

Медицинская

5 октября 2022 г.
среда
№ 39 (8057)

Газета®

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

Пустые разговоры с молодёжью бессмысленны, увлечь их медициной можно, только показав, как она устроена изнутри.

Стр. 4

Для закрепления успеха в создании тяжёлой техники, нужно коридор возможностей превратить в мощное производство.

Стр. 5

Остеохондропатии: что должен знать педиатр?

Стр. 10

Акценты

Быть в одной связке

Декриминализация врачебной деятельности необходима



Третьего октября празднуется международный день врача. У нас, если он и отмечается, то в социальных сетях. Официального признания праздник не получил. Хотя ещё в 1971 г. Всемирная организация здравоохранения подготовила необходимые документы, и появился новый международный день. В России принято отмечать День медицинского работника.

Накануне Международного дня врача в гавань Родины не только вернулись бывшие регионы Украины, но и особую тональность приобрела дискуссия о наказании медицинских работников за возможные профессиональные ошибки.

«Врача сегодня всё-таки нельзя подвергать судебному преследованию. Он сталкивается в своей клинической практике с весьма сложными больными, и есть ряд ситуаций, которые действительно могут вызывать трудности диагностики. Декриминализация врачебной деятельности – это важная компонента. У врача не должно быть ощущения даже какого-то страха перед этим преследова-

Проведение любого инвазивного исследования связано с риском возможных осложнений

нием», – сказал министр здравоохранения РФ Михаил Мурашко в телевизионном эфире.

Также он отметил, что иногда докторам приходится оказывать помощь в весьма сложных ситуациях, а преследования приведут к тому, что они будут назначать больше обследований и консилиумов, теряя время.

Между тем, профессиональное сообщество судебно-медицинских экспертов обсуждает распоряжение председателя Следственного комитета РФ Александра Бастрыкина, которое можно расценить, как запрещение руководителям следственных комитетов как центрального, так и региональных, направлять судебные экспертизы по материалам проверок и уголовным делам о преступлениях, связанных с некачественным оказанием медицинской помощи гражданам, в судебно-медицинские экспертные учреждения, подведомственные Министерству здравоохранения РФ. В ближайшие дни, скорее всего, последует разъяснение, так это или текст нормативного документа неправильно поняли. Но

складывается впечатление, что отныне экспертизы будут проводить частные фирмы и подразделения Следственного комитета. Если это так, то такая независимость свидетельствует только об одном – до декриминализации ещё очень далеко.

Пандемия, конечно, изменила отношение населения к медицинским работникам. Но настоящими героями люди в белых халатах в глазах общества пока не стали. Подозрения в некачественной работе с них никто не снимал. Хотя сегодня – это одна из самых сложных профессий, ведь в их руках самое ценное, что есть на Земле – человеческая жизнь. Для того, чтобы стать хорошим врачом, необходимы не только глубокие познания в различных областях, но и навыки, коммуникабельность, наблюдательность, эмоциональная устойчивость и, конечно же, умение брать на себя ответственность. Естественно, не уголовную...

Алексей ЛЕОНИДОВ.

Фото автора.

Однако

Зачем врачей зачислят мотострелками?

Президент РФ Владимир Путин в ходе заседания Совбеза заявил о случаях в ходе частичной мобилизации, когда врачей зачислят на службу вместо госпиталей в мотострелковые войска.

«Есть и случаи, когда врачей, высококлассных специалистов других профессий, причём с многолетним опытом, вместо службы там, где они действительно нужны и на что они готовы, востребованы, например, в госпиталях, зачислят мотострелками. Зачем? А добровольцев, которые сами, без повестки пришли в военкоматы, заворачивают обратно. Они якобы не имеют нужных военно-учётных специальностей», – возмутился президент.

В.Путин подчеркнул, что у граждан возникает много вопросов по организации и ходу мобилизации и потребовал устранить ошибки. Он призвал генпрокурора РФ незамедлительно реагировать на сообщения о нарушениях в ходе частичной мобилизации. По его словам, в ряде регионов уже появились рабочие группы при военкоматах, которые оказывают гражданам необходимую помощь.

Президент напомнил, что «сформулированы критерии, по которым проводится частичная мобилизация». «Повторю: призыву подлежат граждане, которые находятся в запасе, и прежде всего те, кто проходил службу в вооружённых силах, имеет востребованные военно-учётные специальности и соответствующий опыт», – добавил он.

Как сообщает правительственный портал

«Объясняем.рф», на медицинские организации распространяется право оформить сотрудникам отсрочку от мобилизации. Информацию необходимо предоставить в военно-учётные столы или отделы мобилизационной подготовки. В соответствии с Федеральным законом «О мобилизационной подготовке и мобилизации в Российской Федерации», пребывающие в запасе граждане могут быть «забронированы» в целях обеспечения деятельности организаций, в которых они работают по основному месту работы по трудовому договору.

Согласно правилам, предложение об отсрочке от частичной мобилизации должно исходить от работодателя. Работу по специальному воинскому учёту и бронированию работников организуют военно-учётные столы или отделы мобилизационной подготовки.

В сообщении отмечается, что в России 5 медицинских вузов, в которых работают военно-учебные центры (ВУЦ) (в Ростове-на-Дону, Владивостоке, Крыму и два в Москве). Пройдя подготовку в них, студенты получают статус офицера. Врачи, не прошедшие ВУЦ или не окончившие военные кафедры и не служившие в армии, но имеющие врачебную специализацию, могут быть призваны по мобилизации, как в звании рядового, так и в офицерском – после прохождения аттестации в соответствии с приказом министра обороны РФ № 35 от 29.01.2018 и с учётом востребованности врачебной специализации.

Фёдор СМЕРНОВ, обозреватель «МГ».

ЭКСПЕРТНЫЙ УРОВЕНЬ

Александр ВАСИЛЬЕВ

Специалист по эндоваскулярной диагностике и лечению НИИЦ гематологии Минздрава России, кандидат медицинских наук:

Иногда... да что там – практически всегда нам приходится отступать от стандартов. Я воспитанник советской медицинской школы, наставники учили нас индивидуальному подходу к каждому больному.



Стр. 7

Новости
Бесплатные курсы

В связи с просьбами местных жителей с 3 октября в Центре медицины катастроф в Белгороде открылись дополнительные курсы по оказанию первой медицинской помощи, заявил губернатор Белгородской области Вячеслав Гладков.

Курсы будут бесплатными. В состав первой группы войдут 12-17 человек. Любой желающий может записаться на них. По словам губернатора, если это будет востребовано, такие курсы планируется организовать во всех муниципальных образованиях области.

В связи с частичной мобилизацией в регионе реализуются и другие инициативы. Так, например, там создан союз поддержки матерей и жён военнослужащих.

Анатолий ПЕТРЕНКО.

Белгородская область.

Помощь оказана вовремя

Российские медики за три месяца оказали медицинскую помощь более, чем 30 тыс. жителей Донецкой и Луганской народных республик, Запорожской и Херсонской областей.

«Из 32 тыс. случаев оказания медицинской помощи более 5,6 тыс. приходится на оперативные вмешательства. Это в первую очередь хирургическая обработка ран, извлечение осколков, остеосинтез, лечение ожогов и острых хирургических состояний. Российские врачи работают рука об руку со специалистами ДНР, оказывают помощь всем, кто в ней нуждается», – сообщил помощник министра здравоохранения России Алексей Кузнецов.

Также специалисты полевого многопрофильного госпиталя Федерального центра медицины катастроф и других медицинских организаций, подведомственных Минздраву России, принимают практическое участие в оказании медицинской помощи пострадавшим и больным людям, вынужденно покинувшим территории ДНР, ЛНР и Украины.

Юрий ДАНИЛОВ.

Уникальную операцию возрастной пациентке провели в Пензе

В городской больнице № 6 Пензы провели уникальную для области операцию – 86-летней женщине установили двухкамерный электрокардиостимулятор.

Пациентка поступила в медучреждение в экстренном состоянии, была без сознания. Её оперировали в условиях кардиореанимации. Причём хирурги сначала поставили ей временный кардиостимулятор, чтобы спасти жизнь. Когда состояние пациентки стабилизировалось, ей установили уже постоянный двухкамерный кардиостимулятор.

Операцию курировал сосудистый хирург клинического кардиологического диспансера Саратова кандидат медицинских наук Денис Терехов.

Как сообщили в пресс-службе областного Минздрава, сейчас женщина чувствует себя удовлетворительно, но пока находится в реанимации, за её состоянием следят специалисты.

Андрей ФИРСОВ.

Пенза.

В Железноводской больнице – пополнение кадров

Как известно, строительство и капитальный ремонт медучреждений и последующее оснащение их современным оборудованием – всего лишь полдела в решении такой важной задачи, как обеспечение людей надлежащей медицинской помощью. Второй частью проблемы является пресловутый кадровый вопрос. На Ставрополье краевая программа модернизации первичного звена здравоохранения нацпроекта «Здравоохранение» охватывает обе части проблемы.

Так, новые врачи, завершив обучение в Ставропольском государственном медицинском университете, приходят в поликлинические отделения Железноводской городской больницы по целевому набору, молодые специалисты теперь возвращаются на работу по принципу «Где родился, там и пригодился».

В поликлинике № 1 с недавних пор приём ведут молодые терапевты Юлия Вышинская и Марина Емельяненко, а также педиатр Анастасия Зигуненко. В поликлинике № 2 начали приём пациентов терапевты Анна Фёдорова, Иван Стародубцев и Айша Тазартукова. «Стать педиатром мне посоветовала мама, она сама мечтала быть медиком, но как-то не сложилось. Мне очень нравились в школе биология и химия, но медицина казалась мне слишком сложным и ответственным делом. И только в 11-м классе эта перспектива заинтересовала по-настоящему, и теперь я нисколько не жалею о сделанном выборе. Считаю, что самое главное в моей профессии – помочь мамам вырастить их детей здоровыми, поэтому стараюсь уделять как можно больше внимания профилактике заболеваний маленьких пациентов», – рассказала А.Зигуненко.

Кроме «целевиков» на работу в подразделения Железноводской больницы приезжают работать и специалисты с большим опытом работы. В этом году в первой поликлинике Железноводска появился ещё один дерматовенеролог – Ольга Преображенская. А штат врачей поликлиники № 2 пополнила супружеская пара педиатров Артёма и Валерии Балдиных, приехавших на Ставрополье из Саратова.

Рубен КАЗАРЯН.

Ставропольский край.

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

Профсоюз – врачу
Как разрешить конфликты

В Астрахани прошёл учебный семинар для правовых инспекторов труда

В течение 3 дней профсоюзные юристы со всей России учились не только юридическим тонкостям, но и конструктивному поведению в конфликтных ситуациях, развитию навыков публичных выступлений и гибкой коммуникации.

Открывая семинар, председатель Профсоюза работников здравоохранения РФ Анатолий Домников, отметил, что в настоящее время это особенно важно. В своём видеообращении к участникам мероприятия он подчеркнул необходимость умения решать возникающие конфликты «на месте» и не



доводить дело до суда. С приветственной речью также выступили начальник правового управления профсоюза Марина Краснорудская и председатель Астраханской областной организации профсоюза Елена Свекольникова.

Профлидеры выразили уверенность, что участие правовых инспекторов труда ЦК профсоюза в семинаре поможет ещё лучше взаимодействовать с коллегами, эффективнее оказы-

вать им методическую и практическую помощь, качественнее проводить обучение и готовить новых внештатных инспекторов.

За 2 дня был прочитан целый курс, связанный с развитием профессионально важных качеств и деловых способностей в обеспечении нормативного поведения и комплаенса правовых инспекторов труда, а также конфликтологической компетентностью современного специалиста.

– Отдельно остановились на вопросах тактики, правил и культуры ведения переговоров и разрешения конфликтных ситуаций, – пояснила М.Краснорудская. – Участники семинара приняли участие и в практических занятиях. На примерах деловой игры они оттачивали мастерство навыков публичной речи путём имитации моментов, возникающих в их непосредственной профессиональной деятельности при проведении контрольных мероприятий в медицинских организациях, доведения результатов, как до сведения работодателя, так и коллективов медицинских работников, а также учились искать способы разрешения конфликтных ситуаций.

Итогом проведённого обучения стал «круглый стол», во время которого участники рассказали о практике своей работы, отстаивании интересов профсоюза и работников, подходах в применении норм трудового законодательства, а также обсудили итоги проверочных мероприятий в рамках гранта Президента РФ «Защита трудовых прав работников здравоохранения на достойную оплату и условия труда».

Андрей ДЫМОВ.

Особый случай
Врачи спасают жизни пострадавших в ижевской школе

Тринадцать детей и двое взрослых, пострадавших при стрельбе в Ижевске, были доставлены в Москву и госпитализированы в Российскую детскую клиническую больницу, НМИЦ нейрохирургии им. Н.Н.Бурденко, НМИЦ хирургии им. А.В.Вишневского, НИИ неотложной детской хирургии и травматологии и детскую городскую клиническую больницу № 9 им. Г.Н.Сперанского.

Напомним, что 26 сентября в школе № 88 в Ижевске её бывший ученик, который состоял на учёте в психоневрологическом диспансере, открыл стрельбу, а затем покончил с собой. Погибли 17 человек, в том числе 11 детей, ранения получили 23 человека.

«В больницах республики остаются 8 детей, пострадавших во время происшествия в ижевской школе. Никто из маленьких пациентов не находится в реанимации, все переведены в отделения хирургии и травматологии. Врачи оценивают их состояние как стабильное, средней степени тяжести», – сообщила вице-премьер правительства Удмуртии Эльвира Пинчук.

Она отметила, что детям оказывается вся необходимая помощь, родителям предоставили возможность находиться рядом с ними.

В свою очередь, заведующий кафедрой факультетской хирургии Ижевской медицинской академии Вячеслав Проничев рассказал, как местные врачи боролись за жизнь пострадав-

ших. По его словам, операции были сложными, пришлось задействовать всех хирургов, травматологов, а также анестезиологов-реаниматологов.

«Хирургов работало одновременно 11-13 человек, параллельно шло по 7 операций. Где требовалось, подключались нейрохирурги. Мы успели провести все операции в течение нескольких часов и стабилизировать пациентов», – сообщил хирург.

После случившегося сотрудники городских клинических больниц № 7 и № 8, а также детских поликлиник № 2 и № 9, проводят поквартирный обход семей учащихся. За несколько дней было осмотрено 1547 человек – 769 детей и 778 взрослых.

По словам медицинских работников, многие осмотренные школьники и их родители переживают шок после случившегося. Более 400 осмотренных нуждаются в психологической помощи. Также выявлено 70 человек, нуждающихся в санаторно-курортном лечении.

Сергей ФЁДОРОВ.

Перемены

Модификация субсидий

Минздрав России расширил перечень субсидируемых из федерального бюджета направлений работы подведомственных госучреждений. К компенсируемым статьям затрат добавились расходы на создание и регистрацию принадлежащих России объектов интеллектуальной собственности, описание технологического процесса создания медицинских изделий по проекту «Медицинская наука для человека» и формирование выездных врачебных бригад.

Речь идёт о предоставлении из федерального бюджета «иных субсидий», не связанных с капитальным строительством, выполнением госзадания на образовательную или медицинскую деятельность и не направленных на непосредственно оплату медпомощи.

Полный перечень направлений, по которым учреждениям Минздрава может предоставляться такая субсидия, содержит сейчас

92 пункта. В 2022 г. в список внесли организацию работы координационного центра по реализации Федерального проекта «Модернизация первичного звена здравоохранения», финансирование процесса перехода отрасли на МКБ-11, ведение государственного реестра курортного фонда, а также проведение генетических исследований для мониторинга генетической изменчивости SARS-CoV-2.

В 2020 г. в связи с пандемией возникли профильные затраты на переоснащение, перепрофилирование клиник и стимулирующие выплаты медикам. Эти расходы также погрузили в статью «иные субсидии», что, по данным Аналитического центра Vademesum, вызвало рост объёма финансирования по этой статье в сравнении с 2019 г. более чем в два раза – с 25 млрд до 54 млрд руб.

Теперь предполагается, что целевые средства, помимо названного выше, будут поступать на формирование и оснащение

выездных медицинских бригад (в том числе за пределы России), на комплекс мероприятий по регистрации объектов интеллектуальной собственности РФ, а также на формирование комплектов технической документации для разработки медицинских изделий в научно-образовательных комплексах полного цикла, создаваемых по фэдпроектору «Медицинская наука для человека».

Потребность в утверждении прав на интеллектуальную собственность появилась в связи с выходом в конце 2021 г. постановления Правительства РФ № 2550 «Об утверждении Правил управления принадлежащими Российской Федерации правами на результаты интеллектуальной деятельности, в том числе правами на результаты интеллектуальной деятельности, непосредственно связанные с обеспечением обороны и безопасности».

Также в правилах предоставления субсидий реформирован

пункт, согласно которому остатки целевой субсидии по согласованию с Минздравом переходят на следующий год – на те же цели. Ранее подобный порядок переноса был введён для расходования средств на ВМП-II.

Всего в ведении Минздрава России по состоянию на 2020 г. находилось 94 организации, в том числе монопрофильные медцентры, многопрофильные НМИЦ, медицинские вузы и образовательные организации, научные центры и НИИ, санатории, а также финансовые и организационно-методические организации, такие как ЦНИИОИЗ и ЦЭКММП.

Доходы 80 крупнейших медцентров и вузов министерства в 2020 г., по данным Аналитического центра Vademesum, составили порядка 303 млрд руб., из которых 132,5 млрд предназначены непосредственно на оказание медпомощи по ОМС и ВМП-II.

Леонид ПОЛЯКОВ.

Криминал

Домашний арест в Черноземье

Ленинский районный суд Тамбова избрал меру пресечения для врио руководителя Управления здравоохранения Тамбовской области Марины Лапочкиной, которую подозревают в превышении должностных полномочий. М.Лапочкина отправится под домашний арест на 2 месяца.

Её задержали в ходе утреннего совещания в Управлении здравоохранения Тамбовской области. В ведомстве прошли обыски по уголовному делу по статье 286 УК РФ (превышение должностных полномочий). В УМВД региона полагают, что чиновница «давала незаконные указания» врачам с целью скрыть результаты экспертизы на алкоголь, в результате которого погиб человек.

Местные СМИ сообщают, что речь идёт об аварии, случившейся в декабре 2019 г. в Мичуринске. Тогда потерявший управление багги врезался в столб, вследствие чего погиб пассажир. За рулём был сын местного крупного предпринимателя.

Местные суды, что характерно, не стали принимать во внимание экспертизу, которая засвидетельствовала наличие алкоголя в крови водителя багги. Прокуроры не сумели доказать, что предметом анализа была кровь молодого человека. После этого региональное МВД завело дело о подделке остальных анализов, которые показали отсутствие алкоголя.

Сообщений об увольнении арестованной М.Лапочкиной нет, на сайте Управления здравоохранения области она значится как врио руководителя ведомства.

Олег РОМАШОВ.

Инициатива

Патент на обработку

НМИЦ эндокринологии Минздрава России направил в Федеральную службу по интеллектуальной собственности заявку для регистрации патента на новый способ обработки скантинграфических изображений головы и шеи. Методика совершенствует прогнозирование риска возникновения вторичной облитерации слезоотводящих путей у пациентов после проведения радиодтерерапии и находится на стыке практических интересов эндокринологии, онкологии, офтальмологии и ядерной медицины.

Цель разработки – снижение частоты облитерации (сужения) слезоотводящих путей после проведения радиодтерерапии дифференцированного рака щитовидной железы. Распространённость этого осложнения находится в диапазоне от 7,7 до 27,4% в зависимости от назначенной дозировки 131-йода.

Существующие способы диагностики и оценки возможного развития вторичной облитерации слезных путей после радиодтерерапии не предполагают количественного анализа медицинских изображений и не обеспечивают высокой прогностической точности. Причина в том, что слезная система (протоки и железы) чрезвычайно сложна и узкоспециализирована. Специалисты ядерной медицины сталкиваются с проблемами артефактов медицинской визуализации, отсутствия чёткого описания границ раздела между различными зонами накопления радиофармацевтического лекарственного препарата (РФП) на основе 131-йода, отсутствия инструментальных приёмов, основанных на предварительной сегментации полученных изображений для определения областей, соответствующих слезоотводящим путям, а также комплекса параметров, характеризующих степень риска возникновения вторичной облитерации.

Предложенная учёными центра прогрессивная технология персонализированной диагностики применима к различным формам рака щитовидной железы. Она даёт возможность цифровой обработки и корректного расчёта индекса накопления 131-йода в слезоотводящих путях. Этот параметр может быть использован для назначения индивидуального плана наблюдения за пациентом после радиодтерерапии по поводу дифференцированного рака щитовидной железы, пояснила один из авторов изобретения директор НМИЦ эндокринологии профессор Наталья Мокрышева.

