-3 раза в сутки. Младенцам до 4 недель по 1 капле 0,01%-ного раствора в каждый носовой ход 2-3 раза в сутки, с 5-й недели жизни и до года по 1-2 капли 0,01%-ного раствора в каждый носовой ход 2-3 раза в сутки. Препарат применяется 3-4 дней.

Ксилометазолин (код АТХ: R01AA07) спрей назальный дозированный или капли для носа, взрослым и детям старше 6 лет по 1 дозе 0,1%-ного раствора в каждый носовой ход 1-3 раза в сутки. Детям от 2 до 6 лет по 1 дозе 0,05%-ного раствора в каждый носовой ход 1-2 раза в сутки. Препарат применяется не более 5-7 дней.

Не рекомендуется пациентам с АР использование длительных курсов адреномиметиков для местного применения (деконгестантов) для лечения АР в связи с риском развития побочных эффектов и медикаментозного ринита.

Длительное использование (более 10 дней) подобных препаратов может сопровождаться тахифилаксией, отёчностью слизистой оболочки носа и развитием медикаментозного ринита.

Рекомендуется пациентам с обострением АР при выраженной назальной обструкции и необходимости сочетанного применения назальных препаратов противоаллергического действия (антигистаминных средств) и адреномиметиков (деконгестантов) местного применения рассмотреть вопрос о назначении назальных комбинированных препаратов, содержащих адреномиметик и антигистаминный препарат местного действия коротким курсом (до 7 дней) с целью быстрого уменьшения заложенности носа при сокращении количества используемых препаратов.

Используются как симптоматическая терапия для быстрого уменьшения заложенности носа:

Фенилэфрин/диметинден (код АТХ: R01AB01) спрей назальный дозированный или капли для носа. Взрослым и детям старше 6 лет по 1-2 дозе спрея или по 3-4 капли в каждый носовой ход 3-4 раза в сутки. Детям от года до 6 лет только в виде капель назальных по 1-2 капли в каждый носовой ход 3-4 раза в сутки, до года по 1 капле в каждый носовой ход 3-4 раза в сутки.

(Окончание следует.)

«Шайбу, шайбу!» – неистовствуют трибуны. И этот призыв вдохновляет игроков команды Екатеринбургского центра МНТК «Микрохирургия глаза» более, чем что-либо. Ведь в зале сотни не просто болельщиков – коллег, с которыми завтра здороваться в коридорах, засесть на совещаниях, находиться за операционным столом. И подвести их невозможно ни на работе, ни на хоккейном корте.

И даже если значимых побед на счету не так много, стремление выложиться по полной, расти и совершенствоваться, воля к победе – дорогого стоит.

Проба пера

Заместитель генерального директора по хирургии и лечебному контролю, офтальмохирург, кандидат медицинских наук, заслуженный врач РФ Олег Фечин хорошо помнит тот день, когда к нему в кабинет заглянул заведующий вычислительным центром Антон Жигальский и сообщил, что несколько сотрудников центра начали играть в хоккей, а потом неожиданно предложил: «Олег Борисович, а вы не хотите с нами?»

О.Фечин признался, что последний раз стоял на коньках в 1988 г., когда играл в хоккей в дворовой команде. Но оказалось, что и остальные энтузиасты примерно с такой же подготовкой: гоняли в детстве шайбу во дворах. Профессионально никто не занимался. Тогда отчего бы и не попробовать? Тем более, что и напряжённый ритм работы в клинике, и недостаточность движения, физических нагрузок буквально подталкивали к занятиям спортом.

«Мы самостоятельно нашли небольшой крытый каток в городском развлекательном центре «Луна», предназначенный правда, не столько для хоккея, сколько для обычного массового катания, – рассказывает О.Фечин. – В этой маленькой «коробочке» и проходили первые тренировки».

Первый капитан команды, ведущий научный сотрудник, офтальмохирург, доктор медицинских наук Виктор Казайкин характеризует их как пробу пера, когда не совсем уверен, что новое дело понравится. Но люди потянулись, и занятия становились всё серьёзнее.

По словам организаторов команды, вначале и речи не было о настоящей хоккейной форме и каждый приносил что мог: перчатки, какую-то защиту, нашли свои старые клюшки. Даже без шлемов катались.

Вскоре стали тренироваться дважды в неделю, потом всё больше и больше коллег начало вовлекаться в это занятие, и со временем набралась команда даже не на две, а на три «пятерки». Тогда решили, что готовы сыграть и с другими хоккеистами. В.Казайкин договорился о товарищеском матче с одной командой из городской хоккейной лиги. И спортивным опытным ребятам проиграли со счётом 1 : 17!

Кого-нибудь другого, возможно, проигрыш сильно огорчил бы или выбил из колеи. Но людей, привыкших на рабочем месте ежедневно добиваться не просто результатов, а побед, только воодушевил. «Все встрянули и завелись, – комментирует О.Фечин. – И поняли: надо начинать серьёзно тренироваться».

Тем не менее, саму игру все вспоминают с юмором: «Тогда ещё на коньках еле стояли, а наш анестезиолог, крупный, высокий, с объёмной хоккейной формой на себе, закатился и упал в воротах».



О.Фечин и О.Шиловских

Душевное дело

В хоккей играют настоящие врачи

Их задача – завоевать «Кубок Гиппократы»

«Я не болельщик хоккея. Смотрю только игры чемпионатов мира и нашей команды. Во всех выездах участвую. Важно то, что команда возникла не по разнарядке сверху. Почти 10 лет назад они сами собрались, сами купили себе снаряжение и форму (уж какую смогли), сами договаривались насчёт площадок и игр. Причём интересно также, что практически никто до этого хоккеем не занимался. Но вот придумали, решили – и встали на коньки! А сейчас они известны всему коллективу, городу, области, а с турниром «Кубок Гиппократы» и всей стране».

Олег ШИЛОВСКИХ,
генеральный директор Екатеринбургского центра МНТК «Микрохирургия глаза», главный офтальмолог Свердловской области

Ему кричат: вставай! Борьба у ворот, шум. Один из членов команды, прикинув размеры игрока и ворот, говорит: нет, лучше лежи! Мол, так пользы для команды больше...», – смеётся О.Фечин.

А если серьёзно, то после этой игры пришло понимание другого подхода к тренировкам. Начались поиски подходящего корта, что по тем временам было целой проблемой. Непросто оказалось ещё и оптимальное время взять. Ведь приходиться на тренировку в 11 часов вечера после трудового дня сложновато.

«С помощью добрых связей, в том числе, и с известными ветеранами хоккея, которые много лет играли в клубе «Автомобилист», удалось решить многие вопросы, – говорит В.Казайкин. – Особенно мы благодарны мастеру спорта Виктору Авдееву. Он помог арендовать профессиональный корт «Спартаковец», причём в хорошее время».

Наша команда считает своим первым тренером Игоря Степанова, работавшего в центре охраны. К сожалению, после тяжёлой болезни его не стало. Но именно с его приходом мастерство команды стало возрастать...

Когда на матч пришёл директор...

А однажды игроки команды «Микрохирургия глаза» увидели на трибуне болельщиков своего

«Победа – сладкое слово, ты её ждёшь, к ней стремишься, на неё настраиваешься. Мы стали играть уже не в «дворовый», по принципу «бей-беги», а в позиционный хоккей, который позволяет добиваться определённых результатов»

Антон ЖИГАЛЬСКИЙ,
заведующий вычислительным центром Екатеринбургского центра МНТК «Микрохирургия глаза», капитан хоккейной команды

«Я знал, что ребята уже довольно долго тренируются, играют, – говорит О.Шиловских. – И лет 8 назад поехал на ледовую арену посмотреть на них. И что вижу: на трибуне сидит пара жён, ждут своих хоккеистов. А те одеты кто во что горазд – полный разнобой. Но в свитерах с изображением глаза! Заказали на свои деньги. Азарт и желание, с которым ребята играли, меня впечатлил».

тренера. Искали долго, и тут один из игроков, врач центра привёл Максима Полухина, который, как и поддержавший медиков в самом начале В.Авдеев, тоже играл в «Автомобилисте». Сначала он просто занимался со всеми на равных, но при этом что-то подсказывал, объяснял. И в конце концов согласился стать тренером. Началось становление команды как таковой.

На следующий день генеральный директор пригласил к себе О.Фечина. Поговорили о возможностях развития команды. Ведь в центре ещё есть желающие присоединиться, но пока нет возможности купить экипировку, она ведь не из дешёвых. Тогда О.Шиловских решил: центр возьмёт на себя оплату аренды льда и всю экипировку: приобретение клюшек, коньков, фирменных свитеров и т.п. И с этого момента у хоккейной команды «Микрохирургия глаза» началась новая жизнь. А генеральный директор, по его собственному признанию, не пропускает ни одного матча, вместе со всеми болеет за «наших».

Подобная моральная и материальная поддержка стала предпосылкой для приглашения в команду профессионального

«Наш тренер глубоко понимает суть игры, происходящие процессы, тонко чувствует в каком состоянии – физическом и психологическом находятся игроки, и может этим делом успешно управлять: одних отправив поспать отдохнуть, на других возложив больше ответственности и нагрузки», – говорит Антон Жигальский. Ему со временем передал руководство командой В.Казайкин, считая, что, во-первых, свою «административную» миссию выполнил: команда встала на ноги, уже надо решать другие задачи. Сейчас важнее (и это во-вторых) психологический климат в коллективе, который новому капитану удаётся успешно поддерживать. И в-третьих, авторитет команды стал настолько высоким, что она теперь является для коллектива буквально центром притяжения. Именно благо-



Острый момент на турнире «Кубок Гиппократы»



Болеельщики на трибунах Олимпийской «Шайбы»

даря ей праздник «ФевроМарт» превратился в долгожданное и всегда яркое событие для всего коллектива центра.