Она уточнила, что высокую точность выделения границ зон фиксации радиофармпрепарата даёт новый алгоритм сегментации скантинграфического изображения головы и шеи с установлением геометрических характеристик исследуемых зон накопления радиодйода.

Борис ЕФИМОВ.

Ориентиры

Вакцинация перед выпиской

В Сургутской окружной клинической больнице введено новшество: перед выпиской из стационарного отделения пациенты теперь могут по желанию пройти вакцинацию против COVID-19.

«Вакцинироваться могут граждане, не имеющие противопоказаний, перечень которых приводится в инструкциях применяемых вакцин», – отмечает главный специалист по инфекционным заболеваниям Департамента здравоохранения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры Людмила Катанова. По её словам, на сегодняшний день прививку уже получили более полусотни пациентов.

В приоритете люди из группы риска. Вакцинирование против COVID-19 способно помочь им перенести заболевание значительно легче, без госпитализации.

Елена ОСТАПОВА.

Сургут.

Подписка-2023

2023 Подписные Издания

ПОЧТА РОССИИ Газеты Журналы Альманахи Книги

1 полугодие

Официальный каталог Почты России на первое полугодие 2023 года

8 800 800 80 80

Все 6000 изданий (поглав номенклатура) представлены на сайте podpiska.pochta.ru

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.

КАТАЛОГ периодических изданий газеты и журналы

1 полугодие 2023 года

30 лет со свободной прессы

Избранные издания для бизнеса

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

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

Насилие над детьми в диспансере

По факту жестокого обращения с несовершеннолетними в Республиканском клиническом противотуберкулёзном диспансере Уфы возбуждено уголовное дело о ненадлежащем исполнении обязанностей по воспитанию детей, соединённое с жестоким обращением (ст. 156 УК РФ). Об этом сообщили в прокуратуре региона.

Проверку в медучреждении инициировал глава Следственного комитета РФ Александр Бастрыкин. История с насилием сотрудницы диспансера над детьми получила огласку после разошедшегося в соцсетях видео.

В ходе проверки соблюдения законодательства установлено, что воспитатель в детском отделении учреждения применила недопустимые методы воспитания к двум девочками 2016 и 2017 годов рождения.

Кроме того, выявлены нарушения санитарно-эпидемиологических требований. Так, потолки и стены в палатах, игровой комнате, а также мебель в них имеют дефекты и повреждения, препятствующие проведению очистки и уборки с применением моющих и дезинфицирующих средств.

Прокуратура Советского района Уфы внесла в адрес главного врача медицинской организации представление об устранении выявленных нарушений. Уголовное дело находится на контроле надзорного ведомства.

Андрей САВИЦКИЙ.

На конференции по врачебному самоуправлению, организованной Новосибирской областной ассоциацией врачей, было высказано коллективное мнение, что для решения кадрового вопроса в здравоохранении необходимы не разовые меры, а комплексная государственная программа. Одним из элементов этой программы должна быть профориентационная работа с «юношами, обдумывающими жизнь».

Как раз в этом разделе Новосибирская область имеет немалый опыт, достойный тиражирования. Региональный проект «Медицинские классы» реализуется здесь уже седьмой год. Будущих докторов и медицинских сестёр для учреждений здравоохранения области «выращивают» со школьной скамьи. Именно эти ребята оказываются наиболее высокомотивированными абитуриентами, а затем студентами и выпускниками медуниверситета.

— Как-то в разговоре с ректором Новосибирского государственного медицинского университета Игорем Маринкиным мы размышляли, что можно противопоставить нарастанию кадрового дефицита в отрасли. И сошлись во мнении, что надо серьёзно заняться профессиональной ориентацией старшеклассников в сторону медицины. Но ориентировать их не на слова, как это делалось прежде, а на деле, то есть с «полным погружением» в будущую профессию. Пустые разговоры с молодёжью бессмысленны, увлечь ребят медицинской можно, только показав, как она устроена изнутри. Так родилась идея организовать первый медицинский класс на базе общеобразовательной школы, — говорит главный врач Государственной новосибирской областной клинической больницы Анатолий Юданов.

Площадка для будущего специализированного класса нашлась быстро, руководство школы № 170, которая расположена неподалёку от областной больницы, не пришлось долго уговаривать. В 2015 г. здесь провели набор десятиклассников в первый ме-

Рядом с нами

Теория, дополненная реальностью

Нельзя уговорить человека стать врачом, надо его увлечь

дицинский класс. На старте их было 30 человек. По окончании школы 65% выпускников сделали выбор в пользу медицинской специальности, большинство из них поступили в Новосибирский ГМУ, несколько человек — в медицинский колледж. Остальные ушли в другие профессии, поняв, что медицина не их путь в жизни.

— Хорошо, что ребята поняли это вовремя, ещё не поступив в медицинский университет, а тем более не окончив его. Ведь тогда цена ошибки была бы значительно выше. В следующих наборах в медицинский класс итоговая статистика была примерно такой же, и это хорошие результаты. За два года молодые люди увидели медицину изнутри, оценили плюсы, не испугались минусов, стали чётче видеть очертания своего жизненного пути. Те же, кто в профессию врача не влюбился, теперь точно знают, чем им в жизни заниматься не нужно и почему, — убеждён А.Юданов.

В программе обучения в медицинском классе — углублённое изучение химии, биологии, русского языка. Добавлены специальные предметы — медицина, экология, медицинский английский. При этом погружение в профессию начинается с первых дней учёбы, формат учёбы — «теория с дополненной реальностью». В течение учебного года будущие медики знакомятся со всеми клиниками и диагностическими подразделениями боль-



ницы, с кафедрами медуниверситета, которые базируются здесь. В каникулы у них посещение операционных, отделений патанатомии, а также волонтерская практика в отделениях: транспортировка пациентов, помощь в перевязочных. Со своей стороны ведущие специалисты Государственной новосибирской областной клинической больницы регулярно проводят в школе тематические классные часы, рассказывают будущим коллегам о специфике своей области медицины.

В лечебном учреждении подчёркивают: все юридически значимые аспекты прописаны в документах.

В частности, оформляется согласие родителей на посещение учащимися медицинской организации с целью профориентации. Обязательно проводится инструктаж школьников по технике безопасности сначала общий, а затем — в отделениях, где ребята проходят практику. Время пребывания несовершеннолетних волонтеров в больнице, по закону, составляет не более 4 часов. Кстати, волонтерская практика была инициативой самих школьников, а руководство больницы и ректорат НГМУ её поддержали.

За шесть лет в медуниверситет поступили 118 выпускников меди-

цинского класса, ещё трое захотели стать ветеринарными врачами. Сейчас учится седьмой набор, это значит, через два года следующие выпускники гарантированно придут подавать документы о приёме в медицинский вуз. Справедливости ради надо отметить, что у ребят есть предпочтения при поступлении в университет, так как здесь заинтересованы именно в таких студентах — делающих профессиональный выбор осознанно и уже неплохо подготовленных по ряду дисциплин. К слову, за все годы существования первого медицинского класса ни один из ребят, которые окончили его и поступили в НГМУ, не был отчислен за неуспеваемость. Высокий уровень подготовки в медицинском классе позволяет его выпускникам поступать также в столичные медицинские вузы.

В 2021 г. инициатива областной больницы и Новосибирского ГМУ получила продолжение: теперь этот проект курирует уже областное правительство, благодаря чему в школах региона появилось ещё семь специализированных медицинских классов, два из которых — в сельских районах. Планируется увеличить количество таких классов до 10 и даже создать им единый симуляционный центр для отработки практических навыков.

Ирина БАЖЕНОВА.

Новосибирск.

Проекты

С учётом сложности экспертного исследования

Судебно-медицинская экспертиза: новые правила и исключения

Министерство здравоохранения РФ разработало проект приказа «Об утверждении Порядка проведения судебно-медицинской экспертизы в Российской Федерации». Документ в случае его принятия заменит действующий Порядок организации и производства судебно-медицинских экспертиз (СМЭ) в государственных судебно-экспертных учреждениях (приказ Минздравсоцразвития № 346н от 12.05.2010). Среди прочего проектом приказа вводятся четыре группы судебно-экспертных организаций в зависимости от типа экспертизы и устанавливаются предельные сроки проведения освидетельствования.

В случае утверждения документ вступит в силу с 1 марта 2023 г. и будет действовать 6 лет. В пояснительной записке к проекту сказано, что действующий порядок частично устарел, «в частности, в условиях современного развития медицины необходимо пересмотреть подходы к проведению судебно-медицинской экспертизы».

В проекте приказа прописан порядок приёма, регистрации и хранения материалов СМЭ, контроля за её ходом, определены правила работы экспертов и процедура направления объектов на исследование, а также установлено рекомендуемое штатное расписание и оснащение отделений судебно-эк-

спертных организаций отдельно по каждой из специализаций. Кроме того, вводятся новые санитарные правила, которые в том числе учитывают принятые из-за пандемии коронавируса нормы.

Согласно проекту документа, СМЭ в России могут проводить медицинские и другие занимающиеся медицинской деятельностью организации, которые имеют лицензию на проведение работ по судебно-экспертизе, — судебно-экспертные организации. В действующем приказе говорится о государственных судебно-экспертных учреждениях (ГСЭУ), а также экспертных подразделениях системы здравоохранения с лицензией на медицинскую деятельность по соответствующим работам.

Проект приказа определяет четыре типа судебно-экспертных организаций по виду проводимых ими экспертиз: СМЭ трупов, СМЭ в отношении живых людей, СМЭ по материалам дела, а также СМЭ вещественных доказательств и объектов биологического и иного происхождения, в том числе судебно-гистологическую, судебно-биологическую, генетическую, медико-криминалистическую, спектрографическую, биохимическую, судебно-химическую и химико-токсикологическую.

Одна и та же организация, сказано в документе, имеет право проводить экспертизу как по всем направлениям, так и по отдельным или нескольким из них. Для

каждого типа судебно-экспертной организации отдельными приложениями прописывается порядок осуществления экспертиз, штатное расписание и оснащение. Поправки в рекомендуемых перечнях сотрудников судебно-экспертных организаций связаны с изменением структуры организаций СМЭ и необходимостью обеспечить работу разных типов экспертных организаций, а также ускорить проведение экспертиз. В необходимое оснащение добавили современное оборудование (например, компьютеры с возможностью подключения к интернету).

Проект документа также вводит сроки проведения СМЭ. Их определяет руководитель судебно-экспертной организации «с учётом сложности экспертного исследования: в пределах 30 дней, с возможностью его продления на срок до 60 дней; в случаях проведения комиссионной или комплексной экспертизы — в пределах 180 дней». При определении сроков проведения экспертизы учитывают периоды её возможной приостановки из-за исполнения ходатайств (например, о предоставлении дополнительных материалов). Кроме того, сроки проведения СМЭ могут быть продлены «при одномоментном увеличении объёма поступающих в структурное отделение экспертиз, в том числе при чрезвычайных ситуациях». Ранее время, отводимое на осуществление экспертизы,

определялось в постановлении о назначении СМЭ.

Новым порядком «при невозможности проведения экспертизы» допускаются исключения, которые позволят руководителю судебно-экспертной организации с согласия органа или уполномоченного, назначившего её, увеличивать срок освидетельствования фактически без ограничений.

На данный момент высокая продолжительность СМЭ является серьёзной проблемой, рассказал старший юрист уголовно-правовой практики Антон Любимов. По его мнению, новый порядок в определённой степени решит этот вопрос, но полностью задержки в проведении экспертиз не исчезнут. Для этого необходимо справиться с перегруженностью отдельных экспертных учреждений, куда следственные органы направляют экспертизы со всей России, считает адвокат Иван Александров. В 2020 г. в федеральном Минздраве озвучивали намерение ограничить срок проведения экспертизы. «Данный пробел вызывает существенные затруднения при планировании деятельности при производстве судебно-медицинских экспертиз», — отмечали тогда в ведомстве. Однако корректировки в действующий порядок так и не были внесены.

Также в проекте документа изменены некоторые технические детали организации экспертиз. Например, вести журнал регистрации при-

ёма материалов для исследования нужно будет в электронной форме «в медицинской информационной системе судебно-экспертной организации» (бумажный носитель не отменен). Если в судебно-экспертную организацию доставили труп человека, скончавшегося в медучреждении, без раскрывающих состояние его здоровья документов, начало исследования тела можно будет отсрочить.

Если у специалиста есть подозрение, что труп подвергся воздействию радиации, то экспертизу должны приостановить, а эксперт должен сообщить об этом заведующему отделением и главе судебно-экспертной организации. Последний должен передать информацию органам власти региона. Порядок исследования таких тел входит в юрисдикцию Федерального медико-биологического агентства России. Кроме того, в документе сказано, что экспертиза трупа должна проводиться «с соблюдением достойного отношения к телу умершего и максимально возможным сохранением его анатомической формы», а после исследования его следует омыть водой.

В августе 2021 г. руководитель бюро СМЭ Ивановской области, вице-президент Ассоциации медицинского права России Сергей Ерофеев сообщил, что за 2020 г. в стране провели 5736 экспертиз. Это в два раза больше, чем в 2016 г.

Вячеслав ДАШКОВ.

Онкологические заболевания по-прежнему остаются проблемой глобального масштаба. По прогнозам ВОЗ, к 2040 г. заболеваемость ими во всём мире вырастет на 47%. Это серьёзный вызов, требующий максимального объединения усилий химио- и радиотерапевтов, анестезиологов, диагностов, терапевтов, нейро- и микрохирургов, организаторов здравоохранения и других специалистов, участвующих в процессе профилактики, диагностики, лечения и реабилитации онкологических больных. Именно такой междисциплинарный подход, характеризующий работу онкологической службы России, отличает и V Международный форум онкологии и радиотерапии For Life.

Форум способствует кооперации систем национального здравоохранения и медицинских сообществ, сопряжению потенциалов научных, исследовательских, образовательных центров, отметил в своём обращении к участникам Президент России Владимир Путин. Помимо таких традиционных мероприятий, как Всероссийская онкологическая школа, конгрессы РАТРО, «Эндоонко», секции торакоабдоминальной хирургии и онкогинекологии, онкокардиологии и радиохимирургии, встречи с организаторами здравоохранения, впервые в научную программу были включены дискуссии и обучающие семинары по эпидемиологии и профилактике рака, молекулярной диагностике и иммунотерапии, реабилитации и паллиативной медицине, психологии, офтальмоонкологии и правовым аспектам в онкологии.

Раньше столько не жили

Согласно данным, которые привела директор Департамента организации медицинской помощи и санаторно-курортного дела Минздрава России Екатерина Каракулина, в 2021 г. было выявлено 580 415 случаев злокачественных новообразований, что на 4,4% больше, чем в 2020 г. Заболеваемость ими в стране составляет 398 на 100 тыс. населения, смертность – 191 на 100 тыс. населения, распространённость рака – 2590 на 100 тыс. населения. Ведущие локализации среди мужчин – лёгкое (трахея, бронхи), предстательная железа, кожа (без меланомы), желудок, ободочная кишка, среди женщин – молочная железа, кожа (без меланомы), тело матки, ободочная кишка, шейка матки.

Разработка передовых методов, которые призваны улучшить качество и продолжительность жизни пациентов, в России не прекращалась, даже несмотря на пандемию, сказал генеральный директор НМИЦ радиологии, директор Московского научного исследовательского онкологического института им. П.А.Герцена – филиала НМИЦ радиологии, главный онколог Минздрава России, академик РАН Андрей Каприн. «Раньше столько не жили. Рак увеличивается в популяционном смысле, его стали лучше выявлять, работают скрининговые и диспансерные программы, позволяющие выявлять даже самые небольшие опухоли. Увеличилось количество органосохраняющих операций, появилось много разработок в области ядерной медицины, позволяющих заниматься метастатическими болезнями», – обрисовал он ситуацию.

Нужна помощь государства

О вызовах и ожидаемых прорывах в онкологии корреспонденту «МГ» рассказал А.Каприн:
– Наиболее болезненная история для нас – это тяжёлая техника. КТ, МРТ, линейные ускорители – всё это должно производиться в нашей стране, потому что для усиления, своего рода эволюции любой модели нужно производить её у себя. Очень важно, чтобы они раз-

вивались, превращались в новую и новую технику, чтобы мы были конкурентоспособны. Это требует от государства больших затрат. Нужны полигоны для испытаний. Это то, что нами утрачено, когда в 90-е годы нас уговаривали (всё идёт ещё оттуда): мы вам всё привезём и всё будет дешёвее. Мы временно должны воспользоваться аппаратурой, которую нам поставляют зарубежные коллеги, в том числе из Азии, чтобы развить свою собственную технику.

Многое делается в этом направлении, но многое ещё предстоит сделать. Важно, чтобы Минздрав,

Достояние страны

Когда-то онкослужбу критиковали за отсутствие полноценного канцер-регистра, сейчас тоже критикуют, но уже за то, что делается и ещё предстоит сделать. Главный онколог считает, что в этом деле предпринят огромный шаг вперёд и называет регистр достоянием страны. Он отражает состояние онкологической помощи населению, становится системой обеспечения процессов оперативного и стратегического управления, собираемая информация позволяет планировать и мониторить мероприятия по

важно проводить регулярные сверки, сформировать маршрутизацию информационного потока о пациентах, осуществлять методологический контроль со стороны НМИЦ, а также руководствоваться актуальным документом, регламентирующим учёт и регистрацию пациентов.

Впервые в рамках форума состоялась пациентская сессия, в которой участвовали и медики. Как отметил А.Каприн, в онкослужбе стремятся развивать взаимодействие с представителями пациентских организаций, понимая, как важно сплотиться больным,

и практикующих специалистов, и отделения, в которых можем эту помощь оказывать», – сказала она.

По её словам, система медицинской реабилитации, которую предстоит выстроить, будет включать три этапа, четыре уровня в зависимости от сложности ведения пациента, а также профили (нарушение функций, структур, ограничение жизнедеятельности при заболеваниях и состояниях центральной и периферической нервной системы, опорно-двигательного аппарата, соматических заболеваниях и состояниях). Весь процесс – диагностический,

Обсуждения

Объединить усилия ради жизни

Пятый год подряд форум онкологии и радиотерапии становится авторитетной междисциплинарной площадкой



Минобрнауки и Минпромторг объединились. Тогда будет перекрёстное финансирование, будут творческие коллективы, которые смогут приносить пользу стране, понимая, что больше никто эту технику для нас не сделает, никто её не обслужит.

Идей, прорывов большое количество. Мы очень благодарны Минздраву и лично министру за продвижение технологии радиофарминдустрии в стране. Много лет мы не получали госзадание по производству собственных радиофармпрепаратов, а сейчас эта возможность получена. Новые фармпрепараты включаются в комплексное комбинированное лечение онкопациентов. По результатам клинических испытаний, начавшихся 2 года назад, сегодня видим результаты – полная резорбция метастазов у больных с метастатическим кастрационно-резистентным раком предстательной железы. Раньше эти больные были некурабельны. Кстати, сырьё для этой процедуры лютеций-177 наше отечественное, производство которого можем увеличить до необходимых объёмов.

Хочу отметить, что уже создано несколько образцов тяжёлой техники, поступающей к нам на испытание. Например, линейный ускоритель «Оникс», созданный одной из организаций ГК «Росатом». Всероссийский научно-исследовательский институт автоматики им. Н.Л.Духова поставил на испытание нейтронный генератор отечественного производства, а Физический институт им. П.Н.Лебедева – протонный ускоритель для лучевого лечения рака. То есть по трём тяжёлым машинам мы уже в прорыве. Но для закрепления успеха, нужно этот коридор возможностей превратить в мощное производство. Здесь нам очень нужна помощь государства. Понятно, что инвесторы сюда не пойдут, это очень «длинные» деньги, нужны субсидии государства. А к проведению испытаний мы готовы.

борьбе с онкозаболеваниями. Поэтому особое внимание уделяется качеству сбора данных, а оно, как следует из доклада заместителя руководителя Координационного центра по реализации федерального проекта «Борьба с онкологическими заболеваниями» Ирины Аксёновой, пока что оставляет желать лучшего.

Дело в том, что по целому ряду причин данные формируются не всегда корректно. Например, на уровне заполнения первичной и учётной медицинской документации часто неверно формулируется диагноз, извещение не заполняется или в него вносятся неточные данные (паспортные, код по МКБ, морфологический тип опухоли, стадия, обстоятельства выявления и пр.). Неточности часто возникают и из-за несовершенной работы информационной системы в медицинской организации, когда, например, нет необходимой отметки о взятии пациента под диспансерное наблюдение. По данным ФФОМС, в РФ только 70% лиц с подтверждённым онкологическим заболеванием поставлены под диспансерное наблюдение, а в некоторых регионах – лишь 2-10%.

Нередко нарушается порядок передачи данных в онкодиспансер или организацию субъекта РФ, исполняющую функцию регистрации пациентов – сведения о выявленных ЗНО копятся, направляются несвоевременно. При том, что налаженный поток информации о пациентах – это один из инструментов системы маршрутизации пациентов, напомнила И.Аксёнова. Есть проблемы и со стороны персонала, нередко плохо владеющего правилами заполнения информационной системы учёта пациентов, кодирования диагноза и т.д.

По её словам, качество данных можно и нужно повышать. Для этого необходимы квалифицированный персонал, полноценная информационная система, методическая работа с врачами первичных онкологических кабинетов, ЦАОП.

родственникам и врачам в борьбе с тяжёлым недугом, как необходима медикам обратная связь: «Мы получаем критику с мест, из регионов и тут же включаемся в решение этих задач и проблем. Нельзя работать, если не получаешь обратной связи».

Если с пациентами взаимодействие успешно выстраивается, то онкоскрининг условно здоровых людей, которые не имеют жалоб и внешних проявлений онкологических заболеваний, пока идёт со скрипом. Как поделился ректор Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. И.П.Павлова академик РАН Сергей Багненко, на фоне успешно выстраиваемой системы высокотехнологичной и специализированной помощи очень сложно обстоят дела со скринингом. Он привёл в пример опыт собственного университета, где пытаются организовать простой скрининг в РМЖ среди прикрепленного населения. «Маммографии сколько хочешь, делай! Свои же врачи общей практики знают всех женщин, которым нужно пройти исследование, у нас получается в год пропустить 2 тыс. Но затратить на маммографию здоровую женщину, заматаную своими проблемами, отдельная огромная сложность. Мы даже наняли отдельную фирму, которая помогает нам их уговаривать. Имея все звенья, это сложно реализовать в одном университете. А попробуйте реализовать в стране! А таких скринингов нужно, как минимум, пять. Поэтому на нашем пути огромное количество нерешённых проблем, и нам всем вместе их решать», – сказал он.

Реабилитация по новой модели

С 2018 г. в стране предпринимаются беспрецедентные меры по развитию медицинской реабилитации, её нормативному регулированию, финансовому наполнению, внедрению новых технологий и методов. Ставится задача построить уникальную систему медицинских учреждений, которые оказывают реабилитационную помощь пациентам онкологического профиля на всех этапах, вплоть до выздоровления и возвращения в социум. Это очень непростые задачи, и подойти к ним смогли только благодаря интенсивному развитию онкопомощи в стране, отметила главный специалист по медицинской реабилитации Минздрава России Галина Иванова. «Почему сейчас мы об этом говорим, хотя вопросы существовали всегда? Не всегда мы к ним могли подойти так близко, как теперь. Только сегодня у нас появилась возможность говорить о результатах оказания медицинской помощи высокого уровня. Мы имеем и профессорско-преподавательский состав,

лечебный и реабилитационный – будет строиться на основе двух порядков – реабилитационного и онкологического, клинических рекомендаций, методических рекомендаций и протоколов.

На первом уровне медицинская реабилитация осуществляется в медорганизациях амбулаторно, в условиях дневного стационара, на втором – это специализированные отделения реабилитационных многопрофильных медучреждений, дневных стационаров, на третьем и четвёртом – многопрофильные специализированные краевые и областные федеральные медорганизации, онкологические диспансеры. Появится и референсный центр по онкологической реабилитации, который будет консультировать все организации по вертикали, отбирать пациентов и управлять их маршрутизацией. Кроме нормативного обеспечения вопрос решён и финансово. Медицинская организация, онкологический диспансер, которые открывают этот вид помощи, получают дополнительное финансирование, а также возможность сократить оборот специализированной койки за счёт увеличения оборота реабилитационной койки, на которую будет переводиться больная.

Г.Иванова уточнила, что в системе здравоохранения в реабилитации нуждаются 6,4 млн взрослых пациентов (по данным за 2019 г.). Пока что онкологические пациенты погружены в общую статистику (анестезиология и реанимация, неврология и нейрохирургия, кардиология и сердечно-сосудистая хирургия, пульмонология и терапия, травматология и ортопедия) и не выделены отдельно. Этой большой работой ещё предстоит заняться.

Лучшие в борьбе с раком

В рамках форума состоялась церемония награждения лучших специалистов в сфере борьбы с онкозаболеваниями. Они отмечены премией имени академика А.И.Савицкого – одного из основоположников современной системы онкологической помощи в стране, Героя Социалистического Труда. Это событие учредили в 2021 г. совместно крупнейшие в России профессиональные организации онкологов – Ассоциация онкологов России и RUSSCO, чтобы отметить заслуги и успешный опыт медицинских специалистов, лечебно-профилактических учреждений, общественных и пациентских организаций, подчеркнуть значимость роли онкологов и экспертов смежных направлений в успешном внедрении инновационных методик диагностики и лечения онкозаболеваний.

Римма ШЕВЧЕНКО,
корр. «МГ».

ОМС: реальность и перспективы

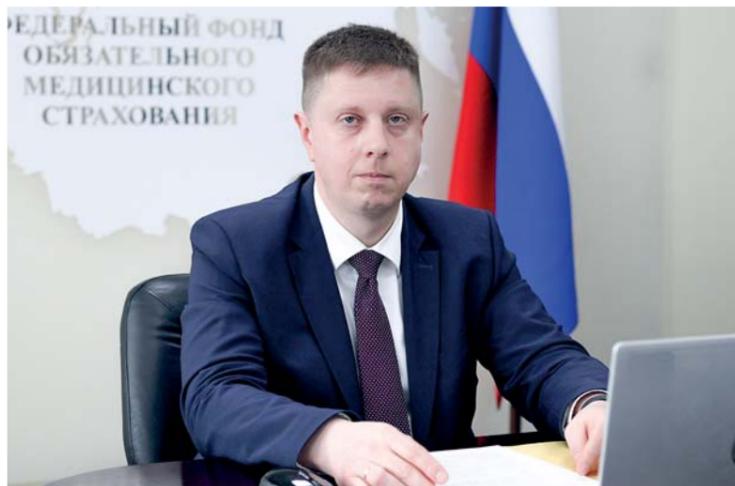
В НОВЫХ УСЛОВИЯХ

Субвенция на реализацию территориальных программ в 2023 г. вырастет на 11,6%

Запланированные расходы бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования превышают объёмы текущего года на 14,9% и составят 3,2 трлн руб. Основная часть из запланированных средств пойдёт на поддержку территориальных программ, в том числе значительные суммы заложены на проведение углублённой диспансеризации и развитие программ реабилитации, сообщил на совещании с директорами территориальных фондов ОМС председатель Федерального фонда ОМС Илья Баланин.

«В настоящее время идёт активная работа по формированию бюджета фонда на 2023-2025 гг. За три года доходы и расходы вырастут более, чем на 800 млрд руб. или на 29%. Субвенция на 2023 г. увеличена на 285 млрд руб., или на 11,6%. По сравнению с предыдущими годами, это беспрецедентный рост и вместе с ним возрастает и ваша ответственность по выполнению Программы госгарантий и расходованию средств», – отметил И.Баланин.

В части базовой программы ОМС планируются увеличение объёма медицинской помощи в амбулаторном звене на проведение профилактических мероприятий и тестирования на новую коронавирусную инфекцию. Впервые установлен норматив подушевого финансирования на медицинскую



И.Баланин во время совещания

реабилитацию, нормативы объёма и стоимости диспансерного наблюдения.

Также участники совещания обсудили вопросы реализации тарифной политики и новые подходы в оплате медицинской помощи. Затронули тему обеспечения доступности медицинской помощи в федеральных учреждениях и результаты контрольных мероприятий.

Среди текущих актуальных задач председатель ФФОМС выделил совершенствование методики, направленной на стимулирование медицинских работников первичного звена на выполнение национальных целей здравоохранения,

а также продолжение перевода наиболее распространённых методов ВМП из внебазовой программы в базовую, а также в специализированную медицинскую помощь, что увеличивает доступность населения к данной медицинской помощи.

«Первоочередная задача – обеспечить финансовую стабильность медицинских учреждений системы ОМС и доступность качественной медицинской помощи для граждан. Увеличение объёмов финансирования в следующем году будет способствовать обеспечению всех целей и задач, которые ставятся в сфере здравоохранения, в том числе в рамках реализации

национальных проектов. Таким образом, качественная медпомощь, в том числе высокотехнологичная, станет для жителей донского региона ещё более доступной», – прокомментировал прошедшее совещание директор территориального фонда ОМС Ростовской области Максим Григорьев.

По мнению директора территориального ФФОМС Республики Марий Эл Татьяны Груздевой, одним из приоритетных направлений здравоохранения в 2023 г. будет развитие в республике медицинской реабилитации, являющейся процессом, направленным на предоставление всесторонней помощи больным и инвалидам для достижения ими максимально возможной физической, психической, профессиональной, социальной и экономической полноценности, и средства для этого в системе ОМС обеспечены.

«Реабилитация очень востребована среди жителей нижегородского региона. По состоянию на 1 сентября 2022 г. ею воспользовались почти 3 тыс. жителей, в том числе только в августе – 1,5 тыс. Объём выполнения данной медпомощи населению набирает необходимый темп и к концу года обретёт полноценную нагрузку», – отметила директор территориального ФФОМС Нижегородской области Светлана Ермолова.

Алексей ПИМШИН.

Фото
Александра САЛЮКОВА.

Тенденции

Чтобы не пропустить опасную опухоль у маленьких пациентов, онконадзорность должны проявлять детские специалисты всех профилей, подчеркнула заместитель министра здравоохранения Новосибирской области Татьяна Анохина, обращаясь к коллегам на региональной конференции педиатров. Зачастую первым врачом, к которому попадает ребёнок с какими-то неспецифическими симптомами рака, оказывается не только не онколог, но даже не педиатр, а, к примеру, офтальмолог, невролог или пульмонолог.

Особое внимание организаторы форума обратили на нейробластому – высокозлокачественную опухоль симпатической нервной системы, которая отличается особой агрессивностью: она быстро растёт и даёт метастазы.

Поводом послужило, с одной стороны, радостное событие – в регионе начали применять для лечения нейробластомы у детей новый препарат, только что зарегистрированный в России и закупаемый Фондом поддержки детей с тяжёлыми жизнеугрожающими и хроническими заболеваниями «Круг добра» персонально для каждого ребёнка с таким диагнозом. По словам заведующей отделением детской онкологии и гематологии Новосибирской областной больницы Ксении Гостевой, речь идёт об иммунотерапии нейробластомы, а этот метод оценивается специалистами, как серьёзный прорыв в онкологии.

– Суть метода в том, что с помощью специальных препаратов в организме больного активируются собственные иммунные

Касается каждого детского врача

Нейробластома прячется за разными личинами

клетки-киллеры, убивающие опухоль, – пояснила детский онколог.

С другой же стороны, необходимо привлечь внимание педиатрического сообщества к этой патологии обусловлена высокой запущенностью нейробластомы. Необходимо сосредоточиться на ранней диагностике – вот главный посыл детских онкологов к педиатрам. К.Гостева также обратила внимание на то, что и родители не должны оставлять без внимания проявления недомогания у детей: порой за симптомами, которые кажутся привычными и несущественными, может скрываться опасная болезнь.

– У большинства пациентов на начальной стадии болезни специфических симптомов нейробластомы нет. Они появляются уже когда опухоль достигает больших размеров либо появляются метастазы. Вот почему и родителям малышей, и детским врачам всех специальностей необходимо обращать внимание на неспецифические симптомы, то есть проявлять онконадзорность. Это особенно важно в отношении младенцев, которые ещё не могут обозначить словами, что их беспокоит, – подчеркнула К.Гостева.

Специалист отметила, что самый частый симптомокомплекс

при опухолях вообще – усталость, вялость, бледность, периодически возникающая лихорадка без видимых причин, сильная потливость у ребёнка. Важную информацию врачу даёт внешний осмотр пациента: увеличение живота, вздутые вены, увеличенные лимфоузлы, гематомы вокруг глаз, кровоизлияние в орбиту глаза. Следует обращать внимание на вздутие живота, запоры, диарею, боли, потерю аппетита, тошноту и рвоту, которые также могут быть симптомами опухолевого процесса. У детей младенческого и раннего возраста – на отсутствие набора веса. Более старшие дети могут жаловаться на боли в костях.

Что касается проявлений конкретно нейробластомы, это частые боли в животе, изнуряющая диарея, которая зачастую доводит ребёнка до реанимации, потому что с ней невозможно справиться никакими препаратами. Неврологи и кардиологи должны проявлять онконадзорность, встречаясь со случаями артериальной гипертензии у детей: это опухоль может выделять вазоактивные вещества. Также неврологам следует обратить особое внимание на пациентов, которые испытывают затруднения при дыхании и глотании – именно так может прояв-

лять себя нейробластома, которая локализуется в шейно-грудной области. Опухоль в средостении проявляется длительным сухим кашлем и деформацией грудной клетки.

– Группа высокого онкологического риска – дети с врождёнными пороками развития и генетическими синдромами, в отношении них у педиатра должна быть онконадзорность изначально, – акцентировала заведующая отделением областной больницы.

Детские онкологи напомнили педиатрам алгоритм лабораторной и лучевой диагностики при подозрении на опухолевый процесс у ребёнка. Также обозначили маршрутизацию пациентов по профилю «детская онкология» в регионе: в каких учреждениях ведётся консультативный приём пациентов с гемобластомами (лейкозы, лимфомы) и солидными опухолями, а в каких проводится специализированное стационарное лечение маленьких пациентов с онкологическими заболеваниями. Наличие у педиатров такой информации позволит им направить пациента в нужном направлении максимально быстро.

Ольга БЕРЕЦКАЯ.

Новосибирск.

Признание

Молодые профессионалы в фармацевтике

Объявлены победители соревнований финала X Национального чемпионата «Молодые профессионалы» в области фармацевтики, в котором приняли участие студенты профессиональных образовательных учреждений в возрасте от 16 до 25 лет и юниоры до 16.

Победителями стали Виктория Емельянова (Москва), Элен Басырова (Республика Башкортостан) и Алина Смоленцева (Республика Татарстан).

Для подведения итогов в Саранск прибыло более 280 человек, которые продемонстрировали своё мастерство в 25 компетенциях. Около 700 конкурсантов присоединились к соревнованиям дистанционно и боролись за звание лучшего по 41 профессиональному направлению.

Главный акцент конкурсных заданий по фармацевтике был сделан на понимание ситуации на отечественном рынке и знание потребностей отрасли в текущей экономической ситуации.

«Фармацевтическая отрасль в новых экономических реалиях одной из первых ощутила проблемы дефицита собственного производства товаров аптечного ассортимента и зависимость от зарубежных поставщиков, – отметила главный эксперт чемпионата по компетенции «Фармацевтика» Светлана Усатова. – Общей целью всех фармацевтических компаний стало импортозамещение и развитие новых партнёрских отношений с дружественными России государствами. Я считаю, что наша компетенция станет помощником в повышении производительности труда в российских фармацевтических компаниях и транслятором практик подготовки кадров при проведении совместных тренировок с участниками из стран-партнёров для обмена опытом».

Отмечено, что наибольшее развитие в последнее время получила фармацевтическая отрасль в двух регионах – Республике Крым и Сахалинской области.

Об этом, в частности, свидетельствуют показатели приёмной кампании на специальность «фармацевтика» в Республике Крым: более 8 человек на место. По словам заместителя главного эксперта чемпионата по юниорам Натальи Мельниковой, которая занимается развитием направления в регионе, ежегодно три колледжа в Крыму выпускают более 300 специалистов, но высококвалифицированных фармацевтов здесь всё равно не хватает.

«Чем можно объяснить повышенный интерес к нашей профессии? Думаю, его диктует сам ход развития человечества: повышается уровень жизни, у людей появляется желание продлить как физическую, так и эмоциональную молодость, – говорит Н.Мельникова. – Поэтому фармацевтическая промышленность развивается очень интенсивно, и это требует постоянного притока специалистов».

Алёна КСЕНИНА.

Саранск.

– Александр Эдуардович, насколько я знаю, вы пришли в Научный центр гематологии совсем из другой области медицины. Казалось бы, зачем нужны специалисты по проведению малоинвазивных внутрисосудистых операций в клинике болезней крови, и, вообще, какая может быть хирургия в гематологии?

– В гематологии хирургия, в том числе сердечно-сосудистая, как раз и необходима, здесь нам самое место. Эту идеологию исповедовал и доказывал академик Андрей Иванович Воробьёв, который долгие годы возглавлял Гематологический научный центр. Из-за нарушений системы кровотока и гемостаза пациенты гематологического профиля очень сложны для оперативного лечения, они требуют особых хирургических подходов, участия многих специалистов. Понимая это, академик А.Воробьёв сформировал в хирургической службе института сердечно-сосудистое направление, пригласил профессора В.Емельяненко и меня.

Он оказался прав на сто процентов: специализированным кардиохирургическим клиникам с такими пациентами не всегда удаётся справиться по объективным причинам. И это не только отечественная, а общемировая ситуация. Коллега-кардиолог вернулась с международной конференции и говорит: за рубежом больных с заболеваниями сердца и показателем тромбоцитов менее 100 тыс. никто не берётся оперировать, а мы оперируем с показателями и 20 тыс., и 8 тыс., потому что у нас за спиной гематологи.

Гений академика А.Воробьёва также проявился в том, что он взглянул далеко вперёд, предположив взаимное влияние гематологических патологий и сердечно-сосудистых заболеваний. Состояние стенки сосуда, функционирование сердечно-сосудистой системы как таковой влияют на состав крови, определяют её текучие свойства, отсюда реакции системы гемостаза. И наоборот: состояние крови существенным образом отражается на состоянии стенки сосуда. Андрей Иванович угадал и распознал эти тонкие связи. Так, он убеждал коллег, что все люди, страдающие атеросклерозом – по умолчанию гематологические больные, ведь они умирают не от самого атеросклероза, а от его осложнений. Почему бляшка, которая могла спокойно существовать в сосуде 10-15 лет, вдруг начинает «хулиганить»: возникают тромботические осложнения, которые приводят к гибели человека? Под руководством академика мы изучали данный феномен и получили некоторые интересные результаты.

Кстати, необходимость сердечно-сосудистой службы в гематологии доказывает исследование, которое было проведено в Европе. Оказалось, что в 76% случаев пациенты, которым планируется высокодозная полихимиотерапия при онкогематологических заболеваниях, нуждаются в помощи со стороны кардиологов, ангиологов, кардиохирургов либо до начала терапии, либо после неё. Если у гематологического пациента исходно есть коронарные проблемы, то, проводя химиотерапию, мы подвергаем его риску тромботических осложнений. В таком случае нужно выполнить пластику коронарных сосудов, отработать кардиопривентивную терапию до и после курса полихимиотерапии.

– В «обычной» хирургии не проще ли было?

– Чем мне нравится работать в нашем институте, так это как раз тем, что задачи, которые необходимо решать, часто бывают очень сложными и неординарными. Например, поступает пациент с гемофилией и аневризмом сосудов головного мозга, надо подобрать максимально верный подход к хирургическому лечению. Или сочетанная патология «гемофилия плюс коронарная болезнь» – тут тоже надо крепко подумать, каким образом оперировать.

Кстати, таких коморбидных больных будет появляться всё больше и

на днях в хирургической жизни страны произошло весьма значимое событие: стало известно о том, что специалисты Национального медицинского исследовательского центра гематологии успешно выполнили малоинвазивное вмешательство через необычный доступ, которым традиционно в эндоваскулярной хирургии не пользуются – трансумбиликальный, то есть через пупочную вену. Речь идёт о пациентке с тромбом в воротной вене и конгломератом варикозно расширенных вен размером 7 на 5 см в труднодоступной зоне – на границе пищевода с желудком. Устранив обе угрозы, хирурги мини-

мизировали риск жизнеугрожающего желудочно-кишечного кровотечения.

Каково же было удивление корреспондента «МГ», когда оперировавший пациентку хирург кандидат медицинских наук Александр ВАСИЛЬЕВ рассказал, что на самом деле это уже не первый, а второй в его практике случай использования пупочной вены. Предыдущий тоже был успешным, но об этом не сообщали в новостях. Почему? Потому что есть среди врачей такие, кто отличается не только новаторским даром, но и какой-то нетипичной скромностью. Мой собеседник – из их числа.

Экспертный уровень

Выход из безвыходной ситуации

Применение нестандартного метода лечения дало хороший результат

больше вот почему: современная лекарственная терапия в гематологии позволяет успешно протезировать утраченные функции системы кровотока, но при этом у пациентов стали чаще развиваться уже не опасные для жизни кровотечения, а инфаркты и инсульты. Данное обстоятельство требует курации больных гемофилией со стороны кардиологов и неврологов, а также выработки хирургических тактик в лечении сердечно-сосудистых катастроф при нарушении свёртываемости крови.

Ещё одна группа больных, которые при поверхностном взгляде не имеют к гематологии отношения, а на самом деле наоборот – пациенты с дисплазией соединительной ткани. Есть научные работы, которые доказывают, что при дисплазии происходят сбои в системе гемостаза. Исходя из этого, «диспластики» тоже становятся нашими пациентами, подходы к их хирургическому лечению должны формироваться с участием гематологов и хирургов.