Что за праздник «ФевроМарт»?

Уже много лет у сотрудников Екатеринбургского центра «Микрохирургия глаза» есть свой особый праздник – «ФевроМарт», который отмечается как раз в промежутке между Днём защитника Отечества, 23 февраля, и Международным женским днём, 8 марта.

Идея развернуть праздник вокруг соревнований с участием команды центра и дать возможность всем не только побыть игроками и болеельщиками, но и прекрасно отдохнуть, принадлежит генеральному директору. Ведь в программу входят не только хоккейный матч, но и бассейн, праздничный обед, прогулки. Получается семейный праздник, куда сотрудники приезжают со своими близкими и друзьями.

В рамках праздника ежегодно проводятся товарищеские встречи. Первым спарринг-партнёром была знакомая нам команда «Альфа-Антитеррор», с которой «Микрохирургия глаза» сыграла на базе хоккейного клуба «Автомобилист» в Курганово, излюбленном месте проведения «ФевроМарта». К восторгу игроков уже на первый «ФевроМарт» приехало более пятисот болеельщиков.

Потом были выезды в Верхнюю Пышму, Каменск-Уральский, Реж, где играли с местными городскими командами. Встречались в Челябинске с командой «Дантис-ты». В нынешнем году из Тюмени приезжала команда «Эскулапы», товарищеская встреча с которой тоже состоялась в Курганово.

«Наши болеельщики – это отдельная категория, особенно девушки, – с улыбкой говорит О.Фечин. – Они так неистово,

до хрипоты подбадривают нас на матчах, что порой наутро говорить не могут. В центре даже есть фан-клуб, где готовят плакаты, вувузелы, трещотки, дудки и другую непрременную атрибутику болеельщика».

При этом А.Жигальский считает, что эмоции, которые болеельщики получают на корпоративных выездах, в обычной жизни труднодоступны.

«Когда ты смотришь матч и болеешь за свою команду вместе со всеми, от души – это позволяет людям сблизиться, отойти от какой-то обычной жизни и ощутить эмоции, которые можно получить только на таких ярких мероприятиях», – говорит он.

При этом генеральный директор, будучи большим любителем искусств (он входит в наблюдательный совет Свердловской филармонии, а сам центр является спонсором выступлений филармонического оркестра и раз в 5 лет приглашает на свои юбилеи Дениса Мацуева) старается в программу выездов в большие города включить ещё и культурно-развлекательную часть: музеи, театры, боулинги. А самое главное: сотрудников центра, желяющих «болеть» за коллег и просто вместе проводить свободное время, становится всё больше и больше.

Важно и престижно

Три года назад, в «Микрохирургии глаза» узнали о Всероссийском хоккейном турнире среди врачей «Кубок Гиппократ», который организовали в Сочи два доктора – Андрей Баранов из Новороссийска и Павел Журавлёв из Москвы. И загорелись: а не поучаствовать ли и нам? Но для набора команды сил было маловато.

Сейчас в команде больше 15 человек – это сотрудники раз-

личных служб Екатеринбургского центра МНТК «Микрохирургия глаза», среди которых только 6 врачей: офтальмохирург, руководитель рефракционно-лазерного центра Борис Лаптев, анестезиолог Сергей Берсенёв, витреоретинальный хирург Андрей Клеймёнов, офтальмохирург пластического отдела Константин Наумов, офтальмохирурги Андрей Ободов и Олег Фечин. А на «Кубке Гиппократ» довольно жёсткие требования: участвовать могут только врачи, имеющие дипломы, подтверждённые сертификаты, и не имеющие опыта участия в профессиональных хоккейных турнирах. Тем не менее, в 2019 г. на турнир заявились и

учреждений области и даже из других регионов. Уже несколько лет приезжает в Екатеринбург потренироваться и поиграть с коллегами офтальмохирург из Новосибирского филиала МНТК «Микрохирургия глаза» Игорь Исаков, вместе с ними выступающий на «Кубке Гиппократ». Так что это тоже оказалась сборная, объединившаяся вокруг Екатеринбургского центра «Микрохирургия глаза», который теперь хорошо известен не только среди офтальмологов, но и среди любителей хоккея.

В следующем году – юбилейный 5-й турнир «Кубка Гиппократ». На него, по словам организаторов, ожидается приезд 10 команд. В том числе, возможно из Бело-

формуле, чтобы с радостью шли на работу и с такой же радостью домой. Если для первой части поговорки можно создать какие-то условия, то как быть со второй? Дело здесь личное. Но, на самом деле, руководство центра и над этим работает. Совместные выезды на природу, соревнования (а до недавнего времени практиковались даже массовые выезды на моря с поддержкой профкома) обеспечивают и домашнее единение. А корпоративное – тем более.

«Мы стараемся, чтобы людям было комфортно работать. Чтобы у всех между собой складывались хорошие взаимоотношения. Нормальные, деловые. Не обязательно ходить в гости. Но когда рад видеть коллегу – это много значит», – уверен О.Шиловских.

Если же говорить о наших хоккеистах, то они за эти годы стали настоящими друзьями. Поздравляют друг друга с праздниками, переписываются в общем чате, общаются и вне работы. Всё более дружным становится и фан-клуб, объединивший их жён, детей, родственников, коллег, которые приходят на все мероприятия, ездят на игры, болеют за ребят и поддерживают в различных ситуациях. Особенно капитан команды подчёркивает важность общения в... раздевалке.

«Болеельщики видят только внешнюю картинку, определённый итог, – говорит он. – А отношения между игроками формируются именно в раздевалке, где все равны, независимо от званий и статусов. Там всегда хорошо, весело, а это значит: нам приятно друг с другом. Иногда кажется, что мы ходим не столько играть в хоккей, сколько ради этих минут общения».

Отрадно, что игра в хоккей становится привлекательна и для подрастающего поколения. Им начали заниматься дети и внуки некоторых сотрудников. Для них, по мнению «старших товарищей», это становится ещё и школой жизни, поведения, общения. При этом популярность команды среди медицинских работников города и области растёт.

Генеральный директор центра уверен, что побед у команды будет всё больше и больше. «Если мы классно оперируем (а он продолжает быть практикующим хирургом. – А.Ж.), мы должны во всём быть лучшими», – считает О.Шиловских.

Алёна ЖУКОВА,
к.р. «МГ».

Москва –
Екатеринбург.



«Хоккей – это командная игра, где один человек в принципе ничего не может решать, даже отличный вратарь. Только все вместе. Это взаимная связь, понимание друг друга. Наша работа – такая же командная. Где в одной связке – и врачи, и операционные сёстры, инженеры, и водители... Одним словом, все – от генерального директора до санитарки».

Олег ФЕЧИН,

заместитель генерального директора по хирургии и лечебному контролю Екатеринбургского центра МНТК «Микрохирургия глаза», капитан хоккейной команды врачей «Микрохирургия глаза»

в конце марта – начале апреля 2020 г. собрались ехать, купили билеты, забронировали отель. Но за 5 дней до вылета был объявлен локдаун, все массовые мероприятия отменились. Турнир был перенесён на 2021 г., и в октябре прошлого года екатеринбуржцы смогли, наконец, впервые на нём побывать.

«Тогда среди 6 команд мы заняли почётное 5-е место, опередив сборную команду врачей из Санкт-Петербурга, – вспоминает О.Фечин. – И в этом году тоже пятое! Но из 10 возможных. В кубке, помимо нас, участвовали врачи из разных регионов России: Москвы, Санкт-Петербурга, Ярославля, Тюмени, Челябинска, Перми».

Он сожалеет, что немного не хватило удачи: проиграли всего одну игру в своей группе. До этого одну выиграли, а две важные, когда победа вроде бы была совсем рядом, свели вничью. Правда, снова обыграли тех же питерцев, и они пообещали на следующем турнире дать решительный бой «Микрохирургии глаза».

«Уникальность нашей команды в том, что она существует на базе одной медицинской организации. Такого в России больше нигде нет, на «Кубок Гиппократ» приезжают все команды сборные», – подчёркивает В.Казайкин.

Поскольку не все участники команды врачи, для поездки в Сочи привлекли медиков из лечебных

руссии и Казахстана. Игроки уже вовсю готовятся к этому мероприятию. Ведь оно не только важное и престижное, но и оставляет незабываемые впечатления.

«Когда на олимпийских аренах выходишь на лёд в качестве игрока, поднимаешь голову и смотришь на трибуны, на зал, огромный, как Колизей, где сверху льются потоки света и звучит гимн – возникает непередаваемое эмоциональное состояние. Кажется, что участвуешь в Олимпийских играх», – делится А.Жигальский.

По словам О.Шиловских, на «Кубок Гиппократ» в октябре 2022 г. отправили не только хоккеистов, но и компанию болеельщиков на все матчи; на неделю центр отрядил туда и пиар-группу, чтобы снимали «для истории». А в пятницу после работы полтора десятка сотрудников сели на самолёт и за свой счёт полетели в Сочи. Никого, разумеется, никто не заставлял! Побывали на турнире, вместе с коллегами и семьями чудесно провели выходные «на юге».

Единая команда

О.Фечин отмечает: за многие годы в центре сформирован особый корпоративный дух, и эти традиции здесь стараются соблюдать и сохранять. Одним словом, как в той известной



Хоккейная команда МНТК «Микрохирургия глаза»

В Минске состоялась международная научно-практическая конференция «Здоровье и окружающая среда», на которой выступил директор Белорусского научно-практического центра гигиены, доцент, кандидат медицинских наук Сергей СЫЧИК. Научно-практический центр гигиены, отпраздновавший недавно 95-летие своего создания, решает задачи первостепенной важности. Гигиена и эпидемиология, профилактическое направление науки и здравоохранения, играющие огромную роль в снижении заболеваемости и предотвращении смертности населения республики, всегда находились в центре внимания его сотрудников. Главный редактор «Медицинской газеты» Алексей ПАПЫРИН попросил руководителя центра назвать основные вехи развития гигиенической науки, служащей на благо здоровья и безопасности населения Республики Беларусь.