– Осмелюсь предположить, что специализированные общехирургические, нейрохирургические, кардиохирургические клиники не в восторге от того, что в гематологическом центре берутся за лечение «их» пациентов.

– На самом старте в 2009-2010 гг., когда мы впервые заявили в Минздраве России о своих возможностях и претендовали на федеральные квоты для оказания высокотехнологичной помощи, недовольство в определённых кругах действительно было. И только благодаря авторитету академика А.Воробьёва федеральные квоты нам дали. Это к вопросу о роли личности в истории.

Вообще, если конкуренция в медицине созидательная, то она полезна. А если она разрушительная, кому от неё польза? Для больных это однозначно вред, тогда ради чего конкурировать? Тем более, что при столь высоком уровне заболеваемости пациентов хватит на всех.

– Вернёмся к случаю с нетипичным хирургическим доступом – через пупочную вену. Это было вынужденное решение в действительно безвыходной ситуации или просто попытка освоить нечто новое?

– Я скажу так: это была попытка освоить новое в безвыходной ситуации. Хотя два года назад мы с коллегами уже опробовали доступ через пупочную вену. Тогда мы оперировали 32-летнюю пациентку, у которой в результате много-



оральных контрацептивов развилась печёночная недостаточность, оказались «посажены» печёночные вены и воротная вена. Нам удалось с помощью микрокатетерной техники восстановить проходимость печёночных вен и затем через пупочную вену реканализировать ветви воротной вены, закрыть варикозные узлы. У нас всё получилось.

В этот раз нашей пациенткой стала женщина 65 лет, у которой в анамнезе сахарный диабет и цирроз печени с целым каскадом осложнений: портальная гипертензия, варикозное расширение вен пищевода и желудка, увеличение селезёнки, печёночная энцефалопатия, хроническая гипохромная анемия, тромбоцитопения и другие. Такие пациенты однозначно требуют помощи большой команды врачей разных специальностей, включая хирургов. К нам она попала после трёх эпизодов желудочно-кишечного кровотечения, следующее могло оказаться фатальным, если не эмболизировать варикозно расширенные вены и не выключить их из системы кровотока.

Обследование преподнесло сюрпризы. Помимо большого конгломерата варикозно расширенных вен, расположенного в анатомически труднодоступной для эндоваскулярного лечения зоне, во время УЗИ мы увидели тромб в расширенной воротной вене в устье правой доли печени. Наша задача заключалась в том, чтобы убрать тромб и восстановить проходимость воротной вены, а также эмболизировать варикозно расширенные вены, тем самым минимизировать вероятность очередного кровотечения. И тут мы столкнулись с проблемой доступа. Дотянуться гиб-

ким эндоскопом через пищевод к варикозному узлу было нельзя, проводить открытую операцию – значит, создавать для больной дополнительные риски. Оптимальное решение в подобных случаях – малоинвазивное эндоваскулярное вмешательство. Решили пройти и в воротную вену, и к варикозно расширенным венам пищевода через пупочную вену.

– Но ведь это вне привычных протоколов. А если бы не получилось?..

– У нас не было выбора. Мои два самых нелюбимых слова в медицине – стандартизация и услуга. Мы же не табуретки делаем, а людей лечим. Здесь невозможно стандартизировать всё до мелочей, особенно когда речь идёт о пациентах эксклюзивных или коморбидных. Иногда... да что там – практически всегда нам приходится отступать от стандартов. Я воспитанник советской медицинской школы, наставники учили нас индивидуальному подходу к каждому больному.

Известно, что у здоровых людей пупочная вена не задействована в кровотоке, тогда как у пациентов с портальной гипертензией она берёт на себя часть венозного оттока, что даёт принципиальную возможность для проведения операции. Чем мы и воспользовались.

Пупочная вена оказалась очень извитой. Тем не менее, нам удалось зайти по ней не только в воротную вену, но также осмотреть селезёночную, верхнюю брыжеечную и левую желудочную вены, таким образом, мы получили важную дополнительную диагностическую информацию. Нашли тромб, через катетер ввели устройство для его дезинтеграции и экстракции.

В результате операции улучшился кровоток в системе воротной вены.

Через несколько недель выполнили второй этап лечения – через тот же доступ завели микрокатетер, подобрались к варикозным узлам, эмболизировали их и выключили из кровотока. Обычно микрокатетерная техника используется для работы на мозговых артериях, например, при остром инсульте, мы же применили её в другом сосудистом бассейне и оказалось, что новый подход успешно работает.

Сразу поясню, почему решили оперировать в два этапа с интервалом во времени, а не одномоментно. Во-первых, это всё-таки первые наши попытки использовать нестандартный венозный доступ, и надо было соблюдать осторожность, чтобы сразу не дискредитировать метод. Во-вторых, рентгенэндоваскулярная хирургия предполагает использование контрастного вещества и сопровождается лучевой нагрузкой на пациента и медперсонал, которые также надо было дозировать.

– В мировой научной литературе есть указания на использование эндоваскулярными хирургами пупочной вены в качестве доступа?

– Теоретически этот доступ возможен, и это известный факт, но технически сложен и потому не используется. Мы нашли в международной библиотеке только два указания на его применение. В 1982 г. была одна успешная попытка хирургов в США через пупочную вену закрыть варикозные вены пищевода, а в 2013 г. японские специалисты опубликовали статью о том, что они трансумбиликальным доступом закрыли геморроидальные узлы. Неожиданное решение, но почему-то хирурги пошли к прямой кишке именно таким замысловатым путём. Видимо, для этого у них были причины.

А вот случаи удаления тромбов из печёночных вен через трансумбиликальный доступ в мировой научной литературе не описаны. В НМИЦ гематологии это выполнено впервые.

– В медицине нередко бывают безвыходные ситуации. Наверное, и в этих двух случаях можно было сказать с чистой совестью, что вариантов малотравматичного лечения нет. Но вы всё-таки взяли, пойдя нетрадиционным хирургическим путём.

– После двух случаев применения данного подхода, конечно, ещё нельзя назвать традиционным, но он уже и не уникальным.

Нам помогла микрокатетерная техника, которая изначально была разработана специально для нейрорадиологии, а теперь оказалась востребована и в других областях хирургии. В принципе все прорывные идеи и технологии рождаются на стыке наук и дисциплин. И в этом отношении эндоваскулярная хирургия является специальностью интегрирующей, она объединяет самые разные направления медицины – нейрохирургию, кардиологию, гинекологию, гастроэнтерологию, используется в лечении самых разных заболеваний.

– Вы выполнили хоть и малоинвазивное по форме, но очень серьёзное по содержанию вмешательство, устранили риск смертельно опасного кровотечения. Однако речь идёт лишь о паллиативной помощи, ведь причина – цирроз печени – не устранена. Означает ли это, что трансплантация – следующий и неизбежный этап лечения в таких случаях?

– Наблюдение со стороны гепатологов и соблюдение пациенткой всех врачебных рекомендаций могут продлить период безопасной жизни и отсрочить трансплантацию. Если будет необходимо ещё раз провести эндоваскулярное вмешательство, так и сделаем: мы можем заходить в венозную систему сколько угодно раз, в том числе, через пупочную вену. Чем позднее придёт к пересадке печени, тем лучше.

Беседу вела Елена БУШ, обозреватель «МГ».

КОНСПЕКТ ВРАЧА

Выпуск № 37 (2349)

Паническое расстройство (ПР) (эпизодическая пароксизмальная тревога) – одно из наиболее распространённых психических расстройств, которое проявляется повторными паническими приступами, часто возникающими спонтанно, непредсказуемо для пациента без связи со специфическими ситуациями, конкретными объектами, физическим напряжением или опасными для жизни ситуациями, при этом довольно быстро формируется антиципационная тревога – страх ожидания приступа.

Этиология и патогенез. Среди факторов риска появления панического расстройства (ПР) выделяют:

Личностные особенности – общая негативная аффективность, склонность к переживанию негативных эмоций и тревожная сенситивность (предрасположенность к негативной оценке различных проявлений тревоги и представления об их негативных последствиях для здоровья). Отдельным фактором рассматривается склонность к тревожным руминациям, размышлениям по поводу паники, хотя их степень риска в развитии ПР пока не определена. Наличие в анамнезе кратковременных приступов страха (ограниченных по времени приступов паники, не удовлетворяющих диагнозу ПР) может быть фактором риска манифестации панической атаки (ПА) и ПР. Выраженная сепарационная тревога в детстве часто встречается у пациентов с ПР, но не рассматривается как самостоятельный предиктор ПР.

Социальные факторы – наличие плохого обращения в детстве, сексуального и физического насилия в анамнезе пациентов с ПР встречается чаще, чем при других тревожных расстройствах. Имеются исследования, указывающие на то, что дети, воспитанные матерями, страдающими ПР, чаще страдают этим расстройством, по сравнению с пациентами, у чьих матерей не было ПР. На сегодняшний день неясно отражает ли данный факт влияние генетического фактора, тревожной готовности, как результата воспитания, или их комбинацию. Курение считается фактором риска, как для ПА, так и для ПР. Многие пациенты отмечают наличие конкретных ситуаций напряжения, предшествовавших первой ПА (межличностные трудности, физические недомогания, побочные эффекты при приёме препаратов, общий наркоз, болезнь или смерть члена семьи), в ряде случаев эта связь устанавливается в процессе психотерапии.

Генетические и физиологические факторы – ПР относится к полигенным мультифакторным заболеваниям, активно ведётся изучение генетических полиморфизмов (множества генетических вариантов), отвечающих за манифестацию ПР. Имеется повышенный риск заболеть ПР, если родители страдают тревожными, депрессивными или биполярными расстройствами. Современные нейробиологические исследования указывают на особую роль амигдалы и связанных с ней структур для ПР. Рассматривается значение аномалий строения и функций лимбической системы, базальных ганглиев, ствола мозга, височной и префронтальной коры. Дыхательная патология, такая как астма, связана с ПР на уровне анамнеза, коморбидности и семейного анамнеза.

ПР является на сегодня наиболее изученным среди тревожных расстройств, тем не менее не существует единой концепции этиопатогенеза данной патологии. Популярными являются вегетативная теория, которая базируется на изучении кардиальных показателей взаимодействия симпатической и парасимпатической систем и реакции на норадренергические препараты. Имеющиеся данные подтверждают, что ПР может формироваться вследствие дисфункции или нарушения взаимодействия между симпатическим и парасимпатическим отделами вегетативной нервной системы. Другая популярная теория – серотонинергическая, в пользу которой дополнительно говорит хороший терапевтический эффект при применении серотонинергических препаратов. Тесные взаимодействия между серотонинергической и другими нейромедиаторными системами, в особенности норадренергической, при её дисфункции может приводить к нарушениям вегетативной регуляции и манифестации ПР. Изучается роль нарушений в ГАМК-эргической передаче и орексиновой системы мозга.

В развитии ПР также рассматриваются нейроэндокринные аспекты патогенеза, имеет значение функционирование гормональных систем организма, уровень и динамика кортизола, пролактина, эстрогена, тиреотропного гормона (ТТГ).

Существует ряд теорий, которые, признавая существенную роль биологического фактора, в качестве причины ПР определяют психологические факторы. Наиболее популярной является когнитивная теория. Она указывает на то, что пациенты с ПР имеют специфические личностные характеристики: повышенную тревожную чувствительность

и снижение interoцептивного порога, тенденцию к катастрофическому стилю мышления, стремлению к гиперконтролю. Эта теория подтверждается в экспериментах, где такие индивиды отмечают значительно большее число симптомов при провокации физической нагрузкой. Психодинамический подход указывает на то, что опыт эмоциональной депривации со значимым другим, олицетворяющим безопасность и отсутствие стабильной привязанности в раннем детстве, приводит к дефициту в структуре личности, определяющим проблемы в дифференциации психических и соматических ощущений и регуляцию аффективного напряжения, что создаёт предрасположенность для манифестации ПР.

Эпидемиология. ПР наиболее часто встречается в возрасте от 25 до 64 лет, данные большинства эпидемиологических исследований показывают 2-4-кратное преобладание женщин над мужчинами. Распространённость данного заболевания среди населения составляет по разным исследованиям от 2 до 5%. В РФ ПР диагностируется относительно чаще, чем за рубежом, прежде всего в европейских странах.

Клиническая картина. В клинической картине ПР ведущее значение имеет периодическое возникновение приступов панических атак различной интенсивности, страх и тревога ожидания новых приступов, а также высокая вероятность формирования ограничительного поведения.

Типичная картина приступа
Характерное начало симптомами со стороны сердечно-сосудистой системы – с внезапно начавшегося «сильного сердцебиения», ощущения «перебоев», «остановки», дискомфорта или боли в области сердца. Большинство панических атак сопровождаются подъёмом артериального давления (АД), цифры которого могут быть достаточно высокими. По мере снижения интенсивности ПА цифры АД снижаются параллельно дезактуализации страха, что может служить надёжным диагностическим критерием при дифференциальной диагностике гипертонической болезни с кризовым течением и панического расстройства.

Наиболее выраженные нарушения в дыхательной системе: затруднённое дыхание, чувство нехватки воздуха с одышкой и гипервентиляцией, «чувство удушья». Описывая приступ, пациенты сообщают, что «перехватило горло», «перестало поступать воздух», «стало душно». Именно эти ощущения заставляют больного открывать окна, балкон, искать «свежий воздух». Приступ может начинаться с ощущения удушья, и в этих случаях страх смерти возникает как следствие «затруднения» дыхания.

Реже наблюдаются желудочно-кишечные расстройства, такие как тошнота, рвота, отрыжка, неприятные ощущения в эпигастрии.

Как правило, в момент ПА наблюдаются головокружение, потливость, тремор с чувством озноба, «волны» жара и холода, парестезии, похолодание кистей и стоп.

В завершающей стадии приступа могут быть полиурия и/или частый жидкий стул.

Объективно определяются изменение цвета лица, частоты пульса, колебания АД, причём нередко обнаруживается диссоциация между субъективным переживанием вегетативных нарушений больными и их выраженностью при объективном осмотре.

Ключевым отличием ПР от изолированных ПА является формирование страха ожидания

новой ПА и, как следствие, охранительного поведения, то есть избегания мест и ситуаций, в которых уже возникла ПА (например, общественного транспорта, большого скопления людей и т.п.).

Вторичные нарушения:

- вторичные страх смерти, утраты самоконтроля, сумасшествия
- вторичное избегание какой-либо ситуации, в которой ПА возникла впервые
- вторичные страхи остаться одному, людных мест, повторных ПА
- вторичные социальные фобии
- вторичные ипохондрические расстройства
- вторичные депрессивные расстройства
- вторичное злоупотребление алкоголем (с анксиолитической целью)
- вторичная зависимость от седативных средств.

Разновидности панических приступов:

- а) по представленности симптомов:
 - большие (развёрнутые) панические приступы – 4 симптома и более

- 3. ипохондрия;
- 4. ограниченное фобическое избегание;
- 5. обширное фобическое избегание, вторичная депрессия.

Заболевание может развиваться медленно в течение месяцев и лет, а может быстро – в течение дней или недель. В 50% случаев ПР начинается со стадии 1-й, а в 50% – со стадии 2-й.

По мере продолжения приступов паники они могут связываться с различными жизненными обстоятельствами, которые становятся как бы условными фобическими триггерами. Панические приступы, возникнув, имеют тенденцию к закреплению и повторяются в сходных ситуациях (места большого скопления людей, общественный транспорт и пр.) У больных возникают тревожные ожидания возможности повторения приступов (антиципационная тревога). Нередко устойчивое чувство страха формируется уже после первого пароксизма и касается той ситуации, в которой он возник (метро, автобус, толпа). Если при-

Паническое расстройство

Таблица 1

Характерные проявления симптомов при паническом расстройстве

| | |
|---------------------------------------|---|
| Характеристики приступа | <ul style="list-style-type: none"> • дискретность эпизодов • наличие интенсивного страха или дискомфорта • внезапность появления приступа • нарастание максимума в течение нескольких минут • продолжительность, по меньшей мере несколько минут |
| Характеристики вегетативных нарушений | <ul style="list-style-type: none"> • усиление или учащение сердцебиения • потливость, дрожание или тремор • сухость во рту • затруднение дыхания • чувство удушья • боль и дискомфорт в груди • тошнота или дискомфорт в животе • приливы и чувство озноба • онемение или ощущение покалывания |
| Характеристики психического состояния | <ul style="list-style-type: none"> • чувство головокружения, неустойчивости, ощущения «предобморочного состояния» • ощущение, что предметы нереальны (дереализация) или что собственное Я отделилось или «находится не здесь» (деперсонализация*) • часто присутствуют «вторичные фобии»: страх умереть, потерять контроль над собой или сойти с ума, страх катастрофы с сердцем, инфаркта, инсульта, падения, неловкой ситуации • возможны также дисфорические проявления: раздражительность, обидчивость, агрессия • встречаются депрессивные состояния с тоской, подавленностью, безысходностью, жалостью к себе • могут развиваться истеро-конверсионные расстройства при приступах: «чувство кома в горле», афония, амавроз, мутизм, онемение или слабость в конечностях; также отмечаются атаксия и вытягивание, «выворачивание», «скрючивание» рук |

• малые (симптоматически бедные) – менее 4 симптомов.

Большие приступы возникают реже, чем малые (1 раз/месяц-неделя), а малые могут возникать до нескольких раз в сутки.

б) по выраженности тех или иных составляющих.

Течение ПР:

По мере прогрессирования, в «классических» случаях характерна следующая динамика ПР, которое обычно проходит следующие стадии:

1. симптоматически бедные приступы;
2. развёрнутые приступы паники;

ступ случается дома, в одиночестве, часто появляется страх одному оставаться дома. Это способствует формированию особого режима ограничительного поведения, так называемого поведения избегания или фобического поведения, которое формируется из ситуации прошлого приступа и способствует возникновению агорафобии. В соответствии с МКБ-10 в этом случае устанавливается диагноз «ПР с агорафобией».

Выделяются три «подтипа» течения ПР:

1. Представлены только ПА, клиническая картина которых расширяется лишь за счёт преходящих ипохондрических фобий и аго-

Таблица 2

Типы приступов при ПР

| Тип приступов | Преобладающие нарушения |
|--|--|
| «вегетативные» (типичные) | с преобладанием вегетативных нарушений и недифференцированных фобий |
| «гипервентиляционные» | с ведущими гипервентиляционными нарушениями, усиленным дыханием, рефлекторным апноэ, парестезиями, болями в мышцах, связанными с респираторным алкалозом |
| «фобические» | фобии преобладают в структуре панической атаки над вегетативной симптоматикой. Возникают при присоединении страха в ситуациях, потенциально опасных, по мнению больного, для возникновения приступов |
| «конверсионные» | доминирует истеро-конверсионная симптоматика, нередко с сенестопатическими расстройствами, характерна незначительная выраженность или отсутствие паники |
| «сенестопатические» | с высокой представленностью сенестопатий |
| «аффективные» | с выраженными депрессивными или дисфорическими расстройствами |
| «деперсонализационно-дереализационные» | с ощущениями нереальности восприятия себя или окружающего |

рафобии, носящих вторичный характер. По минованию острого периода и редукции панических приступов происходит и полное обратное развитие всех психопатологических расстройств.

2. К атакам быстро присоединяется агорафобия, которая отличается стойкостью проявлений. Быстро формируется фобия и избегающее поведение. По мере обратного развития панических приступов, редукции других психопатологических расстройств не происходит. Агорафобия выходит на первый план в клинической картине и приобретает стойкий и независимый от атак характер. Основной идеей, которой подчинён весь образ жизни больных, становится ликвидация условий возникновения данных приступов (ограничительный образ жизни).

3. Характеризуется развитием на фоне ПА ипохондрических фобий. После этапа развёрнутых приступов на первый план выходят кардио-, инсульто-, танатофобия, определяющие клиническую картину на протяжении месяцев и даже лет. Отмечается постоянная интерцептивная бдительность и ипохондрическая озабоченность своим здоровьем, при этом поводом для обострения фобий могут стать самые незначительные отклонения в деятельности организма. В то же время агорафобии и ограничительное поведение отсутствуют.

При тревожных расстройствах часто встречаются нарушения в когнитивной сфере. Выделяют: 1) нарушения внимания и исполнительских функций; 2) расстройства памяти, трудности запоминания, обусловленные нарушением внимания; когнитивный и метакогнитивный дефицит и уязвимость.

Нарушение функции внимания: негативное селективное восприятие – обострённое внимание к тревожным стимулам, приводящее к тому, что они обнаруживаются быстрее, чем нейтральные стимулы; трудности переключения.

Нарушение памяти – не фиксируется положительный опыт преодоления ситуации. Важнейший когнитивный фактор развития тревожных расстройств – непереносимость неопределённости, катастрофическая интерпретация соматических ощущений.

При ПР имеется высокая коморбидность с аффективными нарушениями, преимущественно депрессивными, биполярным расстройством, суицидальным поведением, алкогольной зависимостью и злоупотреблением психоактивными веществами, соматическими заболеваниями сердечно-сосудистой системы, респираторными нарушениями, неврологическими заболеваниями.

ПР рекомендовано дифференцировать со следующими расстройствами:

- социальная фобия
- специфическая фобия
- обсессивно-компульсивное расстройство
- посттравматическое стрессовое расстройство
- генерализованное тревожное расстройство

• аффективные расстройства настроения (большое депрессивное расстройство, рекуррентное депрессивное расстройство, биполярное аффективное расстройство, дистимия)

- соматоформные расстройства
- шизофрения (приступообразная-прогредиентная, вялотекущая), шизотипическое расстройство

• расстройства личности (истерическое, обсессивно-компульсивное, тревожное, эмоционально-неустойчивое, зависимое)

- эпилепсия
- резидуально-органические заболевания головного мозга
- органические заболевания головного мозга

- гипоталамическое расстройство
- патология щитовидной железы
- феохромоцитома
- артериальная гипертензия
- кардиальные аритмии
- пролапс митрального клапана
- ишемическая болезнь сердца
- респираторные нарушения
- употребление психоактивных веществ (например, амфетаминов, кокаина и др.)

• отмена производных бензодиазепина

- побочные эффекты фармакотерапии (к примеру, кортикостероидов системного действия, половых гормонов и модуляторов функций половых органов, психостимуляторов, средств, применяемых при синдроме дефицита внимания с гиперактивностью, инотропных препаратов, препаратов для лечения заболеваний сердца).

Диагностика

Критерии установления диагноза/состояния (исследовательские диагностические критерии по МКБ-10):

А. Рекуррентные панические атаки, не связанные со специфическими ситуация-

ми или предметами, а часто случающиеся спонтанно (эти эпизоды непредсказуемы). Панические атаки не связаны с заметным напряжением или проявлением опасности или угрозы жизни.

Б. Паническая атака характеризуется всеми следующими признаками:

1. это дискретный эпизод интенсивного страха или дискомфорта;
 2. начинается внезапно;
 3. достигает максимума в течение нескольких минут и длится, по меньшей мере, несколько минут;
 4. должны присутствовать минимум 4 симптома из числа нижеперечисленных, причём один из них должен быть из перечня а-г.
- Вегетативные симптомы
- А. усиленное или учащённое сердцебиение;
 - В. потливость;
 - С. дрожание или тремор;
 - Д. сухость во рту (не обусловленная приёмом препаратов или дегидратацией).
- Симптомы, относящиеся к телу:
- Е. затруднения в дыхании;
 - Ф. чувство удушья;
 - Г. боли или дискомфорт в груди;
 - Н. тошнота или абдоминальный дистресс (например, жжение в желудке, диарея, метеоризм).

Симптомы, относящиеся к психическому состоянию

- И. чувство головокружения, неустойчивости, обморочности;
- Ж. ощущение, что предметы нереальны (дереализация) или что собственное Я отделилось или «находится не здесь» (деперсонализация);
- К. страх потери контроля, сумасшествия; страх умереть.

Общие симптомы

- Л. приливы или чувство озноба;
 - М. онемение или ощущение покалывания.
- В. Наиболее часто используемые критерии исключения. Приступы паники не обусловлены физическим расстройством, органическим психическим расстройством (F00-F09) или другим психическим расстройством, таким как шизофрения и связанные с ней расстройства (F20-F29), (аффективные) расстройства настроения (F30-F39) или соматоформные расстройства (F45-).

Диапазон индивидуальных вариаций, как по содержанию, так и по тяжести столь велик, что при желании по пятому знаку можно выделить две степени, умеренную и тяжёлую:

F41.00 паническое расстройство, умеренной степени, по меньшей мере 4 панические атаки в четырёхнедельный период;

F41.01 паническое расстройство, тяжёлой степени, по меньшей мере 4 панические атаки в неделю за 4 недели наблюдения.

Жалобы и анамнез. При опросе пациентов с жалобами на тревогу рекомендуется обратить внимание на наличие дискретных приступов неконтролируемой тревоги, паники, не связанных со специфическими ситуациями с целью верификации диагноза.

При сборе анамнеза у пациентов с эпизодической (пароксизмальной) тревогой рекомендуется обратить внимание на наличие панических и тревожных расстройств у родственников первой степени родства, пробандов и проявлений сверхтревожности и гиперопеки со стороны родителей пациента с целью дифференциальной диагностики.

При анализе жалоб пациента с эпизодической (пароксизмальной) тревогой, рекомендуется выделить жалобы, относящиеся к вегетативным проявлениям тревоги, сопровождающие панические приступы (ускоренное сердцебиение, потливость, озноб, дрожь, чувство нехватки воздуха, слабость, головокружения, зуд, онемение в конечностях, боли за грудиной или в области желудка, тошнота), в целях оценки состояния и подбора терапии.

В случае, если клиническая симптоматика отличается от типичной (приведённой в МКБ-10), следует провести подробную дифференциальную диагностику.

При сборе анамнеза у всех пациентов с ПА рекомендуется обратить внимание на наличие и оценить выраженность и интенсивность ограничительного поведения с целью определения нарушений социального функционирования и степени снижения качества жизни и для выработки индивидуальной психотерапевтической стратегии.

При сборе анамнеза у всех пациентов рекомендуется обратить внимание на наличие установленных ранее диагнозов или признаков, при которых возможно развитие состояний, схожих с ПА (ишемическая болезнь сердца, эпилепсия, бронхиальная астма, феохромоцитома, гипертиреоз, артериальная гипертензия, гипогликемические состояния и др.) с целью дифференциальной диагностики ПР.

При сборе анамнеза у всех пациентов с ПР необходимо оценить суицидальный риск с целью дифференциальной диагностики состояния, определения вида и объёма психиатрической помощи.

При сборе анамнеза у всех пациентов рекомендуется обратить внимание на эпизоды злоупотребления психоактивными веществами или алкоголем и историю приёма каких-либо медикаментов с целью дифференциальной диагностики ПР и расстройств, вызванных употреблением химических веществ.

При сборе анамнеза и уточнении жалоб всех пациентов с тревогой рекомендуется обратить внимание на наличие актуально или в прошлом признаков других психических расстройств (кроме ПР), особенно таких как посттравматическое стрессовое расстройство, депрессия и биполярное расстройство, с целью дифференциальной диагностики ПР.

ПА часто наблюдаются в рамках других психических расстройств, отличных от ПР. В случае выявления посттравматического стрессового расстройства, депрессии или биполярного расстройства более правомерным представляется оценка ПА у данных пациентов как симптома вышеуказанных заболеваний.

Физикальное обследование. Пациентам с эпизодической (пароксизмальной) тревогой физикальное обследование рекомендуется начать с наружного осмотра, измерения роста, массы тела, уровня физического развития, целостности кожных покровов с целью исключения соматических заболеваний, выявления следов самоповреждающего поведения, в том числе самопорезов (с учётом их давности), оценки соматического статуса.

Пациентам с эпизодической (пароксизмальной) тревогой рекомендуется проведение стандартного физикального и неврологического осмотра с целью исключения органических причин вегетативных симптомов и для подтверждения диагноза ПР.

Пациентам с эпизодической (пароксизмальной) тревогой в физикальное обследование рекомендуется включать осмотр волосистой части головы для выявления рубцов и шрамов после перенесённых травм, осмотр слизистой полости рта и языка (рубцы, наличие следов прикусов) с целью дифференциальной диагностики с эпилепсией, черепно-мозговыми травмами и приступами потери сознания.

Пациентам с эпизодической (пароксизмальной) тревогой в физикальное обследование рекомендуется включать выявление следов инъекций различной давности с целью выявления применения психоактивных веществ (ПАВ).

Пациентам с эпизодической (пароксизмальной) тревогой рекомендуется провести пальпацию щитовидной железы для исключения заболеваний щитовидной железы.

Пациентам с эпизодической (пароксизмальной) тревогой рекомендуется измерить пульс и артериальное давление (АД) лёжа (после отдыха 5 минут) и стоя (через 3 минуты после вставания) с целью оценки вегетативных проявлений и соматического статуса.

Пациентам с эпизодической (пароксизмальной) тревогой рекомендуется установить отсутствие экзофтальма для исключения заболеваний щитовидной железы.

Лабораторные диагностические исследования

Не существует каких-либо лабораторных методов диагностики ПР. Лабораторные исследования применяются для исключения другой симптоматически сходной патологии.

Пациентам с эпизодической (пароксизмальной) тревогой рекомендуется провести общий (клинический) анализ крови, анализ крови биохимический общетерапевтический, анализ мочи общий для исключения соматической патологии и для оценки рисков развития побочных эффектов при приёме психофармакологической терапии.

Пациентам с эпизодической (пароксизмальной) тревогой рекомендуется провести анализ крови для оценки функции щитовидной железы: исследование уровня общего трийодтиронина (Т3) сыворотки крови, уровня свободного трийодтиронина сыворотки крови (Т3), уровня общего тироксина (Т4) сыворотки крови, уровня свободного тироксина сыворотки (Т4) крови, уровня тиреотропного гормона в крови для исключения патологии щитовидной железы.

Инструментальные диагностические исследования. Пациентам с эпизодической (пароксизмальной) тревогой рекомендуется проведение электроэнцефалографии для оценки биоэлектрических потенциалов головного мозга и исключения пароксизмальных состояний.

Пациентам с эпизодической (пароксизмальной) тревогой рекомендуется про-

ведение дуплексного сканирования транскраниальных артерий и вен для исключения сосудистой патологии.

Пациентам с эпизодической (пароксизмальной) тревогой рекомендуется проведение магнитно-резонансной томографии головного мозга для исключения органического поражения головного мозга.

Пациентам с эпизодической (пароксизмальной) тревогой рекомендуется проведение электрокардиографии для оценки соматического состояния, исключения сердечно-сосудистой патологии.

Иные диагностические исследования

Клинико-психологическое психодиагностическое исследование

ПР является заболеванием, в патогенез и клинические (клинико – психопатологические и клинико-психологические) проявления которого большой вклад вносят психологические факторы, а эффективным методом лечения является психотерапия. Основываясь на биопсихосоциальной концепции понимания психических расстройств, важным представляется привлечение медицинских психологов в полипрофессиональные бригады для участия в проведении лечебно-диагностических мероприятий с целью определения сохранных и нарушенных вследствие болезни индивидуально-психологических особенностей пациента, выделения мишеней психотерапевтического воздействия, объективизации динамики терапевтических мероприятий. При этом одной из важнейших составляющих участия медицинского психолога в оказании медицинской помощи пациентам с ПР является психологическая диагностика. Используются все основные виды, методы и методики, принятые как в психологической диагностике в целом, так и в её прикладном клиническом разделе, именуемом «медицинской психодиагностикой» или «психологической диагностикой в клинике». В соответствии с базовыми теоретическими положениями психологической диагностики, в клинической практике используются и клинико-психологические (экспертные) методы (клиническая беседа, наблюдение, интервью, анализ продуктов деятельности и т.п.), и экспериментально-психологические методы. Опросниковые методы опираются в значительной степени на самооценочную природу получаемых данных и имеют свои ограничения в части объективности таких данных. С другой стороны, они в большей степени отражают индивидуально-психологические особенности самой личности и её сохранности/изменённости в ситуации болезни, а также раскрывают широкий комплекс присущих испытуемому связей, отношений, способов реагирования и совладания, иных клинически значимых характеристик личности и личностно-средового взаимодействия и др. Такие данные должны расцениваться в рамках персонализированного подхода при реализации биопсихосоциальной парадигмы современных антропоцентрированных и клинических наук. При этом клинические методы органично вплетены в процедуры экспериментально-психологического исследования и используются непосредственно в процессе выполнения испытуемым проб и тестовых методик. Отличительной особенностью применения клинико- и экспериментально-психологических методов при решении задач психологической диагностики является учёт и анализ специфики, обусловленной изменённым болезнью психическим и психологическим статусом испытуемого.

Таким образом, при проведении психодиагностического обследования пациента с ПР в структуре клинико-психологического психодиагностического исследования применяются:

1. Клинические оценочные шкалы.
2. Клинико-психологические и экспериментально-психологические методы и методики (нестандартизованные пато- и нейропсихологические пробы, стандартизованные психометрические тестовые методики).

Пациентам с эпизодической (пароксизмальной) тревогой рекомендуется использование психометрических шкал и симптоматических опросников для скрининга и оценки уровня тревоги и её динамики: The Hamilton Anxiety Rating Scale – шкала тревоги Гамильтона (HARS); Patient Health Questionnaire – опросник по состоянию здоровья (PHQ); для оценки выраженности клинических проявлений рекомендовано использовать Symptom Check List-90-Revised – опросник выраженности психопатологической симптоматики (SCL-90-R); интегративный тест тревожности (ИТТ); State-Trait Anxiety Inventory – шкала тревоги Спилберга – Ханина (STAI); The Beck Anxiety Inventory – шкала тревоги Бека (BAI); Sheehan Anxiety Scale – шкала тревоги Шихана (ShARS).

Когда дети жалуются на какую-то боль, связанную с опорно-двигательным аппаратом, зачастую и родители, и педиатры их же журят, ругают: «Наверное, ты ударился, неосторожно что-то сделал». Но к жалобам надо относиться внимательно и подумывать о заболевании из группы остеохондропатий, особенно если боль отмечается в течение длительного времени, считает профессор Российской медицинской академии непрерывного профессионального образования Станислав Мальцев.

В повседневной практике детские врачи патологию костно-мышечной системы ассоциируют с небольшим количеством нозологических форм: переломы, рахит, иногда остеопороз, хотя она достаточно разнообразна и распространена. За последние 10 лет её частота выросла в 2,5 раза. В структуре заболеваемости подростков данная патология занимает первое место, а детей до 14 лет – второе, что выдвигает её в разряд приоритетных направлений педиатрии. Поэтому своевременная диагностика, коррекция и профилактика очень важны, подчеркнул профессор, выступая на XXVIII научно-практической конференции «Современные вопросы педиатрии».

Наверное, излишне напоминать, что состояние костно-мышечной системы – один из показателей здоровья. Помимо обеспечения движения, она влияет на функцию многих внутренних органов. Наиболее распространёнными заболеваниями костно-мышечной системы у современной молодёжи являются диспластические изменения позвоночника, грудной клетки и конечностей. Кроме дегенеративно-дистрофических и функциональных нарушений у этих больных возникает сопутствующая патология, связанная с бронхолегочной, пищеварительной и сердечно-сосудистой системами. Ещё одно обстоятельство возводит данную проблему в число актуальных – это то, что болезни костно-мышечной системы являются ведущей причиной инвалидизации во всём мире. В России, по данным 2021 г., 621 тыс. детей-инвалидов, которые требуют не только внимания, диагностики, обследования, но и реабилитации, решения многих социальных вопросов.

Не недели, а годы

По словам С.Мальцева, заболевания костно-мышечной системы условно можно разделить на болезни костной системы, суставов и скелетных мышц. В литературе фигурирует различная терминология: болезни опорно-двигательного аппарата, костно-суставной системы, костно-мышечной системы и соединительной ткани (их вместе объединяют). В МКБ-XI (к которой вскоре все должны перейти) в группу «Болезни опорно-двигательного аппарата и соединительной ткани» входит более 150 заболеваний. Ими занимаются и ортопеды, и ревматологи, и терапевты, и педиатры, и реабилитологи.

К наиболее частым и инвалидизирующим заболеваниям относятся остеохондропатии. В литературе их тоже по-разному именуют: остеохондрит, эпифизионекроз, асептический некроз костей. Эти заболевания имеют характерные клинико-рентгенологические симптомы, связанные с асептическим некрозом губчатой костной ткани, в основном в местах повышенной механической нагрузки и прикрепления мышц. Проявляются болями, нарушением функции суставов, деформацией поражённой кости, формированием остеоартрита. Асептический некроз обычно развивается в результате расстройств кровообращения.

– Знать основные признаки этих заболеваний должны не только ортопеды, но и врачи первичного звена, педиатры, – считает С.Мальцев.

К развитию остеохондропатии приводят эндокринный, возрастной, сосудистый факторы. Провоцируют патологию травмы, фи-

зическая перегрузка, инфекции, быстрый темп роста скелета у детей в определённые периоды (подростки находятся в группе большого риска). Конституциональные особенности костной васкуляризации тоже имеют значение. Большое влияние оказывают токсичные металлы, например, стронций, и дефицит остеотропных витаминов (А, D, С, К) и макро- и микроэлементов (цинк, селен, кальций и др.).

Специалисты Национального медицинского исследовательского центра травматологии и ортопедии им. Н.Н.Приорова, в зависимости от локализации остеохондропатии, выделяют 27 нозологических форм. Все они названы по фамилии авторов, впервые их описавших, и встречаются с разной частотой. Педиатры должны о них помнить

рофия мышц. Заболевание длится долго – 4-4,5 года. У некоторых при поздней диагностике и неоптимальном лечении развивается деформирующий артроз. У других заканчивается более или менее выздоровлением. Но многие дети находятся на инвалидности в течение длительного времени. Основное лечение, как подчёркивают ортопеды, постельный режим в течение 2-3 лет. Можно предоставить, насколько это тяжело для ребёнка. Педиатрам следует помнить, что помимо физио- и климатотерапии, нужна активизация питания. Ребёнок должен получать все остеотропные витамины и микроэлементы, обязательно кальций и витамин D в достаточном количестве, контроль за уровнем которых очень важен.

существенно значимые мышцы, в основном встречается у детей 7-14 лет, занимающихся спортом, связана с повышенной нагрузкой и травматизацией. Появление болей и припухлости позволяет поставить диагноз и направить на консультацию к специалисту. Лечение, как правило, амбулаторное, включающее оптимизацию питания, ограничение нагрузки, тепловые процедуры и электрофорез.

Остеохондропатия, именуемая болезнью Шейерманна – Мау, затрагивает позвоночник. Как правило, поражает несколько позвонков. Встречается в возрасте от 10 до 16 лет у 1% подростков. Это довольно большая частота. Возникает клиновидная деформация позвонков и кифоз средне- и нижнегрудного отдела позвоночника.

остеохондрозу у детей даже раннего возраста, – отметил С.Мальцев.

Среди травм позвоночного столба особое место занимают стабильные (как правило, компрессионные) переломы тел позвонков, связанные с неудачными прыжками в воду, падениями, занятиями гимнастикой. Их частота за последнее десятилетие возросла, что объясняется и улучшением диагностики, и увеличением числа больных детей с остеопорозом (остеопороз встречается более чем у половины школьников), урбанизацией, дефицитом остеотропных элементов, которые должны поступать в организм ребёнка, и т.д.

Эти переломы очень трудно диагностируются. Не всегда рентгенография помогает в постановке правильного диагноза. Иногда приходится делать компьютерную томографию.

Особо профессор остановился на болезни Бланта, которую называют имитатором рахита, так как деформация нижних конечностей похожа на ту, что при рахите. Однако при рахите она О-образная, а здесь прямые бёдра и голени, деформация лишь за счёт изменений в коленном суставе. В основе этой остеохондропатии лежит дисплазия медиальной отдела проксимальной ростковой зоны большеберцовой кости. На рентгеновском снимке виден своеобразный клювик, который в дальнейшем разрушается. Выделяют 2 формы: инфантильную, которая бывает у детей первых лет жизни (поражаются обе голени, встречается довольно часто), и подростковую (начинается с 6 лет, как правило, односторонняя), это более редкая форма, может быть, потому что такие дети обращаются сразу не к педиатру, а к ортопеду.

В последние годы стали появляться статьи о том, что болезнь Бланта и ожирение – сопряжённые процессы. Недавнее исследование это подтвердило. Болезнь Бланта имеет положительную связь с полом пациента, индексом массы тела и уровнем витамина D. При ожирении она наблюдается у мужчин в 8 раз чаще, чем у женщин. При дефиците витамина D развивается в 7 раз чаще, чем у пациентов с нормальным уровнем этого витамина.

– Поэтому если вы видите, что к вам в кабинет заходит ребёнок с варусными деформациями нижних конечностей, как мы говорим, на кривых ногах, с излишней массой тела, то почти стопроцентная вероятность, что у него болезнь Бланта, – ориентировал докторов С.Мальцев.

Он подчеркнул, все пациенты с подозрением на это заболевание, даже при минимальном искривлении голени, должны постоянно наблюдаться у детского ортопеда. Расхожее мнение, что это физиологическое искривление, которое с возрастом проходит, абсолютно неверно. Кривые ноги у детей – не физиология. Такое отклонение должно всегда привлекать внимание врача.

При несвоевременной диагностике консервативное лечение будет неэффективно, закончится дело прогрессированием деформации.