– Сергей Иванович, начнём разговор о ваших коллегах, которые, как и вы, решают задачи первостепенной важности...

– Да, мы работаем в тесном контакте с Белорусским государственным медицинским университетом, Национальной академией наук, Республиканским центром гигиены, эпидемиологии и общественного здоровья. В этом плане мы – единая команда, оперативно реагирующая на жизненные запросы в гигиене и эпидемиологии. Ни в коем случае нельзя забывать, что это наши общие достижения: республиканского, областных и Минского городского центров гигиены, эпидемиологии и общественного здоровья, медицинских учреждений образования, научно-практических центров и ряда других организаций под руководством Министерства здравоохранения республики. В последнее время 2 ключевых события повлияли на деятельность центра. Это достаточно серьёзная либерализация республиканской экономики и пандемия COVID-19. Именно они, наряду с классическими ключевыми направлениями деятельности, стали триггерами движения вперёд.

Но вернёмся на 5 лет назад. Декретом Президента № 7 от 2017 г. «О развитии предпринимательства» была серьёзно реорганизована система законодательного регулирования обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения. Им были установлены общие санитарно-эпидемиологические требования и гигиенические нормативы. К 2021 г. на основе 79 действующих документов по санитарно-гигиеническому нормированию подготовлен комплексный документ, включающий 32 раздела гигиенических нормативов, охватывающий практически все сферы нормирования факторов среды обитания, в том числе и продукции. Этот документ – результат почти 5-летнего периода нашей работы. В нём серьёзный пересмотр всей нормативки, основанный на научности, экспертной оценке, целесообразности снятия барьеров для развития экономики, уточнения практики применения технических регламентов ЕАЭС.

Кроме того, в рамках заданий научных программ были актуализированы 39 показателей в области питьевой воды, нормированы светодиодные источники освещения, показатели безопасности органической и асбестосодержащей пыли в воздухе рабочей зоны, гигиенические нормативы шума и вибрации на рабочих местах, безопасности изделий медицинского назначения.

В ноябре 2022 г. постановлением Совета министров республики приняты дополнения и изменения в гигиенические нормативы, в том числе в части радиационной безопасности населения, персонала и пациентов в целях реализации закона республики «О радиационной безопасности». И это не «мёртвый», а динамично развивающийся инструмент государственного санитарного надзора.

Основой для гигиенического нормирования являются наши научные проекты в рамках отраслевых и государственных про-

Наша коллеги

Во благо здоровья и безопасности Центр гигиены – дыхание времени



Из досье «МГ»

С.Сычик окончил Минский государственный медицинский университет. Защитил кандидатскую диссертацию на тему «Оценка действия радиоактивного йода на внутриутробное развитие плода и состояние здоровья родившихся детей». Сегодня он имеет почти 30-летний стаж врача-гигиениста. Занимается исследованиями в этой области, результаты которых отражены в печатных трудах. Работа в направлении снижения заболеваемости и предотвращения смертности белорусского населения продолжается.

грамм. Кроме этого, выполняем не менее 20-30 заданий иных государственных программ и до 80 НИР за счёт средств субъектов хозяйствования. Их формирование осуществляется на принципах преемственности, в соответствии с современными глобальными и региональными трендами, позволяет заниматься наиболее актуальными разработками.

За последние годы охват рассматриваемых вопросов и объём выполненных научных работ очень большой.

– В каких технологиях вы являетесь первопроходцами?

– Хочу особо отметить такие направления исследований как нормирование запахов в атмосферном воздухе, шум транспортных магистралей, цветение водных объектов и рассеивание выбросов предприятий, что особо актуально в условиях изменяющегося климата.

Гигиеническая регламентация биоразлагаемой упаковки, оценка рисков изделий медицинского назначения, радиационно-гигиенический мониторинг, испытания медицинских масок и респираторов, а также разработка высокоточных и высокочувствительных методов определения химических веществ в объектах среды и продукции будут реализованы в заданиях программы. А внедрение практическим здравоохранением наших разработок позволит добиться высокого социально-экономического эффекта за счёт предотвращения заболеваний, ассоциированных со средой обитания и поведенческими рисками.

Безусловно, знаковое событие, которое повлияло на нашу деятельность, – начало пандемии COVID-19 в республике в феврале 2020 г. Этот период характеризовался мобильностью и гибкостью принятия решений органами государственного управления, основанных на научных данных и экспертных оценках. Вопросы профилактики, эпидемиологии, гигиены и безопасности вышли на передний план. Санитарно-эпидемиологической службой

оперативно было разработано более 70 технических нормативных правовых актов (ТНПА) в рамках борьбы с пандемией. Ведущая роль определялась службой во главе с Республиканским центром гигиены, эпидемиологии и общественного здоровья.

В рамках выполнения решений республиканского Правительства в центре была создана и аккредитована лаборатория прикладной токсикологии и безопасности из-

холодной плазмы, лазера, ультрафиолетового излучения, комплексов физических и химических факторов. Показаны результаты наиболее эффективных способов и режимов обеззараживания, проведён сравнительный анализ методик. На нашем счету 3 учебные программы по вопросам безопасности медицинских изделий, СИЗ и дезинфекции, на которых было обучено более 100 человек. Это стало возможно благодаря

вания COVID-19 и иных инфекций. Практически мы первопроходцы в формулировании нового научного направления.

Особенно важно, что нами мобилизованы все имеющиеся ресурсы на борьбу с коронавирусом. Но ни на минуту не останавливались ключевые направления деятельности, о чём свидетельствуют результаты. Была продолжена работа отраслевой токсикологической лаборатории, оснащённой

современным высокоточным оборудованием.

За 2017-2022 гг. парк оборудования пополнился более чем на 200 единиц, включая 20 единиц дорогостоящей аппаратуры, за счёт собственных средств, средств республиканского бюджета и внебюджетного централизованного инвестиционного фонда Минздрава республики, что позволило внедрить уникальные для страны методы исследования для страны методы исследования для диоксианам, антибиотикам, пестицидам.

– Как я понимаю, у центра серьёзные планы, устремлённые в будущее?

– Разумеется, мы ощущаем дыхание времени и завтра будет нелегче, но не отступим от своего движения вперёд, в которое можем внести свой вклад. Продолжим работу по международной интеграции в рамках ЕАЭС и международных проектов. Кроме того, центр в рамках 4 НИР, финансируемых за счёт ЕЭК, разрабатывает методики определения химических веществ. За прошедший период было успешно реализовано 8 международных проектов. В двух сетевых проектах Евросоюза центр является «провайдером» на страновом уровне. Высокая оценка нашей работы донорами, репутация как надёжного партнёра позволила нам с каждым годом расширять международную деятельность.

Продолжены усилия по наращиванию потенциала в области химической безопасности, радиационной защиты и образования, что усиливает компетенции наших работников. Разработаны программы повышения квалификации, семинаров, стажировок на рабочих местах.

Подготовке кадров уделяем особое внимание. В прошлом году предложили курс программ по токсикологии для студентов медицинских и иных вузов. Этот добровольный курс реализован в виде учебного пособия, проводится в очно-заочном формате. За два года в обучении приняло участие немало студентов и аспирантов медицинских вузов, как из Белоруссии, так и из России.

Курс очень востребован, и мы хотели бы видеть более активную поддержку его деканатами медико-профилактических факультетов медицинских университетов. Это один из способов выявления талантливых студентов для кадрового резерва в науке.

Кадры – наша гордость. За 5 лет в нашем совете по защите диссертаций защитили 13 кандидатских и 2 докторских диссертаций. Мы гордимся ими. Мне всегда хочется поклониться своим коллегам за любовь к нашей профессии, преданность делу, неутомимость в работе.

тому, что центр первый и единственный среди медицинских учреждений здравоохранения и учреждений образования ещё в 2019 г. получил лицензию на заочное обучение.

Некоторые коммерсанты пытались заработать «лёгкие» и даже шальные деньги и, соответственно прикрываясь ковидом, требовали только положительных результатов испытаний для срочного допуска на рынки их продукции. Но главным принципом нашей работы было и остаётся изучение эффективности и безопасности данных изделий. Именно это обеспечивает безопасность медицинского персонала и населения.

Отмечу также разработанные типовые требования к медицинским респираторам; методические рекомендации по профилактике коронавирусной инфекции, по применению установок, генерирующих сухой туман, для дезинфекции воздуха, объектов внутренней среды помещений, средств индивидуальной защиты.

По нашей инициативе с целью оценки распространённости поведенческих факторов риска инфицирования COVID-19 среди населения специалистами центра в апреле 2020 г. проведено кросс-исследование с использованием онлайн-опроса (более 7 тыс. человек).

В мае прошлого года осуществлено поперечное исследование с использованием онлайн-опроса, в котором участвовали более 1300 человек, по вопросам восприятия риска здоровью и приверженности вакцинации против COVID-19 различных групп населения. Были выявлены ряд «тревожных» тенденций в части восприятия вакцинации, информированности и доверия к ней в некоторых социальных, возрастных и профессиональных группах.

Результаты этих двух исследований опубликованы в журнале «Анализ риска здоровью» и были использованы при планировании, реализации и оценке эффективности национальной стратегии вакцинопрофилактики и информационных кампаний по профилактике COVID-19 в республике, для отслеживания тенденций уровня восприятия риска здоровью, знаний, общественного доверия и приверженности населения вакцинации. Это может стать основой для осуществления более углублённых исследований по оценке вклада различных поведенческих факторов в формирование уровня риска инфициро-

ваний медицинского назначения. Был получен новый импульс для систематизации существующих и разработки новых нормативных и методических требований к изделиям медназначения, дезинфекционным средствам, технологиям обеззараживания. Расширена область аккредитации центра и закуплено современное оборудование для оценки безопасности и эффективности масок и респираторов медицинских по показателям эффективности бактериальной и вирусной фильтрации, воздухопроницаемости, брызгоустойчивости, бионагрузки и биосовместимости.

Центр один из первых в СНГ аккредитован на проведение испытаний масок по всем показателям безопасности в соответствии с ГОСТ и EN «Маски медицинские». Требования и методы испытаний». В условиях сложившейся эпидемической ситуации оперативно на безвозмездной основе были проведены испытания по показателям безопасности более 150 образцов изделий медицинского назначения и средств индивидуальной защиты, полученных в качестве иностранной безвозмездной помощи из разных стран.

Но мы не ограничились только испытаниями. Наши специалисты проводили консультации и буквально «в четыре руки», без проволочек работали с промышленностью – производителями СИЗ, дезинфицирующих средств и деконтаминаторов.

Отмечу успешное сотрудничество с государственной компанией «Техника связи» Госвоентпрома, с которой по поручению Президента Республики Беларусь А.Лукашенко и Министерства здравоохранения практические «с нуля» по совместным программам проведены серии испытаний материалов для производства масок и экспериментальных изделий. В кратчайшие сроки были запущены в производство отечественные маски самого высокого качества.

– Какие направления ещё ведутся в работе центра и являются ведущими?

– В рамках государственного и частного партнёрства создана экспериментальная модель и проведены серии испытаний отечественного деконтаминатора для обеззараживания СИЗ, масок, медицинской одежды и объектов окружающей среды, которые показали высокую эффективность на основе мелкодисперсной перекиши водорода.

Изучены различные способы дезинфекции с использованием

Точка зрения

Улица с односторонним движением

Гирудовеgetология – упрощённый аналог акупунктуры

Вегетативная нервная система (ВНС), как известно, иннервирует все внутренние органы, железы, в том числе эндокринные, гладкую мускулатуру, сосуды и сердце, подразделяется на симпатический и парасимпатический отделы, имеющие каждый центральные и периферические части. Ганглии пограничного симпатического ствола располагаются по обе стороны позвоночника, начиная от II шейного до I крестцового сегментов спинного мозга. Парасимпатические центры находятся на уровне II-V крестцовых сегментов.

Истоки ВНС расположены в окрестностях гипоталамуса, который определяют как «центр вегетативной интеграции организма» (Н.Гращенко, 1964; Б.Алешин, 1971). Парасимпатические импульсы (тормозящие, отрицательные) исходят из передних участков гипоталамуса, симпатические (возбуждающие, положительные) – из задних. Как видим, ВНС организована по принципу парадоксов (противовесов), впрочем, как и весь организм человека – свёртывающая и противосвёртывающая системы крови, спазм и дилатация, ферменты и их ингибиторы, статины-либерины, лево – и праворукающие спирали ДНК и т.д.

Известное об известном

Гипоталамус представляет собой наиболее древнее образование в организме, участвующее в регуляции таких функций, которые не претерпели изменений в ходе эволюции, и состоит из скопленных высококодифференцированных нейронов, образующих «ядра» гипоталамуса и проводящих путей. Нейронные скопления, не имеющие чётких границ, часто называют гипоталамическими полями или областями.

Функциональную активность гипоталамических нейросекреторных клеток контролируют различные отделы головного мозга. Особая система коммуникаций связывает гипоталамус с гипофизом: от крупноклеточных нейросекреторных ядер (супраоптического, паравентрикулярного) отходит мощный пучок волокон – супраоптический гипофизарный тракт, терминалы которого заканчиваются на сосудах задней «нервной» доли гипофиза. По этим волокнам распространяются не только нервные импульсы, но и нейрогормоны (вазопрессин, окситоцин), которые аккумулируются в нейрогипофизе и оттуда поступают в кровь. Как частный пример следовало бы упомянуть офтальмопатию при тиреоидных дисфункциях, имеющие центральный генез, обусловленный патологическими изменениями в супраоптических и паравентрикулярных ядрах гипоталамуса, а также в супраоптикогипофизарном тракте. Среди биологически активных соединений гипоталамуса, стимулирующих или тормозящих секрецию тропных гормонов аденогипофиза, описаны десять рилизинг-факторов: кортиколиберин, тиролиберин, люлиберин, фоллиберин, соматолиберин, соматостатин, пролактолиберин, пролактолиберин, меланолиберин, меланостатин, а также меланокортин, который через «ниши» больших полушарий активизирует деление и дифференцировку нейрональных стволовых клеток (НСК). Взаимодействие между трансденогипофизарным и парагипофизарным механизмами координируется гипоталамусом, который является мозговым центром и висцеральных, и вегетативных функций в целом, поэтому в нем замыкается объединение регуляции нервных и эндокринных информационных сигналов в общую нейроэндокринную систему. Симпатический и парасимпатический отделы ВНС управляют работой внутренних органов, обеспечивая локальный и общий гомеостаз.

Система блуждающего нерва регулирует деятельность органов,



Пациент К., 16 лет, саркома языка. Позади хирургия, три курса химиотерапии. Гирудовеgetология эвакуировала внутричерепные тромбы

создающих стандартные свойства и циркуляцию внутренней среды. Симпатический пограничный ствол, развившийся филогенетически позднее, изменяет эти стандартные условия гомеостаза и каждого органа в отдельности применительно к выполняемой ими функции в непрерывно меняющихся средовых влияниях. Это адаптационное значение симпатической нервной системы И.Павлов назвал трофической функцией, а Л.Орбели – адаптационно-трофической. ВНС иннервирует железы внутренней секреции и их инкреторную деятельность, а гормоны стимулируют вегетативно-висцеральный отдел, создавая единую нейрогуморальную циркуляцию и выступая в роли нейротрансмиттеров.

Всё возрастающий интерес

Интерес к функциональным особенностям ВНС не ослабевает в течение тысячелетий, то усиливается, то пропадает на века в периоды осознания бессилия в поисках способов управления вегетативными функциями.

Гален (131–201 г.) считал sympatricus частью блуждающего нерва, вероятно, имея в виду анастомоз между блуждающим нервом и первым шейным узлом пограничного симпатического ствола, поставив симпатический нерв в зависимость от блуждающего. Только Т.Виллис (1622–1675) отделил симпатический нерв от блуждающего и этим положил начало самостоятельности симпатической системы.

Термином ganglion обозначались кистозные опухоли, с которых это название было перенесено на утолщение симпатического нерва. Уже Галену были известны эти симпатические образования. Plexus ganglioformis существуют, но не как ганглии, а как нервные сплетения с рассеянными в них ганглиями.

Особенность X пары черепно-мозговых нервов (по Галену – Везалию – Фаллопию, VI пары) состоит в том, что она иннервирует все внутренние органы от головы до таза, притормаживая симпатические влияния. Анатомическое название vagus имеет совершенно иной смысл, нежели у римлян, которые подразумевали под ним нечто блуждающее, непостоянное, отклоняющееся. В анатомии vagus не блуждает, а идёт совершенно

прямо, не отклоняясь от нисходящего направления, от гипоталамуса до крестца. Следовательно, блуждает vagus во внутренней среде, отдавая предпочтение тому или иному внутреннему органу по сигналу из среды обитания.

Термин sympatricus впервые предложил профессор анатомии в Париже Я.Винслов (1669–1760). Сентиментальное название sympatricus является несколько изменённым греческим словом «сочувствующий» и основано на предположительной способности симпатических нервов обуславливать сочувствие, симпатию и согласие органов.

В 1862 г. Клод Бернар в эксперименте с полным разрушением спинного мозга установил отсутствие собственных афферентных нейронов вегетативной (симпатической) нервной системы, образующих афферентное звено истинных периферических рефлексов.

Однако позднее (1903) Дж.Ленгли выступил с опровержением экспериментальных доказательств К.Бернара, утверждая, что афферентные нейроны ВНС существуют в спинном мозгу, который он воздержался разрушать, чтобы повторить эксперимент К.Бернара. Вероятно, ослеплённое идеями нервизма сообщество неврологов тех лет согласилось с Дж.Ленгли по инерции существующего тогда мышления.

Имеет также значение отсутствие научных представлений об энергосистеме человека, которая и должна бы, по всей видимости, брать на себя обратную связь со средой обитания. В 90-е годы прошлого столетия академик РАН и РАН В.Казначеев (руководитель НИИ экологии человека, Новосибирск) подтвердил экспериментально связь человека со средой через ВНС, установил, что попавший в гипоталамус квант света распространяется по всей длине пограничного симпатического ствола. В эпоху информационного прорыва такой вывод очевиден и реабилитирует экспериментальные доказательства К.Бернара. Вегетологи единогласно рассматривают пограничный симпатический ствол как рефлекторную улицу с односторонним движением, от гипоталамуса вниз.

Многолетний опыт применения гирудовеgetологии органично адаптирует внешние влияния с процессами в гомеостазе, что позволяет квалифицировать метод как упрощённый аналог акупунктуры, доступный к исполнению любому специалисту, не побоявшемуся взять в руки пиявку и вызубившему несколько десятков локализаций симпатических ганглиев с зонами их влияния. Именно поэтому возникает надежда, что гирудовеgetология приносит перспективу прорыва во внутренней медицине.

Наиболее близкий нам в историческом плане вегетативный бум происходил в конце XIX – начале XX века. В 1885 г. А.Конан Дойль защитил диссертацию на звание доктора медицины «Вазомоторные изменения при сухотке спинного мозга и воздействие этого заболевания на симпатические связи нервной системы». В 1911 г. А.Котовщиков в Яузской больнице в Москве показал, что раздражение блуждающего нерва вызывает отёк лёгких у экспериментальных животных.