– Ключик на рентгенограмме подтверждает болезнь Бланта. И диагноз надо ставить не тогда, когда кость в этом месте разрушилась, а на самых ранних стадиях. Это прерогатива педиатра, рентгенолога, – настаивал С.Мальцев.

Конечно же, лечение должно быть многоплановым, включающим комплекс ЛФК, приём витамина D, препаратов кальция, физиолечение, бальнеотерапию и т.д. Профессор подчеркнул, насколько важно для костной ткани оптимальное, разнообразное питание, содержащее все необходимые компоненты.

– Для профилактики остеохондропатий, для их лечения мы должны обязательно использовать наши педиатрические приёмы, а не только иммобилизацию и постельный режим, как иногда рекомендуется для этих пациентов, – призвал докторов С.Мальцев.

Валентина ЕВЛАНОВА,
корр. «МГ».

Деловые встречи

У каждой формы свои особенности

Педиатрам следует знать все тонкости



Вначале боли могут быть слабыми, что не вызывает беспокойства. Иногда поводом обращения к врачу является только косметический дефект – искривление позвоночника. Но по мере прогрессирования процесса появляются сильные боли. Больному необходим покой. Большую часть дня он должен находиться в постели. Назначают массаж, лечебную гимнастику. Острый процесс заканчивается, но сохраняется остаточное явление в виде кифоза.

Очень похожа на болезнь Шейерманна – Мау болезнь Кальве. Однако в отличие от предыдущей патологии, где в процесс вовлечены много позвонков, здесь вовлечён только один в грудном отделе. Он становится клиновидным. Чаще заболевание развивается в возрасте 4-7 лет. Лечение проводится только в стационаре. В течение 2-3 лет структура и форма позвонка восстанавливаются.

Срывая маски

– Напоминаю об остеохондропатиях, не могу не сказать и о том, о чём мы говорим очень редко, – об остеохондрозе позвоночника. Както все привыкли считать, что это патология лиц старшего поколения. Однако заболевание встречается в любом возрасте: от юности до старика. Нередко оно может мимикрировать, проходить под видом соматической, хирургической патологии. Поэтому ставятся другие диагнозы, – заметил С.Мальцев.

Конечно, заболевание не является фатальным, но его неврологические проявления значительно влияют на качество жизни, а иногда приводят к тяжёлой инвалидизации. Ювенильный (подростковый) остеохондроз (так это звучит в МКБ-XI) связан в значительной степени с наследственной предрасположенностью к нарушению развития костной и хрящевой ткани, обменных процессов. У родственников зачастую имеются переломы, в том числе шейки бедра, дистрофия различных участков костей, эндопротезирование тазобедренного сустава (кстати, это один из маркёров неблагоприятности в генетическом плане). Быстрый рост, нарушение гормонального фона, избыточная масса тела, физическая нагрузка (как чрезмерная, так и недостаточная) тоже приводят к остеохондрозу. Имеют значение нарушения осанки и различные травмы.

– Я вспомнил профессора Ратнера, который говорил о том, что родовые повреждения центральной нервной системы могут привести к

и рано диагностировать. Вместе с ортопедами-травматологами, рентгенологами обращать внимание на таких детей.

Как отметил профессор, в основе патологоанатомических изменений лежит асептический подхрящевой некроз, деструкция поражённого участка кости с отделением секвестра и перестройкой внутренней структуры кости. Наиболее подвержены данной патологии коленные суставы, ладьевидная кость, стопа, головка бедренной кости, позвоночные суставы. Для этих заболеваний характерно лечение в течение многих месяцев и даже лет.

Характерная локализация

Остеохондропатии свойственны детскому и юношескому возрасту, причём каждая нозологическая форма имеет довольно характерные возрастные и гендерные особенности.

С.Мальцев напомнил педиатрам об основных нозологиях, с которыми они могут столкнуться. Так, болезнь Пертеса (Легга – Кальве – Пертеса) поражает тазобедренный сустав. Чаще развивается у мальчиков в возрасте 4-9 лет. Её распространённость – от 0,5 до 30 на 100 тыс. детей.

– По моим подсчётам, в России должно быть около 7,5 тыс. больных. То есть на один регион приходится от 20 до 80 человек в год. Поэтому сказать, что это крайне редкая патология, нельзя, – полагает профессор.

В основе лежит аваскулярный некроз проксимального отдела головки бедренной кости. Болезнь начинается с лёгкой хромоты, появляются боли в тазобедренном суставе. Движения становятся ограниченными. Усиливается ат-

Болезнь Шлаттера – остеохондропатия бугристой большеберцовой кости – развивается в более старшем возрасте – 12-15 лет. Часто встречается у мальчиков-спортсменов: до 20% подростков, занимающихся спортом, могут иметь такую патологию. Вначале возникает припухлость, появляются боли, которые усиливаются при движении. Снижение нагрузки, физиолечение (электрофорез с кальцием, парафиновые аппликации), витаминотерапия способствуют выздоровлению в течение 1-1,5 лет.

Причина болезни Келера I и Келера II – остеохондропатии с поражением стоп – локальное нарушение кровообращения. При болезни Келера I затрагивается ладьевидная кость. Заболевание развивается у мальчиков до 7 лет, характеризуется болями в стопе, хромотой, затем кожа стоп краснеет и отекает, то есть появляются элементы воспаления. Педиатры и ревматологи смотрят показатели активности процесса и назначают соответствующее лечение.

Болезнь Келера II охватывает головки второй и третьей плюсневой кости. Наиболее распространена у девочек 10-15 лет. Боль усиливается при носке неудобной обуви, обуви на каблучке. Это, кстати, приводит к тому, что процесс прогрессирует. Рекомендуется ограничение нагрузки на конечность (при сильных болях даже накладывают гипсовый сапожок), физиолечение, обязательная коррекция питания (кальций, витамин D, остеотропные микро- и макроэлементы). После выздоровления следует носить обувь с супинатором, так как часто бывает плоскостопие.

Болезнь Шинца – остеохондропатия бугра пяточной кости, той кости, к которой прикрепляются

Экскурсия «Белые журавли»

Студент Дагестанского государственного медицинского университета Даниял Шабанов презентовал главе Республики Дагестан Сергею Меликову военно-патриотическую экскурсию «Белые журавли», приуроченную к предстоящему юбилею выдающегося советского поэта Расула Гамзатова.

В ходе пешей прогулки по Махачкале Даниял, победитель Всероссийского конкурса «Большая перемена», рассказал главе региона, что его проект посвящён подвигу Героя России Нурмагомед Гаджимагомедова и нацелен прежде всего на воспитание молодёжи в духе любви и уважения к героической истории Махачкалы, Дагестана и России, а также более глубокое погружение в творчество Расула Гамзатова, 100-летие которого вся страна будет отмечать в 2023 г.

На маршруте находятся памятники народным поэтам Дагестана Гамзату Цадаса, Сулейману Стальскому и Абуталибу Гафурову, а также мемориал погибшим при исполнении служебного долга милиционерам. Кроме того, в экскурсионную программу вошли Театр поэзии и гимназия № 1 им. С.М.Омарова, которая дала стране 5 Героев Советского Союза. А 175 её воспитанников награждены орденами и медалями за героизм, проявленный в годы Великой Отечественной войны.

С мастерством дагестанских художников глава региона ознакомился в Дагестанском музее изобразительных искусств им. П.С.Гамзатовой.

Конечным же объектом маршрута стала штаб-квартира Союза писателей республики. Здесь функционирует литературный музей, сохранился и рабочий кабинет Расула Гамзатова. В экспозиции музея отражён практический путь поэта – от детства до последних лет жизни: фотографии, рукописи, изданные книги, награды и документы, личные вещи писателя. А в рабочем кабинете поэта всё так же проводятся литературные вечера и дискуссии.

Идея проекта родилась у Д.Шабанова после череды знаковых в его жизни событий: победы в конкурсе «Большая перемена», встречи с С.Меликовым, который поздравил его с этим замечательным достижением, и общения с Президентом России В.Путиным в ходе прямой линии. Поддержала Данияла и руководитель ДРО «Опора России», депутат Народного собрания республики Зулфия Тагибова.

Экскурсии планируется проводить каждые выходные.

С.Меликов похвалил Д.Шабанова за неравнодушие и глубокое знание истории родной республики.

– Уверен: проект надо распространять и на другие города и районы, – поделился впечатлениями руководитель субъекта Федерации, поручив Минкультуры и Минмолодёжи Дагестана оказать студенту-медику дальнейшую поддержку.

На память об успешно проведённой презентации Сергей Алимович подарил Даниялу книгу об исламском искусстве в России, изданную в «Эрмитаже».

Помнить правило пяти «П»

Знаковым мероприятием в ходе недавно состоявшегося Всемирного дня безопасности пациентов стало выступление перед студентами Волгоградского государственного медицинского университета руководителя Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения доктора медицинских наук Аллы Самойловой.

Трансляция лекции осуществлялась с использованием нового мультимедийного комплекса, который установлен в актовом зале вуза. Светодиодный экран и оборудование, позволяющее формировать сигнал обратной связи, позволили не только видеть изображение в высоком качестве, но и задавать вопросы спикеру. Ключевой темой дня стало безопасное применение лекарственных препаратов.

По итогам аудита, проведённого Национальным институтом качес-

тельных эффектов лекарственных препаратов.

– Чёткое соблюдение стандартов при выполнении медицинских процедур и манипуляций, способно повысить эффективность лечения и снизить врачебные ошибки, – подытожила руководитель Росздравнадзора.

Будущие врачи запросто смогли задать ей свои вопросы. В частности, выпускников, которые уже в следующем году покинут стены родной альма-матер и приступят к своим непосредственным обязан-

Аллея медиков

В Академическом районе Екатеринбург появилась аллея медиков. На бульваре Боткина студенты Уральского государственного медицинского университета и врачи города высадили саженцы лиственницы, яблони, а также вербы и липы, – всего более сотни деревьев. За лопаты взялись действующие врачи, студенты и представители строительных и медицинских отрядов. Здесь рядом, на бульваре, вскоре будет воз-

многие ребята, получившие знания в этом классе, через несколько лет вольются в ряды студентов Южно-Уральского ГМУ, что принесёт осязаемую пользу и Озёрску, и Челябинской области, и России в целом, – прокомментировал событие А.Важенин. Он подчеркнул, что университет будет оказывать новому классу предметную и профессиональную поддержку в проведении научных исследований и совместных профориентационных мероприятий, а также любую необходимую помощь – от консуль-

В медицинских вузах страны

Стать и быть врачом – это и призвание, и служба



С.Меликов и Д.Шабанов

тва Росздравнадзора в медицинских организациях, безопасность применения лекарственных препаратов обеспечивается только на 47%.

На сегодняшний день в России создана целая система по контролю лекарственных препаратов. Каждый производимый или ввозимый на территорию РФ препарат подлежит обязательному контролю со стороны государства с целью выявления, предупреждения и пресечения нарушений и требований действующего законодательства. Во всех федеральных округах организованы лаборатории, позволяющие проводить проверку лекарственных препаратов, в том числе и у постели больного.

– Все лаборатории оснащены современным, высокотехнологичным оборудованием, позволяющим проводить химические, физические, электрохимические, биологические и другие виды испытаний, – заметила А.Самойлова. В своём докладе она перечислила типичные ошибки, допускаемые врачами при назначении лекарств. Каждый случай требует тщательного анализа ситуации, что позволит в будущем предотвратить повторение ситуации.

– При назначении лекарственного препарата существует так называемое правило пяти «П»: правильному пациенту – правильное лекарство, в правильной дозировке, правильным путём введения и в правильное время!, – отметила А.Самойлова.

Руководитель Росздравнадзора напомнила о безопасном и правильном хранении лекарств в аптеках, больницах и домашних условиях; необходимости осторожного подхода при одновременном назначении множества лекарств; о комплексе мер по выявлению, сбору, изучению и оценке информации о нежела-

ностям, интересовало проблема: как справиться с волнением и даже страхом на рабочем месте.

– Не надо ничего бояться! И, самое главное, не надо бояться задавать вопросы старшим коллегам. Рядом с вами всегда находятся ваши наставники, которые обязательно помогут, – поделилась опытом А.Самойлова.

Ректор университета профессор Владимир Шкарин поблагодарил главу Росздравнадзора за увлекательную лекцию, отметив, что студенты вуза проявили неподдельный интерес.

В формате живого общения

В рамках Всероссийской просветительской акции «Поделись своим знанием» в Смоленском государственном медицинском университете состоялась встреча заместителя губернатора региона Виктории Макаровой – в недавнем прошлом главным врачом областной детской клинической больницы – со студентами-первокурсниками.

Встреча прошла в формате живого открытого разговора, в котором были затронуты как профессиональные проблемы, так и принципы, на которых зиждется гражданская позиция будущих специалистов сферы здравоохранения.

Студенты интересовались перспективами развития здравоохранения области и просили поделиться секретами общения с пациентами разного возраста.

Виктория Николаевна, завершая общение, выразила искреннюю надежду, что большинство студентов Смоленского ГМУ останутся в профессии и придут на работу в учреждения здравоохранения региона.

В мероприятии принял участие и ректор университета член-корреспондент РАН Роман Козлов.

ведён научно-исследовательский и образовательный центр, ядром которого станет новый корпус Уральского ГМУ и НИИ охраны материнства и младенчества.

По словам студентов, для них сегодняшняя акция – не просто вклад в благоустройство района, а возможность участвовать в создании будущего наукограда.

В своём обращении к собравшимся ректор Уральского ГМУ Ольга Ковтун сказала:

– Врачевание, жертвенность, благородство – ключевые принципы формирования личности врача любого поколения. Особенно важно это сегодня, потому что мы воспитываем новое поколение врачей, которые будут работать в XXI веке.

Ещё один медицинский класс

В лицее № 23 города Озёрска, при поддержке Южно-Уральского государственного медицинского университета торжественно открыт медицинский класс, где школьники смогут получать углублённые знания для поступления

тативной до организационной и методической.

Заслуженная награда

Лауреатом премии Всемирной ассоциации культуральной психиатрии (WACP) «Новаторская работа в области культуральной психиатрии в знак признания новаторского вклада в культуральную психиатрию» стал заведующий кафедрой психиатрии, наркологии и психотерапии Сибирского государственного медицинского университета, директор НИИ психического здоровья Томского НИМЦ, академик РАН Николай Бохан. Это высшая награда WACP, которая вручается раз в три года на конгрессах ассоциации.

Торжественная церемония вручения состоялась в рамках VI Всемирного конгресса WACP. Николай Александрович долгое время был членом Совета директоров WACP, участвовал в докладах и возглавлял симпозиумы конгрессов ассоциации, а с 2018 г. является её почётным советником.

Им подготовлено 12 докторов и 50 кандидатов наук, он автор



Встреча В.Макаровой с первокурсниками Смоленского ГМУ

в профильный вуз. Теперь в Челябинской области 16 медицинских классов, созданных под эгидой университета в рамках формирования системы непрерывного образования «Школа-вуз», 13 из них работают в Челябинске.

Трёхсторонний договор о сотрудничестве подписали и.о. ректора ЮУГМУ академик РАН Андрей Важенин, начальник Управления образования Озёрского городского округа Любовь Горбунова и директор лицея № 23 Елена Лукьянова.

– Медицина предоставляет молодёжи множество возможностей реализовать себя, соотносясь с личными способностями и интересами, а главное – потолка развития в медицинских профессиях просто не существует! Уверен, что

более 660 научных работ, в том числе 43 монографий, 362 статей, 4 атласов психического здоровья, 22 патентов на изобретения.

Николай Александрович входит в большое число профессиональных сообществ. Награждён медалью ордена «За заслуги перед Отечеством» II степени.

В 2021 г. ему присуждена премия Правительства РФ в области науки и техники за разработку и внедрение инновационных технологий ранней диагностики и прогноза шизофрении на основе интеграции достижений клинической и биологической психиатрии. Он является почётным профессором СибГМУ.

Подготовил Владимир КОРОЛЁВ, соб. корр. «МГ».

Ракурс

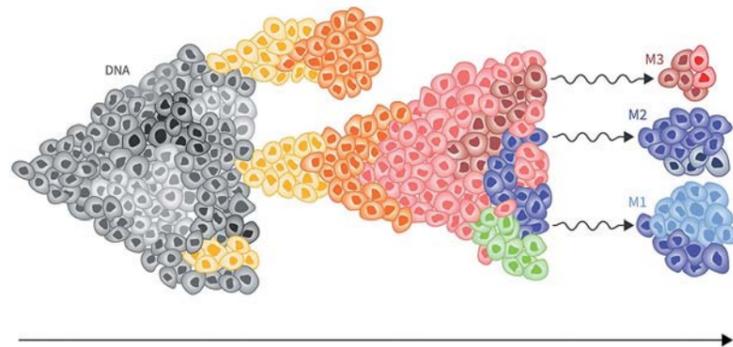
Клоны раздора

В ядре клетки между делениями хромосомы под микроскопом не видны. Но вот она получает сигнал митогенов, стимулирующих митоз, и конденсирует хромосомный материал, в результате чего становятся видными X-образные окрашивающиеся тельца, называемые хромосомами.

Они выстраиваются в экваториальной плоскости, чтобы начать затем «разведение» половинок хромосом к полюсам с помощью микротрубочек веретена деления. У последнего на полюсах – центриоли, имеющие собственную ДНК, что позволяет им удваиваться между делениями клеток. Микротрубочки при этом играют роль «рельсов», по которым моторные протеины динами и кинезин катят хромосомы к полюсам. Эта стройная и отлаженная картина нарушается при всякого рода отклонениях в работе генов, что может приводить к анеуплоидии, или несохранению плоидности – числа хромосом – в образовавшихся после митоза клетках. А это чревато самыми неприятными для судьбы клеток последствиями.

За состоянием клеточных ДНК (она есть ещё и в митохондриях, синтезирующих АТФ, или основу энергообмена клеток) довольно сложно, поэтому понятен интерес к сообщению из Питтсбургского университета. В нём предложили простой и надёжный способ её окраски, позволяющий оценивать плотность (выше говорилось о конденсации хромосом). «Рыхлость» ДНК-архитектуры говорит о клеточных аномалиях, наблюдающихся при разных наследуемых формах рака, включая и опухоли толстого кишечника. Статья учёных называется «Ультраструктурная визуализация

хроматина при патогенезе рака» (под хроматином понимается ДНК-протеиновый комплекс хромосом). В тот же день увидела свет статья, полученная журналом Cancers



Слева ДНК клеток опухолевых клонов (DNA), справа клоны метастазов (M 1-3)

из Университета Восточной Финляндии. В ней говорилось, что циркулирующая (в крови) внеклеточная ДНК (сДНК) показывает наличие клональной изменчивости на примере 18 опухолей молочной железы. Тем самым заложен ещё один краеугольный камень в здание бурно развивающихся жидкостных биопсий. Авторы показали, что последние почти в 2,3 случаях выявляют клеточные варианты, или клоны как в первичных опухолях, так и их метастазах. Определение сДНК в крови и лимфе позволяет за 8,4 +/- 2,4 месяца предсказать рекуррентность процесса, что даёт возможность раньше начать лечение. О развитии клонов писали и сотрудники Дьюкского и Стэнфордского университетов. Основным посылом учёных была «диверсификация» клеток опухоли и их метастазов, что препятствует

успеху нынешних таргетированных терапий, включая и иммунных «вариантов». Из этого становится понятным интерес учёных к сегрегации хромосом в ходе митоза.

В Сингапурском университете открыт белковый рецептор подвижности хромосом, получивший название HMMR (Hyaluronan-

Mediated Motility Receptor – гиалуронан является продуктом обмена широко распространённой в организме гиалуроновой кислоты). Сингапурцы выяснили, что HMMR является важным регулятором расхождения хромосом по микротрубочкам. Открытие коллег через год подтвердили в Северо-Западном университете Чикаго, где уточнили и роли кинезина и динеина. Молекулы первого «двигают» хромосомы (их кинетохоры) по микротрубочкам, в то время как динеин необходим для целостности полюсов и, следовательно, веретена деления. Мутации в генах обоих протеинов ведут к нарушениям правильного расхождения хромосом в анафазе. Новые открытия в клеточной биологии должны привлечь молекулярных фармакологов, которым указали очередные мишени воздействия.

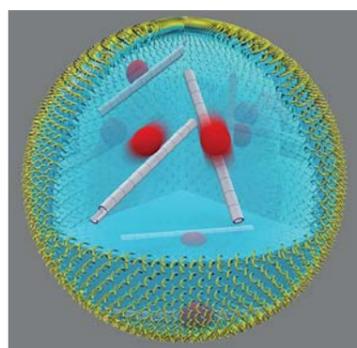
Вывод

Адресная доставка необходима

Многие века знахари и аптекари полагались на водные вытяжки и отвары, а также спиртовые настойки, при этом никто и не помышлял о внутримышечных и уж тем более внутривенных вливаниях и капельницах.