К и е в с к и й п р о ф е с с о р М.Лапинский выступил в свет работы: «По поводу отношения



Через 2 месяца от начала лечения. Пиявки на проекции гипоталамуса, верхнего шейного ганглия пограничного симпатического ствола. Восстановился волосяной покров

вазомоторов уха и сонной артерии к шейному симпатическому нерву» (1905), «Заболевание артерий, сопровождающееся длительным сужением их просвета и влекущее за собой понижение питания и даже омертвление орошаемой ею конечности, может вызвать страдание лежащего в этой же конечности нерва» (1906), «К вопросу о сочувственном страдании коленного и тазобедренного суставов при заболевании висцеральных органов» (1913).

Значительным событием в этой области стал выход в свет монографии «Вегетативная нервная система» (Л.Мюллер, Германия), два издания которой (1920, 1924) разошлись в течение нескольких месяцев. Этот труд до сих пор является настольной книгой вегетологов.

В последующие годы интерес к клиническим аспектам функций автономной нервной системы прокатился по всему западному миру. Среди отечественных клиницистов в этой области работали Г.Ланг, Д.Плетнёв, С.Давиденков, В.Хорошко, В.Терновский, Б.Могильницкий и др.

Существенно важные результаты в свете лечебного управления гипоталамическими функциями получены В.Стрельцовым (1931), Л.Орбели (1958). Ими были установлены влияния верхних шейных симпатических узлов на гипоталамус и гипофиз. Эта работа подчёркивает необходимость постановки пиявок на проекции верхних шейных ганглиев при гипоталамо-гипофизарных дисфункциях.

В середине 30-х годов прошлого столетия М.Мильман привёл доказательства в пользу вегетативной теории рака. Автор заведовал патолого-анатомическим отделением больницы водников в Баку и при аутопсиях обратил внимание на то, что у 100% пациентов, умерших от злокачественных новообразований, ложе гипоталамуса полностью заполнено жировой и фиброзной тканью. Прицельное облучение гипоталамуса у больных с различными локализациями рака слабыми дозами рентгеновских лучей улучшало результаты лечения. Этот факт свидетельствует о том, что злокачественные опухоли развиваются в условиях изоляции их хозяина от среды обитания. Позднее (1960–1970) предпринимались безуспешные попытки облучать гипоталамус у больных раком предстательной железы пучком протонов, что превращало в «зону пустыни» ствол головного мозга и его окрестности. Однако не был найден способ воздействия на ВНС, равный чжэнь-цзю – терапии. На сто лет западная медицина замерла перед проблемой по-

иска эффективного воздействия на структуры ВНС в клинических условиях. Теперь пиявка заявляет о своих правах на управление функциями как симпатического, так и парасимпатического отделов автономной нервной системы, начиная с гипоталамуса. Метод гирудовеgetологии доступен каждому, в отличие от акупунктуры, овладевает которой только специалисты со специфическими природными данными и сверхспособностями. Гирудовеgetология – это упрощённый аналог акупунктуры. Таким образом, гипоталамус является не только начальным звеном ВНС, но и управляет эндокринным гомеостазом, что явствует из перечня продуцируемых им рилизинг-факторов. Но включается в работу гипоталамус по сигналу из среды обитания, и все дальнейшие события во внутренней среде последовательно развиваются по цепочке.

В статье «Святость жизни и качество жизни» (см. «МГ» № 24 от 22.06.2022) автор увязывает её с вегетативными дисфункциями, устранять которые удастся лишь при условии признания существования энергосистемы человека с её семью основными психоэнергетическими центрами, в старославянской медицине обозначаемыми как корень, зарод, живот, сердца, горло, чело, родник, то есть нашу суть.

Как же современная медицина лечит вегетативные дисфункции?

Профессор Д.Плетнёв сто лет назад излечивал пациентов с грудной жабой, инъекция 70-градусный спирт паравертебрально в области Th 4-5 на глубину до 15 см. С его лёгкой руки ныне господствует радиочастотная деструкция симпатических ганглиев. Кардиохирурги пошли ещё дальше, придумали абляцию – скальпирование магистральных артерий от симпатических сплетений. Оскопляют sympatricus кто во что горазд.

В то же время гирудовеgetология взамен перечисленных методов реабилитирует симпатические структуры не только благодаря биохимизму пиявочной слюны, но разным авторам, содержащей от 120 до 500 биологически активных соединений, среди них ферменты гиалуронидаза, эластаза, коллагеназа, но и за счёт бактерии симбионта Aeromonas hydrophila, вегетирующей в желудочной кишке пиявки (дестабилизаторный комплекс и гирудин), что и обеспечивает феномен репаративной регенерации. Выше изложенные материалы иллюстрируем примером из собственной практики. На рисунках показаны случаи применения гирудовеgetологии у онкологического больного.

Таким образом, на наш взгляд несомненны терапевтические перспективы гирудовеgetологии как упрощённого аналога акупунктуры, что выносит на повестку дня необходимость глубокого научного исследования Hirudo medicinalis.

Владимир САВИНОВ,
советник по вопросам
здравоохранения президента
Академии национальной
безопасности,
кандидат медицинских наук.
Александр САВИНОВ,
хирург.

Осторожно!

Любовь женщин к косметике пагубно отражается на детях

Лаки для ногтей и некоторые другие косметические средства могут быть опасны для здоровья. И в первую очередь не столько для самих женщин, ими пользующихся, сколько для их будущих детей.

Удар ниже пояса

Первые серьезные данные об этом были получены почти 20 лет назад. Тогда в США влиятельная общественная организация «Рабочая группа по охране окружающей среды» (EWG) опубликовала доклад «Секреты красоты». Вот цитата из него: «Беременные, кормящие матери и все женщины, которые планируют завести детей, должны избегать любых косметических средств, на этикетке которых есть слово «фталаты». Они могут вызывать врожденные уродства. Больше всего от них страдают будущие мальчики, эти вещества наносят им удар ниже пояса – вызывают развитие пороков половой сферы. Но опасны они не только для плода, но и для маленьких детей, у которых половая система еще не сформировалась. Даже у взрослых влияние этих веществ не проходит бесследно – они могут приводить к самым разным расстройствам в этой деликатной сфере, вплоть до бесплодия и импотенции. Опасные химикаты блокируют процессы, которые в нашем организме регулируют мужские половые гормоны – андрогены.

Дискриминация по половому признаку

История с фталатами началась, когда Центры по контролю и профилактике заболеваний США (аналог отечественной службы санитарного надзора) опубликовали результаты исследования 289 человек. Полученные данные оказались шокирующими. Вопреки ожиданиям эти химикаты были обнаружены абсолютно у всех испытуемых, а больше всего ими были напичканы организмы молодых женщин, способных к деторождению: у них содержание фталатов нередко было в 20 раз выше средних показателей.

Когда стали искать причины такой фталатовой дискриминации



у достаточно молодых женщин, подозрение пало на косметику – это единственный источник фталатов, типичный только для представительниц прекрасного пола. В первую очередь под подозрением оказались лаки для ногтей. Во-первых, ими очень широко пользуются женщины, во-вторых, практически во всех лаках присутствуют эти химикаты.

Это выяснили эксперты EWG, проведя широкие исследования лаков для ногтей и других косметических средств. Они без труда обнаружили фталаты в большинстве популярных лаков для ногтей.

Исключить из своего пользования косметику и гигиенические средства с фталатами достаточно сложно – их далеко не всегда указывают в перечне ингредиентов. Тем не менее обращать внимание на состав стоит.

И не только лаки

Поскольку информацию о фталатах далеко не всегда можно найти на этикетке косметических средств, специалисты EWG провели поиск и в доступной информации о патентах. Оказалось, что скромно, никак не выдавая своего присутствия, фталаты часто используются в декоративной косметике, шампунях, кондиционерах, лосьонах, антиперспирантах, солнцезащитной косметике: эти вещества нужны для улучшения качества этих средств.

Как получилось, что такое опасное вещество стало так широко и бесконтрольно применяться? К сожалению, когда начинали использовать фталаты, об их опас-

ности не догадывались. Когда она стала очевидной, отказаться от них оказалось уже сложно. Во многих сферах они стали незаменимыми. Больше всего фталаты применяют в качестве пластификатора, улучшающего свойства полимеров, они придают пластмассам пластичность, гибкость, блеск. Ещё они содержатся в строительных материалах, мебели, бытовых устройствах, одежде, игрушках, средствах ухода за обувью и одеждой. То есть они везде. Но косметика особенно, ведь её наносят на кожу и она может впитываться в организм. Из других изделий фталаты в основном поступают опосредованно, загрязняют окружающую среду, попадают в воду и продукты, а потом уже к человеку.

Проморгали фталаты ещё и потому, что их острая токсичность не очень высока – смертельная доза составляет чуть ли не грамм на килограмм веса. Поскольку ни в одном косметическом средстве такого количества фталатов нет, их не очень боялись.

Но оказалось, что эти вещества опасны и в мизерных концентрациях: вмешиваясь в гормональный обмен, они блокируют действие мужских гормонов. Внешне это никак не проявляется, но последствия для здоровья оказываются серьезными. Достаточно сказать, что в последние годы учёные наблюдают резкое снижение количества сперматозоидов у мужчин, а это нередко приводит к бесплодию. И многие приписывают эти глобальные сдвиги в сфере мужественности действию фталатов.

Ситуация

Предупреждены, но пока не вооружены

Европе грозит «эпидемия рака» после того, как во время пандемии COVID пропустили около одного миллиона случаев заболевания.

Учёные предупредили о риске возникновения «эпидемии рака». Они объясняют это пандемией коронавируса. Из-за перепрофилирования систем здравоохранения для борьбы с COVID-19 люди вовремя не узнали об опасном диагнозе и не получили соответствующего лечения.

Если не принять срочные меры, то результаты лечения рака будут отброшены почти на десятилетие, подчеркнули ведущие эксперты в сфере здравоохранения и науки в докладе, опубликованном в журнале The Lancet Oncology.

Быстрое перепрофилирование систем здравоохранения и введение локдаунов повлекли за собой негативные последствия. Они до сих пор оказывают влияние на проведение процедур, связанных с онкологией, исследований рака и самих больных, предупредили эксперты.

«Чтобы подчеркнуть масштаб проблемы, мы подсчитали, что во время пандемии COVID-19 по всей Европе без диагностики осталось около одного миллиона случаев заболевания», – написали они.

«Появляются свидетельства того, что сейчас чаще, чем до

пандемии у пациентов обнаруживают рак на более поздней стадии. Это результат существенных задержек в диагностическом и лечебном онкологическом заботе», – добавили эксперты.

Они подчеркнули, что сложившаяся ситуация будет годами давить на системы здравоохранения в Европе и в конечном итоге подорвёт показатели выживаемости и ухудшит качество жизни раковых больных на континенте.

Согласно приведённым в докладе данным, за первый год пандемии врачи приняли на 1,5 млн онкологических пациентов меньше, а каждый второй больной остался без своевременной операции или химиотерапии.

«Мы обеспокоены, что Европа столкнётся с эпидемией рака в следующие 10 лет, если системы здравоохранения и исследования рака срочно не окажутся в приоритете», – подчеркнул главный автор исследования профессор Марк Лоулер из Королевского университета Белфаста.

Учёный обеспокоен также закрытием лабораторий и отсрочкой или отменой клинических испытаний во время первой волны пандемии.

Кроме того, большой проблемой для учёных, занимающихся онкологическими заболеваниями, оказался конфликт, поскольку Россия и Украина вносят огромный вклад в исследования рака.

Ну и ну!

Бурлит жизнь, а не живот

Учёные из Медицинской школы Перельмана при Университете Пенсильвании выявили, что некоторые кишечные бактерии оказались способны побуждать к занятиям спортом.

В процессе исследования на мышах специалисты изучили множество факторов, отражающих эффективность физических упражнений. Среди них были последовательности генома, определённые виды кишечных бактерий, метаболиты крови и другие данные. Затем они измерили количество ежедневных пробежек животных в колёсах, а также их выносливость. После чего всю информацию проанализировали с помощью машинного обучения.

Выяснилось, что генетические причины играли не такую большую роль, в отличие от популяций кишечных бактерий. Это также подтверждалось тем, что при введении подопытным антибиотиков широкого спектра действия их показатели энергичности снижались примерно наполовину, поскольку такие препараты частично разрушают микробиом кишечника.

Наиболее выраженная корреляция наблюдалась при больших колониях Eubacterium rectale и Coprococcus eutactus. Они производят метаболиты амидов жирных кислот, которые связаны с эндоканнабиноидными рецеп-



торами CB1, располагающимися в нервах, которые, в свою очередь, соединяются с мозгом через позвоночник. Стимуляция этих нервов вызывает повышение уровня нейромедиатора дофамина в полосатом теле мозга во время тренировки. Эта область мозга является важным элементом в системе вознаграждения и мотивации. Дополнительная подпитка дофамином в этом регионе во время занятий спортом повышает производительность, усиливая желание заниматься спортом.

В будущем авторы хотят провести дополнительные исследования, чтобы подтвердить такую же связь у людей. В таком случае возможно будет разработать программы для стимуляции людей к здоровому образу жизни, а также новые варианты лечения депрессии.

Кстати

Решена проблема дефицита витамина А

Учёные из Института интегративных исследований рака Коха Массачусетского технологического института решили проблему по устранению дефицита витамина А. Для этого они предлагают использовать уникальную технологию обогащения продуктов микрочастицами соединения.

Дефицит витамина А является основной причиной слепоты в мире, а в некоторых случаях он даже может привести к летальному исходу. По подсчётам экспертов, около трети мирового населения детей дошкольного возраста страдают от дефицита этого вещества, особенно в странах Африки к югу от Сахары и Южной Азии. Как известно, витамин А очень важен не только для зрения,

но и для нормального функционирования иммунной системы, а также сердца и лёгких. Однако это достаточно нестабильная молекула, которая чувствительна к температуре и ультрафиолетовому излучению.

Чтобы долгие сохранить полезные свойства вещества, исследователи применили технологию инкапсулирования. Они обернули витамин оболочкой из полимера ВМС, который уже одобрен Управлением по контролю качества пищевых продуктов и лекарственных средств США (FDA) для использования в лекарствах и пищевых добавках.

После смешивания витамина А с полимером сформировались частицы диаметром от 100 до 200 микрон. В процессе тестирования эффективности учёные добавили

эти микрочастицы в бульонные кубики и в муку, как в процессе хранения, так и при приготовлении. Витамин сохранял свои биологически активные свойства даже при 40 градусах по Цельсию и 75-процентной влажности. Он также оказался устойчив к разложению под воздействием яркого света, высоких температур и кипящей воды.

Эксперименты показали, что у добровольцев, употреблявших инкапсулированный витамин А в хлебе, показатель этого соединения в крови был на том же уровне, что и у людей, принимавших витамин в традиционной форме. Это указывает на то, что он легко высвобождается в организме. Сейчас две компании получили лицензию для использования технологии в пищевой промышленности.

Подготовила Юлия ИНИНА.

По материалам Proceedings of the National Academy of Sciences, The Guardian, Nature

В московском книжном магазине «Во весь голос» состоялась презентация издания «Эффект матового стекла: книга о вирусе, изменившем современность, о храбрости медработников и о вызовах, с которыми столкнулся мир». Несколькими неделями раньше подобная презентация прошла в Санкт-Петербурге.

Книга написана одиннадцатью медицинскими журналистами из обеих столиц. Среди авторов – корреспондент «Медицинской газеты» Алёна ЖУКОВА, которая сегодня делится впечатлениями и от участия в данном проекте, и от церемонии презентации.

Это четвертая книга, которую выпускает коллектив авторов под эгидой инициатора и «движущей силы» проекта Владислава Дорофеева из ИД «Коммерсант». Без преувеличения, каждое издание уникально: В «Великих лекарствах» (2015) едва ли не впервые собраны популярно изложенные истории создания самых известных препаратов, которые спасли мир. В книге «Люди с безграничными возможностями» (2016) мы показали трансформацию отношения к инвалидам на протяжении сотен лет российской истории, а самое главное, рассказали о людях, сумевших преодолеть физические травмы настолько, что у них хочется учиться и на них равняться. Большой популярностью пользуется книга «Отпускается без рецепта» (2019) – о традиционнo любимых россиянами средствах из домашних аптек. Подобного полного обзора тоже не помню.

«Эффект матового стекла» (2022), на мой взгляд, продолжает тему невероятных человеческих возможностей, которые проявились и в открытии и использовании новых лекарств, и в преодолении тяжёлых физических состояний, и в борьбе с заставшей нас врасплох пандемией ковида.

Мне посчастливилось отслеживать попытки фармацевтов и медиков подбора действенной терапии и возможной профилактики коронавирусной инфекции. Видеть, как тяжело переживаются ошибки, и какой восторг приносит удача. Но это – только одна из граней.

«С первого дня пандемии COVID-19 нужно было подробно, точно и честно рассказывать о человеческом и общественном измерении коронавируса, о страданиях заболевших и экономических потрясениях, о страшных потерях и о врачах-героях, – говорит В.Дорофеев. – Книга – авторский вклад в борьбу с вирусом, который убил на планете миллионы, заставил страдать сотни миллионов человек, многие из которых выжили, пройдя «по грани», через крайнюю физическую боль и душевные муки. Вирус, который поражает внутренние органы, а в лёгких вызывает эффект «матового стекла», не отступает и после выздоровления, бьёт по слабым

местам. Мы постарались максимально объективно рассказать о том, что и как происходило три года подряд – с нами, со страной и миром. В этой книге наша надежда, благодарность спасителям, память об ушедших, вера в победу».

Один из авторов книги, внештатный корреспондент нашей газеты Наталия Лескова на презентации отметила: на первый взгляд, книга вышла из печати не вовремя. Сменилась повестка, и ковид стал мало кому интересен. Но только на первый взгляд.

Интересное наблюдение сделала филолог по образованию Дарья Николаева: «Ковидный период изменил нашу жизнь, многому научил и даже обогатил русский язык. С начала 2020 г. появилось много новых слов, которые вначале помогали понять, а позже – осмыслить происходящее. В языке с тех пор твёрдо закрепились неологизмы – например, карантье, ковидидиот, коронаскептики, коронафобия, дистант, безмасочник, удалёнка, зумиться, инфодемия».

Проще и эффективнее изменить себя и свои приоритеты».

А Константин Анохин считает, что самое главное в теме пандемии – уровень сознания всего общества, всего населения Земли. Чем он выше, тем чётче и понятнее отношения между странами, регионами, экономиками, тем легче и быстрее человечество может справиться с глобальными катастрофами, в том числе пандемиями. «Конечно, коллективные меры всего мира применялись. Но

профессор Эдуард Карамов. Он отметил: коронавирус поразил огромное число людей, за 2 года переболело более 620 млн человек, а более 6 млн 500 тыс. (по официальным данным) умерло, хотя на самом деле, как показывают независимые исследования, это число раза в три больше.

«Вроде бы пора возникнуть коллективному иммунитету, – сказал он. – Но у вируса тоже нет выхода. Ему надо или погибнуть, или наш иммунитет обойти. И он это прекрасно делает с помощью мутаций.

Рядом с нами

Эффект матового стекла

Пандемия. Свидетельства очевидцев



Э. Карамов

«Меняются времена, рождаются и умирают люди, происходят революции, войны, политические перевороты, а вирусы остаются с нами всегда, – сказала она. – За миллионы лет эволюции они придумали механизмы защиты, обмана и приспособления. А это значит, что эпидемии и пандемии – не прошлое, а самое что ни на есть настоящее, а вполне возможно, и будущее человечества».