Можно в качестве иллюстрации вспомнить бабку из «Олеся» А.Куприна. Потом появились таблетки и капсулы, которые и сегодня с целью предупреждения внешних воздействий продаются в пластиковых блистерах-«пузырьках». Но всё нынешнее разнообразие средств и методов доставки лекарств страдает от отсутствия адресности и возможности подведения их непосредственно к больным клеткам, не затрагивая здоровые. Одним из решений были конъюгаты лекарственных молекул со специфическими моноклональными антителами (МАТ), но они дороги и сложны в производстве, да к тому же не так уж и специфичны. А лечить надо, стараясь не забывать, что многие лекарства в больших концентрациях к тому же являются ядами.

Не следует забывать и о таком явлении как выработка резистентности к химиотерапии и антибиотикам. Дело дошло до того, что для выявления устойчивости туберкулёзной бациллы (*Mycobacterium*) к «ключевым» антибиотикам в Йельском университете стали применять искусственный интеллект. Одним из новых методов «доставки» терапевтических генов в клетки является электропорация – образование в клеточных мембранах



ДНК-«стержни», красным показано лекарство

пор с помощью электрических разрядов. Электропорация позволила резко сократить время операции в связи с тем, что само воздействие на клетки занимает всего лишь 0,01 секунды! Такого рода сообщения уникальны и не решают главной задачи, а именно таргетной доставки лекарства в больные клетки. Возможно, что она будет решена с помощью ДНК.

В Гейдельбергском университете для этого предложили использовать «синтетические клетки, остова-цитоскелет которых представлен наностержнями – «родами» ДНК. Последние не только удерживают форму сфер, но также могут переносить и лекарства. Ничтожные размеры везикул, которые похожи на клетки, позволяют им достигать с током межклеточной (интерстициальной) жидкости больных клеток, нацеленность на которые обеспечена тем же МАТ или другими молекулами-лигандами. В другом конце Евразии биоинженеры Токийского универ-

Исследования

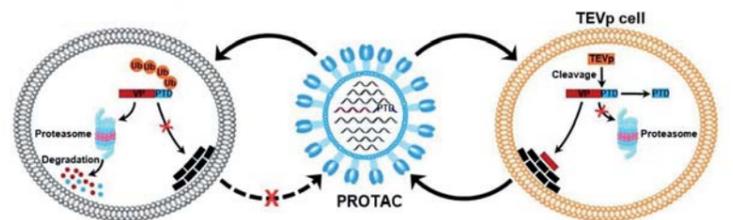
Ослабленные патогены

Луи Пастер «ослаблял» возбудителей инфекционных болезней с помощью пассажей, то есть многократной смены поколений. Он также обратил внимание на то, что убитые клетки и вирусы патогенов гораздо менее эффективны для профилактики болезней, чем живые и ослабленные. Понадобилось больше века, чтобы на примере неудач в деле создания вакцин понять, что причина в необратимом изменении формы (конформации) поверхностных молекул, против которых мыслится получение антител.

Один из примеров долговременного получения действенной вакцины является ВИЧ-инфекция, которой скоро 40 лет. Различные вакцины против COVID были сделаны довольно быстро, но они представляют собой результат работы, проводившейся на протяжении десятилетий. Изучение вируса происходило на неизмеримо более высоком уровне развития биотехнологии, поэтому многое

«муфты», в отверстие которых поступают белки, подвергающиеся протеолизу в ходе расщепления.

Специалисты Шэньчжэньского института синтетической биологии предложили живую вакцину против гриппа, полученную с помощью протеолизного таргетирования (PROTAC – Proteolys-TARgeting Chimeric). Молекулярная «адресность» попадания вирусных протеинов позволяла их переработку в упоминавшихся протеосомах клетки, для чего был создан PTD или домен протеасомы. В ней же действовал фермент протеасома вируса табачной мозаики (TEVp), некогда открытый Д.Ивановским. Технология PROTAC дала ослабленный, но живой вирус гриппа, вызывавший у мышей и ферреток (домашних хорьков, которые охотятся на крыс и кроликов) мощный иммунный ответ в виде высокого титра антител. Не менее опасными вирусами гепатита (HV) занимается в Университете Северной Каролины Марина Капустина. Можно напомнить, что первую Нобелевскую премию за открытие



Получение гриппозной вакцины

стало яснее. Выяснилось недавно, что антитела против RBD (домена белковых спайков) для связи с рецептором клеточной поверхности не всегда действенны. Домен нужен вирусу для внедрения, или интернализации COVID в цитоплазму клетки, в которой происходит его воспроизведение. RBD венчает собой вершину грибообразной шпильки, имеющей гораздо менее изменчивой «ножку» и N-концевой или терминальный домен (имеется в виду, что каждая молекула протеина имеет N и C концы). Выяснилось, что пространственная, то есть 3D-конформация спайка, при всём консерватизме своего аминокислотного состава, довольно лабильна. К этому можно добавить, что аминокислоты RBD «склонны» к заменам в результате мутаций, что только усугубляет проблему создания вакцин. То же можно сказать и о гриппе.

Нечто подобное пастеровскому ослаблению было повторено через полвека после него по ходу создания вакцин против полиомиелита. «Пассивирование» вносило мутации в геном, что, возможно, проявлялось в виде аминокислотных замен и ослаблении молекулярных контактов с клеточными рецепторами. Сегодня это тоже используется, но на молекулярном уровне. Известно, что антитела вырабатываются к небольшим последовательностям аминокислот (эпитопам или детерминантам). Небольшие цепочки аминокислот называют ещё пептидами. В Гронингском университете предложили получать – процессировать – отдельные белковые молекулы с помощью так называемых протеас. Последние представляют собой белковые

вируса гепатита А (HAV) дали ещё в 1976 г., недавнюю же премию 2020 г. дали за вирус С. Капустина и её коллеги выявили два белка, взаимодействие которых обеспечивает HAV возможность реплицироваться в клетках печени. Было показано также, что противовоспалительное средство RG, применяемое против HBV, подавляет и HAV, доказывая тем самым перспективность работы с малыми молекулами. Но надо признать, что работа с вирусами требует немало средств, прежде всего для обеспечения биобезопасности для самих вирусологов, и довольно сложна.

Поэтому внимание исследователей привлекло сообщение коллег из Токио, которые для борьбы с вариантами COVID предложили мозаичные наночастицы. Из опытов с антителами, полученными из сыроворотки выздоровевших, выяснилось, что 84% защитных молекул блокируют RBD ковидных спайков. Сотрудники Калтека (Технологического института в Лос-Анджелесе) получили наночастицы из клеточных белков цитокератина и ACE2, к которому «липнет» RBD. К поверхности частиц прикрепили целых 8 белковых фрагментов вирусных спайков (один от COV-2 и 7 от других коронавирусов животных), в результате чего и получили «мозаичные» наночастицы. Последние защищали от широкого спектра вирусных «вызовов», в то время как частицы с одним белком омикрона были эффективны только против него. Таким образом учёные исследуют самые разные аспекты противовирусной защиты и формирования действенного ответа иммунной системы.

Подготовил Игорь ЛАЛЯНИЦ, кандидат биологических наук.

По материалам Nature Biotech, Nature Chemistry, Science, Advanced Biology, Cancers, eLife, Science Advances, Microbiology Spectrum, PLOS Digital Health, Scientific Reports.

В Сирийскую Арабскую Республику пришла новая напасть. Сначала ряд арабских СМИ сообщили о нескольких случаях заболевания холерой в конце августа, а теперь ВОЗ признала вспышку острой кишечной инфекции (от которой, по данным сирийского Минздрава, скончались более 7 человек) угрозой для всей страны. Более того, болезнь может перекинуться на весь регион, бьют тревогу эксперты.

Священный, но грязный Евфрат

До недавнего времени случаи заболевания в основном диагностировали на севере и востоке Сирии – в городах Алеппо, Латакия, Ракка, Хасаке. Более 70% случаев зафиксированы именно в Алеппо. Но холера не стоит на месте – её уже находят и на юге страны. Так, в Дамаске зафиксированы два подтверждённых случая.

Эта первая подтверждённая вспышка холеры за последние годы. Географическое распространение вызывает беспокойство, поэтому надо действовать быстро, – заявил глава регионального отделения ВОЗ по чрезвычайным ситуациям в Восточном Средиземноморье Ричард Бреннан.

Причиной вспышки стала загрязнённая вода. Из-за колоссальных разрушений, вызванных войной, большинство жителей Сирии берут её из небезопасных источников, в том числе из главной сирийской реки Евфрат. Боевые действия нанесли большой ущерб водоочистным сооружениям, насосным станциям, водонапорным башням. Они оказались либо повреждены, либо находятся в очень плохом состоянии, а средств на ремонт нет как у центрального правительства, так и у оппози-

Ситуация

Ветвистый путь холеры

Эксперты о прогнозах распространения вспышки инфекции на берегах Евфрата

ционных формирований, которые контролируют разные регионы страны.

Узнать больше

Ещё в прошлом году эксперты предупреждали: Сирия стоит на пороге водного кризиса. Ситуацию на севере страны усугубляет засуха. Тревогу била одна из крупнейших гуманитарных организаций – Всемирная продовольственная программа ООН. По её данным, в мае 2021 г. уровень воды в Евфрате «упал до рекордно низкой отметки». Если раньше жители деревень, живущих недалеко от Евфрата, могли относительно легко добраться до грунтовых вод, то сейчас им приходится пить прямо из некогда священной, но не очень чистой реки. Координатор по гуманитарным проектам ООН в Сирии Имран Риза тоже считает, что вспышка вызвана тем, что сирийцы пьют воду из Евфрата.

Вообще-то, на северо-востоке страны довольно много колодцев и родников, но там продолжаются боевые действия. Бутилированная вода тоже имеется в достаточном количестве, но стоит дорого. По словам Джамала аль-Али, живущего в Идлибе, за 20 л приходится отдавать \$60. Есть деньги – есть и вода. Нет денег? Ну и воды тогда не будет, – рассказывает он.

Из-за кризиса воду набирают не только из Евфрата, но также



из оросительных каналов, где вода ещё грязнее, чем в Евфрате, плюс только летом 2021 г. на севере страны зарегистрировали по крайней мере 7 случаев, когда люди тонули в этих каналах, придя с ведрами. Но выбора у местных жителей особо нет.

Беда общих кувшинов

Ещё в конце августа, когда появились первые случаи холеры в Сирии, международные гуманитарные организации начали «тесно координировать действия с местными органами здравоохранения,

чтобы обеспечить своевременное и эффективное реагирование» на вспышку. Сейчас ВОЗ и Детский фонд ООН совместно с сирийским Минздравом принимают меры в области водоснабжения, санитарии и гигиены. Также правительство Сирии привозит в пострадавшие районы чистую воду и обещает усилить хлорирование и дезинфекцию водных источников.

С конца августа сирийские специалисты из сферы здравоохранения активно работают над тем, чтобы пресечь потенциальные вспышки во всех пострадавших провинциях. Наблюдение усилили

там, где уже была зарегистрирована вспышка, а также в районах повышенного риска, например в лагерях для внутренне перемещённых лиц, – заявляет ООН.

В ООН уже призвали мировое сообщество помочь сирийской беде. А к соседним с САР странам обратились с особой просьбой – проследить, чтобы жизненно важные лекарства, способные помочь справиться с холерой, могли беспрепятственно пересекать границу.

Что касается эпидемиологической ситуации в других странах Ближнего Востока, то пока ООН ждёт всплеск заболеваний, хотя местные жители считают, что всё ограничится Сирией. Как считает врач из Ливана Валид аль-Билял, в Ливане, Иордании, Ираке о случаях холеры не сообщали.

«Всё дело в войне – нет чистой воды, нет государственного наблюдения. По этим причинам в Сирии были очень распространены разные инфекции и кишечные заболевания ещё до вспышки холеры», – говорит аль-Билял.

Тем не менее ООН предупреждает, что болезнь может скоро распространиться по всему региону. Как известно, холера передаётся в том числе через воду или еду, которую употреблял заражённый. А по арабским традициям люди часто едят из одной большой тарелки руками и пьют из общего кувшина.

Почему бы и нет?

Неужели революционное лечение найдено?



Лечение ВИЧ-инфекции может претерпеть значительные изменения благодаря новому препарату под названием EBT-101, созданному на основе молекулярных ножниц Crispr-Cas9.

Первый пациент прошёл лечение в США. В Филадельфии начались клинические испытания, которые могут произвести революцию в лечении этой инфекции. Неназванный доброволец стал первым пациентом, получившим

лечение препаратом EBT-101, созданным на основе технологии Crispr-Cas. «EBT-101 способен удовлетворить неудовлетворённые потребности людей, живущих с ВИЧ/СПИДом, удалив вирусную ДНК в их клетках и тем самым уничтожив инфекцию», – объясняет доктор Камель Халили из Медицинской школы Льюиса Каца при Темпльском университете. Используя протеазу, соединённую с направляющей РНК, система Crispr-Cas9 способна вырезать выбранные

фрагменты ДНК в клетках. Удаление ВИЧ из инфицированных клеток EBT-101 был разработан в сотрудничестве с компанией Excision BioTherapeutics, специализирующейся на разработке терапии на основе Crispr-Cas. В данном случае добровольцам вводили внутривенно вирусные векторы AAV (адено-ассоциированный вирус) типа 9, содержащие генетическую конструкцию, которая будет вырезать большие участки ДНК ВИЧ из клеток. Цель данного клинического испытания фазы 1/2 – оценить безопасность и эффективность нескольких доз EBT-101 на небольшом количестве добровольцев, прежде чем переходить к более крупным когортам. «Официальное начало фазы 1/2 клинических испытаний приближает нас к созданию потенциального средства для лечения ВИЧ/СПИДа», – говорит врио декана Медицинской школы Льюиса Каца доктор медицины Эми Голберг. Первые результаты ожидаются только через много месяцев. В настоящее время два медицинских центра в Миссури и Нью-Джерси набирают добровольцев, чья инфекция контролируется антиретровирусной терапией, а третий центр вот-вот откроется. Если EBT-101 окажется эффективным в этом клиническом испытании, это станет важным шагом в поисках лекарства от ВИЧ-инфекции, от которой до сих пор нет лекарства.

Ну и ну!

Ковры могут оказаться самым опасным предметом в доме. К такому выводу пришли английские учёные, обнаружившие в обычных домашних коврах за пределами концентрации многих токсичных веществ.

от них не осталось бы и следа: ДДТ хоть и медленно, но всё-таки разлагается. А в ковре это токсичное вещество хранится гораздо дольше.

Плюс ко всему, всё, что есть токсичного в доме, рано или поздно находит приют в ковре.

Рассадики опасных болезней

По мнению Джона Робертса, инженера-эколога и известного специалиста по бытовой гигиене, эти текстильные изделия могут быть одной из главных причин повышения детской заболеваемости бронхиальной астмой, аллергиями, некоторыми другими заболеваниями и даже раком.

В домашний чернотыль люди превращают ковёр сами. Массу токсичных веществ приносят с улицы на подошве обуви, а домашние животные – на своих лапах. Летом, осенью, пока не выпадет снег, этот механизм самоотравления особенно актуален.

С улицы приносится немало различных канцерогенов, среди них полициклические ароматические углеводороды (ПАУ), полихлорированные бифенилы (ПХБ) и т.д. Также разные тяжёлые металлы – свинец, кадмий и ртуть. И всё это в коврах.

Ещё одна интересная коврая находка – ДДТ. Этот пестицид уже давно запрещён и не используется. Но в старых коврах, бывших ещё в ту эпоху, когда с этим опаснейшим химикатом связывали большие надежды, находят просто залежи ДДТ. Если бы они хранились не в глубоком ворсе, а на открытом воздухе, то

Прежде всего это вся бытовая химия, которая используется для чистоты, комфорта и борьбы с домашними насекомыми – порошки, пасты, спреи, растворы. Например, в одном квадратном метре такого убежища для токсинов английские специалисты обнаружили более грамма перметрина. Это в несколько сотен раз больше, чем в обычном спрее с этим домашним инсектицидом.

В коврах курительщиков содержится за пределами концентрации токсинов табачного дыма. Американские эксперты подсчитали, что малыши до 2 лет, играя на тёплом ковре, ежедневно заглатывают до 110 нанограммов бензопирена.

Примерно такое же количество этого самого опасного табачного канцерогена заглатывают его родители, выкуривая три сигареты. Для ребёнка эта доза намного опасней.

Даже при тщательной чистке уничтожить всё это невозможно. А они вызывают не только аллергию, но и многие другие заболевания.

Подготовила Инга КАТАРИНА.

По материалам Reuters, New-Science, medlinks.ru

Цепенящий взгляд

Горгона Медуза, чей взгляд обращал всё живое в камень – формальный пример синдрома воздействия. Это не бред колдовства: в мифе нет речи о какой бы то ни было магии или ворожбе. Эффект Медузы вызывал моторный (кинестетический) автоматизм: её зрак влиял на движения человека, который, окаменевая, прекращал двигаться. Таким образом, моторика субъекта осуществлялась уже не по его собственной воле, а под влиянием постороннего воздействия – взгляда Медузы. Интересно, что для победы над горгоной Персей применил «специальное устройство» – полированный медный щит, позволявший видеть её отражение, избежав непосредственного зрительного контакта с глазами самой Медузы. Так, современные психически больные с бредом воздействия используют различные подручные средства, «экранирующие» внешнее влияние», ставя на окна металлическую сетку, «отражающую X-лучи»; «заземляясь» к радиатору батареи проволокой, прикрученной к ноге; надевая на голову кастрюлю – как «защищающий шлем»...

Первый метросексуал

В древнегреческой мифологии Нарцисс — сын речного бога Кефиса и нимфы Лириопы. «Метаморфозы» Публия Овидия Назона сообщают, что Нарцисса полюбила горная нимфа Эхо (по версии греческого мифографа Конона – юноша Аминий). Во всех версиях мифа отвергнутые влюблённые страдают: Аминий бросился на меч перед домом Нарцисса; нимфа Эхо истаяла, и от неё остался только голос, способный лишь повторять звуки. Отвергнутые воззвали к Немесиде, прося о возмездии («Пусть же полюбит он сам, но владеть да не сможет любимым!») Немесиде снизошла: во время охоты Нарцисс увидел в реке своё отражение, влюбился в себя, не смог отойти от воды и умер. В месте его смерти вырос нарцисс. Имя Нарцисса уже в античности стало нарицательным. В современной европейской культуре оно обозначает патологию личности, сексуальную девиацию, которой свойственно фокусирование на себе, своих переживаниях и эмоциях – при пренебрежении интересами и чувствами других. Нарцисс был первым метросексуалом. Так сегодня называют мужчин, придающих слишком большое значение внешности и тратящих массу времени и денег на «совершенствование» внешнего вида и образа жизни. Ирония в том, что нарцисс – не слишком эффектный цветок: блеклый, белёсый, невзрачный. Таковы и нарциссичные личности: их самооценка часто не соответствует мнению о них окружающих. Впрочем, у нарцисса сильный дурманяще-сладкий запах. Это слово имеет общее происхождение со словом «наркоз». Самообман, самоодурманивание, введение разума в сон, как известно, рождает чудовищ.