Но человечество, по её словам, оказалось не готовым к такому повороту – инфекционные больницы закрылись, специальность инфекциониста стала «не модной», а армия антипрививочников повела себя неожиданно агрессивно. Пандемия, которая должна была объединить человечество, во многом оказалась разъединяющим фактором.

Одна из глав, которую написала Дарья, называется «Все ушли на фронт». Действительно, главная метафора ковидного периода – это сравнение с войной. «Чиновники, политики, медики, граждане выражались военными метафорами, в текстах, в новостях того времени употребляется много военной лексики. Вирус ведёт себя как враг – он наступает, атакует, закрывает границы, окружает, смыкает кольцо. Масштаб военных действий в ковидную эпоху характеризуют такие слова как бой, битва, отпор, атака, отражение, фронт и как проекция будущего: победа над врагом, создание победоносного оружия – вакцины, – говорит она. – При этом врачи – солдаты этой ковидной войны, рядовые на фронте, герои на передовой, главные защитники отечества, которые совершают жертвенный подвиг. Хотя сами медики всегда подчёркивали, что просто выполняли свою работу».

Именно об этом, по-настоящему героическом труде, рассказали не понаслышке знающие, что такое «красная зона», сотрудник пресс-службы городской клинической больницы № 52 Екатерина Сирина и клинический психолог больницы Надежда Маленкова. Больница была на переднем крае борьбы, но медики во время социологического опроса назвали главными эмоциональными составляющими работы во время пандемии потрясающее чувство единения, ощущение себя частью команды. Степень выраженности отрицательных эмоций оказалась гораздо ниже.

О необходимости пересмотра нравственных установок говорил в своём выступлении и Сергей Артёмов («Московский комсомолец»): «Во время глобальной трансформации не стоит тратить силы и время на то, чтобы изме-



А. Жукова

далеко не всё при этом сработало эффективно и слаженно, – убеждён он. – Поэтому важно: к чему мы подготовились в результате этой пандемии? Какие выводы сделали? И сработают ли они в следующий раз?»

Помимо журналистов, в презентации книги принимал участие один из её героев – человек, посвятивший жизнь борьбе с вирусами и много сделавший для изучения COVID-19. Это вирусолог, заведующий отделом общей вирусологии Института вирусологии им. Д.И.Ивановского Национального исследовательского центра эпидемиологии и микробиологии им. Н.Ф.Гамалеи, главный научный сотрудник НИИЦ фтизиопульмонологии и инфекционных заболеваний, многолетний эксперт ВОЗ и ООН, доктор биологических наук,

возникают новые штаммы, новые рекомбинанты. И процесс идёт бесконечно. Поэтому надо будет научиться с ним жить. Некоторые учёные считают, что эпидемия «испанки» была вызвана не гриппом, а коронавирусом. Затем он адаптировался и превратился в мягкий коронавирус, ведь 12-15% всей сезонной ежегодной заболеваемости ОРВИ составляют коронавирусы. Долгое время мы на них не обращали внимания, хотя 100 лет назад это была тяжёлая смертельная инфекция. Значит, пройдёт какое-то время, и этот вирус тоже адаптируется к популяции, станет сезонным».

Э.Карамов стал единственным представителем России, принявшим участие в международном исследовании по реагированию на COVID-19, объединившем экспертов из 112 стран и территорий. В итоговом документе отмечено, что SARS-CoV-2 все ещё присутствует среди нас; вакцины являются эффективным средством против COVID-19, но сами по себе они не полагат конец коронавирусу как угрозе общественному здравоохранению. Для этого необходимо многосекторальное сотрудничество, в котором системы здравоохранения имеют решающее значение, однако они требуют скоординированной государственной поддержки. А один из пунктов звучит прямо афористично: «никто из нас не в безопасности, пока мы все не в безопасности».

Пожалуй, именно об этом и книга «Эффект матового стекла», и статьи создавших её журналистов, в течение всей пандемии рассказывающих о борьбе медиков за жизнь и здоровье населения и о необходимости жителей сделать всё возможное для собственной безопасности.

Москва.

Архивариус

В этом году исполняется 60 лет со дня первой публикации романа Эриха Марии Ремарка «Ночь в Лиссабоне» (1962), ставшего последним завершённым произведением одного из самых значительных немецких прозаиков XX века, представителя «потерянного поколения».

Ремарк родился в 1898 г. в Оснабрюке (Германия). В 1917 г., будучи призванным в армию, был направлен на Западный фронт, где осколками гранаты получил ранения в ногу, руку и шею, после чего оказался в госпитале. Биограф В. фон Штернбург отмечает: «Пережитое на фронте он старается позабыть, придавая себе вид бывалого солдата и ободряя соседей по палате шуточками и остроумиями... во второй половине августа его переводят в Дуйсбург, делая пациентом военного госпиталя Святого Винсента. И тут времени у него в избытке, чтобы

Пусть теплится огонёк доброты

строить планы на будущее, каким бы туманным оно ни казалось. Возможно, увидев жестокие реалии войны, Ремарк понимает, что «всегда найдутся люди, которым хуже, чем тебе».

Уволившись из армии и отказавшись от наград, Ремарк продолжил учёбу в семинарии.

Тема врачевания отразилась во многих произведениях писателя: «Три товарища», «Триумфальная арка», «Жизнь взаимы», «Ночь в Лиссабоне» и др. Так, в романе «Ночь в Лиссабоне» молодая героиня смертельно больна, у неё рак, и она всё больше нуждается в обезболивающих средствах. Женщина чувствует себя лучше на улице, среди незнакомых людей, которые не испытывают к ней интереса, равнодушно проходят

мимо и ни о чём не спрашивают: «Там никто не знал о её болезни. Там она не была пациенткой, она была женщиной. И она хотела оставаться женщиной. Она хотела жить. А быть пациенткой означало для неё медленную смерть». Может быть, страдающий от недугов Ремарк передал героине романа некоторые собственные ощущения. Болезнь сердца мучила прозаика много лет.

В сентябре 1963 г. в Неаполе у писателя случился инсульт. В романе «Жизнь взаимы» устами поэта Жерара писатель высказал предположение, что если бы люди жили с сознанием неизбежности смерти, они были бы более человечными, милосердными, понятливыми, великодушными и бескорыстными.

Стареющий Ремарк беспокоится о том, что его работоспособность снижается. В начале 1965 г. в Милане после сердечного приступа он снова попадает в клинику. Поправившись, Ремарк в апреле 1966 г. совершает путешествие в Нью-Йорк, где писатель работает над романом «Земля обетованная», который останется незавершённым, несмотря на то, что он вкладывал в него остатки своих сил. Это произведение будет опубликовано посмертно в 1998 г.

В 1967 г. немецкий посол в Швейцарии на торжественной церемонии вручал писателю орден за заслуги перед Федеративной Республикой Германия. На этом мероприятии у Ремарка снова произошёл сердечный приступ. Эти приступы повторялись, сте-

нокардия причиняла прозаику ужасные боли. Летом 1970 г. в Локкарно у Ремарка вновь случилась остановка сердца, его положили в больницу. 25 сентября он умер от аневризмы аорты.

Судьбы многих героев Ремарка трагичны, но его произведения искрятся жизнью, поэтому творчество прозаика можно справедливо считать целительным огоньком доброты. Так, в романе «Триумфальная арка» эмигрант Борис Морозов рассуждает: «Жить – значит жить для других. Все мы питаемся друг от друга. Пусть хоть иногда теплится огонёк доброты...»

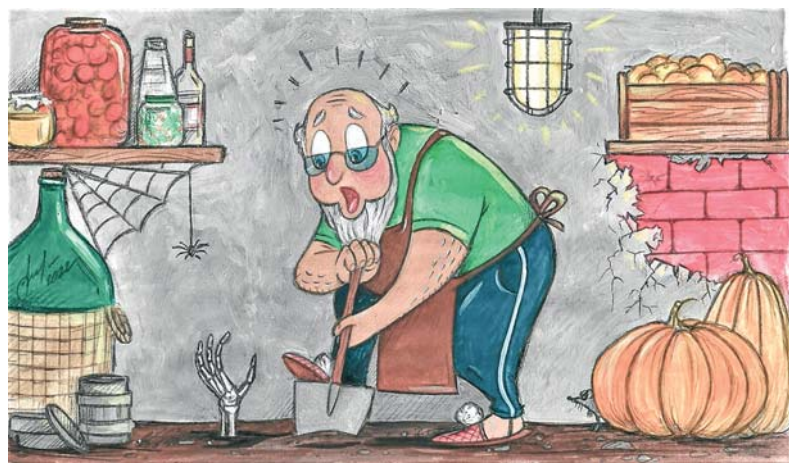
Павел ЧУЙКОВ,
внешт. корр. «МГ».

В здании Областного бюро судебно-медицинской экспертизы так и не погасли два окна: одно – в кабинете дежурного эксперта, другое – над гаражом. В тот поздний вечер мы с дежурным водителем Сашей долго не засыпали. Я сидел у микроскопа, досматривая сложный случай, который не успел отработать днём, Александр жадно поглощал новый сборник фантастики. Стрелки часов приближались к полуночи. Глаза в последние годы стали быстро уставать от «мелкокопая» и, отдыхая, я подошёл к окну. Освободившись от плотной вуали облаков, появилась яркая полная луна. «Самое время для всякой чертовщины...» – только и успел подумать я, как раздался звонок дежурного Гатчинского управления внутренних дел. «Юрий Александрович! Скелетированный труп со следами повреждений... Да, только что обнаруженный! Да, предварительно осмотрел участковый... Да, прокуратура уже выезжает!». Все каверзные вопросы, дававшие возможность отложить выезд до утра, были «отбиты».

Откуда взяться криминальному захоронению в городе, где все постоянно на виду? Чашка крепкого чёрного кофе с последним домашним бутербродом; в портфель брошен проект заключения врача-ординатора по сложному случаю для изучения в автомашине по дороге до Гатчины и обратно, и мы с Сашей помчались по ночному городу. За аэропортом «Пулково», хоть ещё не было часа ночи, жизнь словно бы приостановилась. Тихо, сумрак, безлюдно. Шоссе отдыхало от утренне-вечернего столпотворения автомашин. Когда есть свободная минута, я обычно прошу водителя остановиться в районе главного входа в Пулковскую обсерваторию, подхожу к краю террасы, откуда открывается умопомрачительный вид на засыпающий Питер. Видны подсвеченные доминанты великих соборов, шпиль Адмиралтейства. Вдруг что-то тёмное на мгновение закрыло половину небосклона, я ощутил сильное, но плавное движение воздуха... Миг! И на нижнюю ветвь ближайшего дуба грузно уселась огромная птица. Филин! Да какой же красавец! На секунду вспыхнули огромные глазницы и тут же закрылись! Вспомнил древнюю магическую формулу всех ночных охотников и произнёс её: «Мы с тобой одной крови – ты и я! Успешной охоты, брат!». И мне было пора на

А ещё был случай

Лунная ночь в Гатчине



«охоту». Что-то принесёт нам эта ночь полнолуния?

* * *

В дежурной части УВД я узнал адрес, куда уже выехала оперативная группа. Дом постройки семидесятых годов XX века расположился в центре небольшого зелёного массива. «Где же обнаружили этот скелет? И почему никого нет на улице?» – размышляя я, пока автомашина подъезжала к дому. В подъезде меня поджидал сержант милиции. «Пожалуйста в подвал, товарищ эксперт!» – улыбнулся он. Удивившись, я направился за ним. Жители подобных домов знают, что строители позаботились о горожанах и в подвалах зарезервировали отсеки для хранения картошки, осенних домашних заготовок. Если такие кладовые освещены, сухие, содержатся в чистоте и порядке, защищены от грызунов, то они фактически являются продолжением квартир. Так было и здесь. Мы с сержантом двинулись по лабиринту подzemелья вглубь, туда, где слышались голоса. Вскоре передо мной предстала живописная группа: дед лет 80, в фартуке, запачканном землёй, с небольшой сапёрной лопаткой (сороковых годов, военная, – сразу определил я), Сергей, следователь прокуратуры, Пётр Иванович, начальник

криминальной милиции. Поздоровавшись, я поинтересовался, что произошло. «Да вот, дедуля решил увеличить кубатуру стандартного своего отсека. Три вечера рыл, уходя к центру земли, грунт выносил в ближайший сквер. Удалось углубиться на полтора метра, но потом... Дальше сам докладывай, гробкопатель!».

Дед, обидевшись, отвернулся от милиционера и степенно сказал: «Дальше чертовщина какая-то началась. Вначале грунт шёл плотный, а потом лопатка словно бы в пустоту провалилась и дух пошёл, как из склепа, затхлый. В глазах потемнело, лопату я бросил и... домой! Бабка моя (насчёт увеличения кубатуры – её идея, глаза завидующие, руки загребушие) привязалась, как банный лист к...: «рой, рой глыбже!» Выпил я стопочку, закусил огурчиком солёным и снова сюда! Копнул ещё раз, грунт наверх хотел выбросить, а на лопате – кость! Я землю с неё аккуратно отколул – вроде от плеча человеческого – и опять к бабке. «Нажрался к вечеру, Кашей, только бы не работать. Рой! Сейчас приду сама», – раскудаhtалась старуха. «Никуда не пойду, надо милицию вызывать – видел на прошлой неделе, как Нюркин мужик со сватом тащили в подвал какой-то тяжёлый свёрток...».

Тут моё терпение лопнуло, и я попросил показать находки. На большом листе полиэтиленовой плёнки, под тусклой электролампочкой возвышалась горка грунта с какими-то необычными включениями. Я надел анатомические перчатки, присел на поданную дедом самодельную табуреточку, взял в руки лупу с подсветкой. Как оказалось, увлечшись, дед извлёк на поверхность не только плечевую, но и массу мелких человеческих костей: фрагменты рёбер, позвонки, кости кисти. Все были изменены однотипно: сухие, лёгкие, тёмно-коричневые, утратившие блеск, с глубоко потрескавшейся, а то и утраченной компактой. И все, бесспорно, человеческие. А про «дух» дед соврал – запаха от останков не было никакого. «Сколько времени захоронению? Месяцы, годы?» – наседали на меня оперативники. И тут вдруг передо мной, словно два фонаря путеводные, вспыхнули глазницы филина («Успешной охоты, брат!»).

«Ребята! Побросайте-ка несколько лопат из раскопа. Только аккуратно». Дед и один из сержантов спустились в яму. Одна порция грунта, другая... Есть! На полиэтиленовой плёнке оказалось то, что я ждал: части лицевого черепа: большинство зубов утрачено естественным путём, лунки зарастены, коронки стёрты, кариозных полостей масса и все не лечены, альвеолярные дуги мощные, широкие, но уплощены. «Вот вам и диагноз: погребение мужчины в возрасте более 70 лет, давность – многие десятилетия...».

Прокуратура и УВД радостно хором выдохнули: «Ура! Значит, военный скелет?» – «Нет, думаю, значительно старше...». Что это? Я размял в пальцах суглинок, и на ладони оказалась... старинная пуговица. Коррозия почти съела металл, зелень патины покрывала его, но на поверхности чётко виднелась надпись «П I». «Неужели Петра Великого вензель?» – заинтересовался Сергей. «Нет. По форме буква точно соответствует монетам Павла Петровича». – «Всё ясно. Трупец павловских времен». Я поправил

гипотезу: «Может быть. Хотя в кафетанах с павловскими пуговицами стариков могли хоронить и много позже...». Итог работы подвёл Пётр Иванович: «Немедленно зарывай дед всё обратно! Да молчок обо всём – и ты, и половинка твоя скаредная! Иначе... – и мощный кулак оперативника нарисовался на уровне дедовской переносицы. – Не возбуждать же дело по установлению личности неизвестного человека. Установишь тут его! Через 200 лет! Спасибо вам, доктор, извините за «пустой» вызов».

Мы вышли из подвала. Свежий ночной воздух взбодрил. Настроение было хорошим, спать не хотелось. Несколько минут я с удовольствием постоял с ребятами из прокуратуры и УВД, которые живо обсуждали находку. Садясь в кабину автомобиля, сказал деду: «Отслужите литию за упокойную на месте погребения или в храме. Душа спокойнее будет». В это время «замурлыкал» сотовый телефон следователя. Внимательно выслушав, он сказал: «Представляете, коллеги, мне только что позвонил архитектор города. Они срочно подняли архивы. Этот домик был построен на месте полуразвалившихся деревянных домиков времён Великой Отечественной войны, а вообще – это территория древнего погоста XVIII века, уничтоженного после революции...». Дед почесал затылок, крикнул: «Да! Надо съезжать отсюда, на могилах спокойной жизни не будет!».

Проезжая Пулковские высоты, я вновь попросил Сашу остановиться. Предрастветный сумрак начинал рассеиваться, огней в городе заметно убавилось. Луна, такая же полная и загадочная, сместилась к краю небосвода. Старый дуб у края террасы стоял такой же могучий, молчаливый и загадочный. Нижняя ветвь его, изогнувшаяся в сторону города, уже не покачивалась... Успешной охоты, брат!

Юрий МОЛИН, профессор, заслуженный врач РФ.

Санкт-Петербург.

Мораль	Итал. певец	Осьминог	«Спортлото-82», актер	Адрес в Интернете	СКАНВОРД										Забор	Рубящее оружие	Любовь Самсона	Приток Ориноко	Алтайский баран														
Сантьяго	Греч. буква			Нилотиб										Камский			Условная азбука																
		Пряность		Жена царя Латина	Создатель	Ткань, Азия	Корка на снегу	Лечебная ходьба	Едва								Столетие	Стрельбище															
4 вершка	Пахотное орудие		Помело			Непоседа	Вогул										Волокнистый материал																
		Пятикнижие		Нем. конструктор	Электронная лампа				Донепезил																								
	Чернопятая антилопа	Предел	Звезда, Голубь	Топливо		Удача в бильярде	Деньги, Албания	Легкая мотыга									Дрофа																
		Во сто ... больше		45 градусов			Страна, Др. Китай																										
	Застылая пелена	Здесь		Миллиардная доля	Мягкий свёрток			Очень (стар.)																									
Автор Валерий Шаршуков			Член «Могучей кучки»		Резвая лошадь																												
										ЧИРОК	С											Ж	П	РОМБ									
										И	У	РЫВОК	Б	РАМИТ	О	Б	Р	Н	О														
										СОПКА	С	М	О	А	О	А	Л	И	С	КА	Р												
										Т	И	Б	У	Г	У	Р	У	С	Л	А	Н	И	КА	Г	Т	О							
										Б	У	Р	Я	Д	Е	Д	С	Ь	Е	Л	Ь	М	И	Н	И	Р	Т	И					
										О	Е	Г	Р	А	Ф	О	С	Т	Ж	Я	Р	А	Д	И	А	М	А						
										В	Е	Ж	Д	А	Ч	Е	Р	Т	В	А	П	С	О										
										Е	И	У	Ж	А	С	И	Д	Е	А	Л	И	С											
										М	Э	Р	Т	И	Т	А	Н	О	М	Е													

Ответы на сканворд, опубликованный в № 49 от 14.12.2022.

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

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 № 3232
 Тираж 13 940 экз.
 Распространяется по подписке в Российской Федерации и зарубежных странах.



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

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

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