Гендеры в транс

Ничто не ново под Луной... Даже операции по изменению пола. Тиресий – персонаж греческих мифов, слепой прорицатель, сын пастуха и нимфы Харикло. Гесиод писал, что в юности Тиресий увидел двух спаривающихся змей. Ударив палкой самку, он превратился в женщину. Через семь лет, снова найдя пару змей и ударив самца, снова стал мужчиной. Согласно Птолемию Гефестиону, превращался в женщину 7 раз. Зевс и Гера спросили Тиресия о том, кто получает больше удовольствия от любовного соития – мужчина или женщина. Он ответил, что если исчислять общее наслаждение десятая долями, мужчина получает одну долю, женщина – девять. Проигравшая спор Гера ослепила Тиресия; Зевс

же наделил его способностью прорицать и дал жизнь, равную семи поколениям. Согласно Ферекиду, в юности Тиресий увидел обнажённую купавшуюся Афины и был лишён зрения ею. Поддавшись мольбам Харикло, богиня сжалилась, но уже не могла отменить наказание и дала Тиресию взамен дар прорицаний, изошрив его слух, так что он понимал язык птиц. Легенда о змеях и пари Зевса с Герой изложена в «Метаморфозах» Овидия; о гневе Афины упоминает Каллимах в гимне «На омовение Афины». Википедия – в духе пошлой политкорректности

гастству семьи Луция Юния, выдал замуж за его отца свою сестру, а затем казнил его, присвоив, таким образом, всё состояние олигарха. Старший сын тоже был казнён. Младший сын Луций был вынужден в течение долгого времени притворяться слабоумным, чтобы уцелеть (олигофрен был неопасен и не мог претендовать на наследство). В связи с этим обстоятельством его и прозвали Брутом – тупицей. Но именно Луций Юний Брут стал во главе движения, случившегося в 510 г. до н.э. и сделавшего правление Рима республиканским. Мнимая

Передозировка приворотного зелья

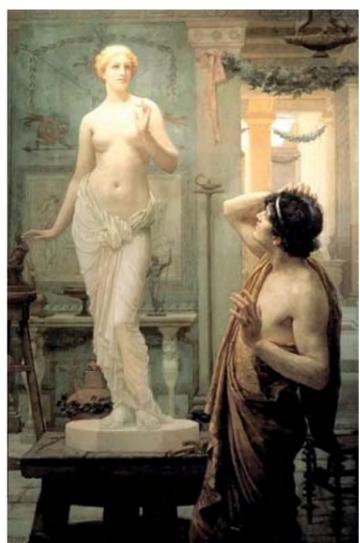
Древнеримский богач Лукулл, чьё состояние вошло в поговорку, незадолго до смерти повредился в уме. Об этом говорит Плутарх, ссылаясь на римского историка Корнелия Непота, утверждавшего, что болезнь Лукулла произошла из-за его вольноотпущенника, Каллисфена, который рассчитывал на то, что некий лекарственный состав, придуманный им, внушит хозяйину «ещё большую привязанность» к своему слуге. Возможно,

Греции женский гомосексуализм не был раритетом: Плутарх сообщал: «...девушки становятся эротическими партнёрами женщин из благородных семей». Такая любовная связь была аналогом любовных отношений между юношей и мужчиной в инициационной или симпосийной обстановке. Социальный статус женщин Лесбоса отличался большей свободой, чем в иных областях Эллады. Ограничений для них почти не было. Вместе с мужскими гетериями (что-то вроде клубов) на острове были фисасы – содружества женщин. Саффо возглавляла один из них, приуговляя

Взгляд

Греко-римские экскурсии

Персонажи античных мифов с точки зрения психиатра



Пигмалион и Галатей. Эрнест Норман

и ЛГБТ ± приоритетов пишет о Тиресии: «Пол – транс-мужчина».

В мифах и «Илиаде» упоминают племя лапифов, обитавшее в северной Фессалии, на Пелионе, в окрестностях Олимпа. Лапифы были не просто сказочными великанами, но и реальным историческим племенем, сыгравшим заметную роль в ранней эллинской культуре. Об их происхождении повествует Диодор Сицилийский. Лапиф Кеней участвовал в походе аргонавтов, Калидонской охоте и битве лапифов с кентаврами. Сцены его убийства встречаются среди барельефов и изображений на вазах. Кеней был неуязвим, и кентавры забросали его соснами, под которыми погребли его живо. Овидий говорит, что Кеней прежде был девушкой по имени Кенида, похищенной и изнасилованной Посейдоном, обещавшим исполнить любое её желание. Она захотела стать мужчиной. После смерти в Аиде Кеней опять превратился в деву. Впрочем, слово «лапифы» переводится с греческого языка, как «хвастуны», поэтому не все сведения о Кенее можно считать достоверными.

Брутальный Брут

Римский сенатор Марк Юний Брут более известен не своей политической деятельностью, завоеванием Македонии или победой над Гаем Антонием, но тем, что он был главой заговорщиков, убивших Юлия Цезаря. Странное имя сенатора, более похоже на обидную кличку, диагноз или брань, происходит от латинского слова «brutus» – «грубый, тяжёлый, тупой». Тем не менее, оно стало наследственным и даже прославленным. Предком сенатора был Луций Юний, изгнавший последнего римского царя – Тарквиния Гордого. Предыстория такова: вначале Тарквиний, завидуя бо-

олигофрения стала причиной появления родового имени Брут. И в таком контексте последняя реплика Цезаря Et tu, Brute! – «И ты, Брут!» может быть вольно переведена: «Ну, ты и дурачок!» Впрочем, ещё одно значение этого слова – «неотёсанный», «грубиян»; и тогда перевод сентенции Цезаря ближе к фразе: «Ну, ты и хамло!»

Орфей: какой реприманд

Эвридика была лесной нимфой – дриадой. Очаровавшись музыкой и пением Орфея, она стала его женой, но умерла от змеиного укуса. Чтобы вернуть её, Орфей отправился в Аид и с помощью своего искусства сумел убедить бога подземного царства отпустить Эвридику. Зная, что оглядываться на идущую следом жену нельзя (таково было условие богов), Орфей всё же обернулся, не совладав с собой, дабы удостовериться: идёт ли она за ним. Эвридика навсегда осталась в царстве теней. Поступок Орфея выглядит, как компульсия. Похожие побуждения возникают у человека подобно витальным влечениям – голоду и жажде: их невозможно преодолеть. Критическое отношение субъекта к компульсии сочетается с невозможностью борьбы с ним. Здесь нет столкновения мотивов. Несмотря на понимание неуместности своего поступка и невзирая на опасность потенциальной ситуации, человек не может удержаться от действия в связи с невыносимым психическим дискомфортом.

Перверзия эстетов

Влюбившись в Афродиту, царь Кипра Пигмалион изваял её статую и обратился к богине с мольбой оживить скульптуру. Статуя стала Галатеей, женой Пигмалиона. О любви к статуям писали Лукиан, Филострат Тианский, Плиний, Клавдий Элиан: «Некий афинский юноша благородного происхождения воспластал пламенной любовью к статуе Благой судьбы... Он обнимал её, покрывал поцелуями и, потеряв рассудок и обезумев от любви, явился к членам Совета с просьбой продать ему статую за любые деньги. Так как из этого ничего не вышло, юноша украсил предмет своей страсти лентами, венками, драгоценностями, совершил жертвоприношение и, горячо оплакав неудачу, покончил с собой». Имя критского царя дало название сексуальной перверзии. Пигмалионизм – вид фетишизма, сочетающийся с вуайеризмом. Фетишем является изображение человеческого (хотя и не всегда) тела. Удовлетворение фетишиста возникает от обладания такими изображениями, прикосновения к ним и пр. Влечение может быть гетеро-, гомосексуальным, педофильным, даже зоофильным.

что ошибка в дозировке и привела к тому, что управление имуществом богача отошло к его брату. Однако знаменитый вопрос римского права: Qui prodest? («Кому выгодно?»), почему-то забытый во время расследования события, направляет ход размышлений отнюдь не в сторону Каллисфена, на которого легко было повесить всех собак. Здесь очевиден имущественный интерес Лукуллова брата; умозрения же насчёт преданного вольноотпущенника, ошибшегося в дозировке, кажутся измышлением судебных органов, решивших вопрос к всеобщему (кроме Каллисфена) удовольствию.

Ио и овод

Нимфу Ио, дочь речного бога Инаха, соблазнил Зевс, о чем стало известно ревнивой Гере. Во избежание ссор Зевс превратил Ио в корову. Гера упростила его подарить ей животное, поручив тысячеглазому великану Аргосу охранять её. Зевс попросил своего сына Гермеса – бога воровства и обмана – спасти Ио. Тот усыпил Аргоса игрой на флейте, а затем отрубил ему голову. Но Ио по-прежнему оставалась коровой. Гера создала овода, который всюду преследовал и жалил Ио. Нимфа-корова пыталась бежать от него, сначала достигнув моря, которое с тех пор зовётся Ионическим, затем на север, через Киммерийский Боспор, получивший благодаря этому своё название (коровий брод) – в Азию. Но лишь в Египте Ио освободилась от преследований овода, снова приняв человеческий облик. Здесь у неё родился сын Эпаф, ставший царём Египта. По другой версии Ио вышла замуж за египетского царя Телегона. В поздней античности был распространён вариант мифа, согласно которому в Египте Ио стала Исидой.

В современной психиатрии существует синдром Ио, суть которого сводится к хронической тахикинезии – состоянию повышенной двигательной активности. Он наблюдается при органических поражениях головного мозга с диэнцефально-эндокринными и экстрапирамидными расстройствами, являясь осложнением терапии нейролептиками (реже встречается при паркинсонизме). Пациенты с синдромом проходят за день десятки километров, хотя и не в такой мере, как Ио. Описан психиатром В.Иончевым в 1979 г. Доктор (что очевидно) использовал созвучие своей фамилии с именем героини мифа.

Сафизм

Термин «лесбийская любовь» происходит от названия греческого острова Лесбос, где родилась и жила в VII-VI веке до н.э. поэтесса и музыкант Саффо (Сафо), чьи стихи иногда называют гимном однополной женской любви. В древней

девушек к замужеству, обучая их музыке, танцам, стихосложению. Традиционные формы культового фольклора Саффо наполнила личными переживаниями. Поэтесса психосоматически объединила телесные ощущения и душевные эмоции, описывая тонкие движения человеческой души совсем другим языком, чем Гомер и Гесиод за несколько веков до неё. Её лирика, в отличие от эпосов, была ориентирована на внутренний мир человека. Гомеру, как любому рапсоду, было всё равно, что воспевать – щит Ахиллеса или его же гнев – пока не описывал всё досконально, певец не останавливался. Более того, щит он описал сам, а для того, чтобы описать эмоцию, призвал на помощь высшие силы. Саффо же справлялась с описанием переживаний психики самостоятельно, делая это тонко и точно, с точки зрения современных психологии и психиатрии. В её описании любовного трепета женщины:

«...Лишь тебя увижу, – уж я не в силах / Вымолвить слова. / Но немеет тотчас язык, под кожей / Быстро лёгкий жар пробегает, / Смотрят, / Ничего не видя, глаза, / В ушах же – / Звон непрерывный. / Потом жарким я обливаюсь, / дрожью / Члены все охвачены, / зеленее / Становлюсь травы, и вот-вот как будто / С жизнью прошусь я...» – вегетативная реакция, формально описывающая телесные феномены, даёт яркое ощущение душевных переживаний. Древние греки, будучи стихийными материалистами, прорывались к душе, к психике через телесность.

До конца XIX века психиатры почти не уделяли внимание женскому гомосексуализму. После публикации работ К.Ульрихса, Р. фон Крафт-Эбинга, Х.Эллиса, Э.Карпентера, М.Хиршфельда он был квалифицирован как психопатология. В «Трёх статьях о теории сексуальности» З.Фрейд назвал его «инверсией», заявив, что женщины-инверты имеют мужские характеристики. Он считал, что поведение таких женщин вызвано психологическими, а не биологическими причинами. Эта интерпретация ныне отрицается большинством психиатров. Но не всеми, и, как говаривал мольеровский господин Журден, «Что не проза – то стихи». Соответственно: что не норма – то патология. А привычные отсылки к тому обстоятельству, что большинству мировых культур феномен гомосексуализма знаком, и это-де легитимизирует сию перверзию, не представляются убедительными: все регионы планеты прошли и через этап каннибализма. Культура – система табу, без которых она не возникает.

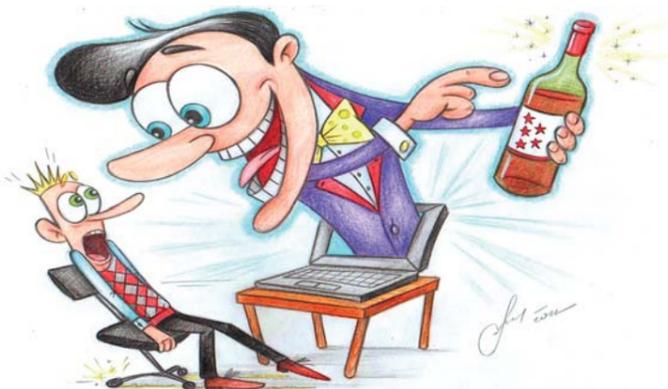
Игорь ЯКУШЕВ,
психиатр,

доцент Северного государственного
медицинского университета.
Архангельск.

ТОМ

In vino veritas!

Пародия на рекламные блоги



Все мы, чего греха таить, полчасика-часик, а то и два, «сидим» как-нибудь вечером в мессенджерах и соцсетях интернета. Какой только всякой всячины не попадает! И везде, куда ни кинь взор, так или иначе – реклама. В лоб или с тыла, скрытая и не очень, талантливая и бездарная, оригинальная и навязная в зубах. Кого как, а лично меня всегда умиляют и трогают, порой до глубины души, зазывные тексты, побуждающие «глотателей пустоты» (так в советские времена называли любителей газетных статей) взять на заметку продукцию какого-нибудь ещё не «раскрученного», как это сейчас говорится, бренда. Не отстают от глашатаев ширпотреб и сомелье-самоучки.

Дня не проходит, чтобы не довелось насладиться ещё какой-нибудь жемчужиной народного творчества. Наверняка и вам, читатель, на экране монитора не раз попалось что-либо подобное.

Недавно набрёл в сети на текст одного из блогеров, оседлавшего любимую тему, что в русском переводе может звучать как «дневник выпивохи». С любовью, как по жанру, так и по стилю «заманухой». Разумеется, с исчерпывающей атрибутикой рекламируемого товара. По понятным причинам в небольшой цитате, предлагаемой вашему вниманию, эти данные опущены. Сорт упоминаемого винограда, полагаю, не вызовет нареканий со стороны Роскомнадзора и ревнителей закона о рекламе.

Итак. «В бокале красивый золотистый напиток. Нежный аромат. Сложный, насыщенный и тонкий. Распознать в нём какие-то ноты способен, наверное, только хороший парфюмер. В целом ощущение хорошего летнего сада, с фруктами, цветами, кустами и деревьями. И только неожиданные волны некоторой бензольности говорят о том, что перед нами Рислинг.

Во вкусе тоже сложный спектр. И тебе фрукты, и цветы, и корнеплоды какие-то. В послевкусии хлеб ржанно-пшеничный, и, кажется, даже со сливочным маслом. Воздушное такое послевкусие.

Прекрасный баланс. Трудноуловимый состав букета. Вино кажется то сладковатым, то солоноватым, то горчинка, то кислинка. Всё очень изящно сплетено. Найти тут можно миллион оттенков, от персиков до одуванчиков, от лесных орехов до сливочек, и от акации до алычи. Бензольные мотивы не выпирают. Они есть, но довольно слабые, и органично вплетены в общую канву.

При этом сначала ни малейшего вау-эффекта. Ну симпатично, ну мило. Однако пока пьёшь, постепенно проникаешься сложностью и игрой красок. И вот уже трудно с вином расстаться, пока оно не закончится. Что всегда показатель. Перламутровый, можно сказать, вкус.

Закуска тут только мешают, пожалуй. Отвлекают от сюжета. Хотя с морепродуктами вино дружит, в общем-то».

(Конец цитаты. Синтаксис и пунктуация оригинала сохранены.)

Чистый восторг! Какая поэтика слога! Какие тонкие гиперболы, изысканные метафоры, неожиданные сравнения! Респект автору!

И непреодолимое желание как можно скорее, прямо сегодня вечером, проверить в натуре – на сколько процентов совпадёт отзыв автора этой хвалебной оды вину проплатившегося бренда с возможными субъективными оценками. С персональными вкусовыми переживаниями.

И тут вдруг мелькнула тревожная мысль. Как же так! Уж сколько довелось перечитать аналогичных опусов, и все, по преимуществу, посвящены вину. Согласен, коньяку тоже попадают. Бывает, что и чему-нибудь другому. Но почему

оставлен без внимания напиток, общепризнанное название которого я попрдержу пока в секрете? Тешу себя надеждой, однако, что многие догадуются, о чём именно ведётся речь, дочитав до конца нижеприводимый условно-рекламный текст. А многие, почему-то есть такая уверенность, догадуются, не дочитав и до половины.

«В лафитнике непередаваемо прозрачный, до хрустальных искорок в глазах напиток. Ординарный, до дрожжи нетерпения знакомый аромат – ангельски чистый, быть может даже наивный, но чертовски насыщенный и божественно желанный. С уверенностью распознать в нём какие-то нотки способен, наверное, только убеждённый сединами сомелье среднерусских равнин. Да ещё, пожалуй, завсегда городских рюмочных со стажем. В целом – напиток оставляет впечатление дружеской встречи на заветной лавочке в летнем саду культуры и отдыха, с цветочными клубками, кустами сирени вокруг и ботаническими деревьями. И только долгожданные волны крепкой возгонки скажут вам о том, что перед нами совсем не Рислинг. Да-да! Отнюдь не тот самый банальный Рислинг с южных склонов северо-восточных долин сказочных За-

падных гор. А нечто совершенно ему противоположное, и вместе с тем – совершенное в своём роде...

Во вкусе, благодаря информации на этикетке и вашему воображению, тоже сложный спектр. Тут вам и берёзовые бруньки, и кедровые орешки, и корнеплоды какие-то, и мёд, и свежесть ключевых и талых вод... Послевкусие не томит вас бесплодным ожиданием, или сомнительными гаданиями на кофейной гуще, заявляет о себе при первом же глотке ярко, пылко, без ложной стыдливости. В нём способно возникнуть всё что угодно. Нередко гурманы находят выраженный, но приятно волнующий обоняние, дух ржанно-пшеничной горбушки или, что значительно реже – дух рукава рабочей спецовки. Классические такие послевкусия. Хотя с этим, конечно, кто-то может и не согласиться, следуя современной максиме – о послевкусиях спорят!

Прекрасный, научно выверенный баланс базовых ингредиентов: того, что древние пращуры называли – aqua vitae, с просто аквой. Казалось бы – такой незатейливый рецепт, а какой потрясающе загадочный от первого до последнего тоста состав букета. Вместе с тем, порой, непредсказуемо изменчивый. Напиток может показаться то сладковатым, как болгарское лечо; то солоноватым, как мочёный огурчик... То пригрезится горчинка, будто лучок на ломтике селедочки; то кислинка, как от хрусткой квашеной капусты, с капелькой душистого солнечного масла. Всё очень изящно сплетено веками застольных проб и ошибок. Найти тут можно миллион оттенков, кроме разве что пальмовых сливок, одуванчиков и акации, бразильского ореха, и чуждого нам по филологическим соображениям панамского ореха кукуй; да крайне, к счастью, редких – древесных опилок, которые со справедливым негодованием заклеил в своём творчестве Владимир Высоцкий. Ну, вы наверняка помните – «И если б (это) гнать не из опилок, то что б

нам было... с пяти бутылок». Кстати, полифоничные сивушные мотивы не выпирают, деликатно держатся в тени крещендо ведущей мелодии. А после контрольной второй рюмки они хоть и есть, но довольно слабые, и органично вплетены в общую канву. Недаром в народе замечено: первая – колом, вторая – соколом, остальные – мелкими пташками...

При этом, сначала ни малейшего «Твою мать!»-эффекта. Ну привычно... ну буднично... ну всё милее присутствующие здесь дамы... Однако пока пьёшь, постепенно уходят в даль далёкую проблемы, сложности жизни, меркнут неурядицы... Приходят раскованность и дозависимая лёгкость бытия. Избранные поклонники напитка могут даже удостоиться игры вербально-оптических галлюцинаций. С интригующе непредсказуемой палитрой красок и фабул. И вот уже трудно с напитком расстаться. Закончится первая, будьте уверены, пошлётся «гоним» за второй. Точнее, за двумя. Чтобы лишней раз не бегать. Что всегда показатель мудрости предков и преемственности поколений.

Манящий до вождения, до миражей в глазах (особенно назавтра после вдумчивой, неспешной дегустации), можно сказать, вкус.

Настоящим экспертам и ценителям напитка закуски только мешают, пожалуй. Отвлекают от захватывающих сюжетных линий в фазу выяснения кондиций взаимного уважения. Хотя практически с любым провиантом, который способен обнаружиться под рукой в съедобном состоянии, напиток дружит. В общем-то».

Ну вот, как-то так. (Между нами – мечтается, что текст увидит кто-либо из PR-менеджеров какой-нибудь заинтересованной компании. Профильной, разумеется.)

Да, необходимо сказать, что это текст-викторина. Правильные ответы присылайте по адресу – «На деревню дедушке». Неправильные не присылайте вовсе.

Приславшие правильные ответы могут рассчитывать на почётное пожизненное звание – «Заслуженный знаток застолий». Трёх степеней. Лёгкой, средней и тяжёлой.

Жюри конкурса, в лице автора, учредило также переходящий из года в год приз – возможность чтения в любимой газете его рассказов. Если они, конечно, кому-то импонируют.

С наилучшими пожеланиями, искренне ваш, психиатр-нарколог –

Юрий КУБАНИН.

Новосибирск.

| СКАНВОРД | | | | | | | | | | Место в древесине | Снасть, парус | Аркан | Отбеливающая глина | Франц. писатель | Друг на Кавказе | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------------------------|------------------------|-------------|-----------------|---------------|---------------|-----------------|--------------------|------------------|-----------------|-------------------|---------------|----------------|--------------------|-----------------|-----------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|--|--|--|--|--|--|
| Адажио | Лекар. форма | Арт. орудие | Турецкий поэт | Анастразол | Рахат-... | "Па-яцы", перс. | Отросток на колосе | Отражение света | Областной центр | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Рос. филолог-классик | Удлиненный холм | | | Обезьяна | | | | Пенсне | Овраг | Пение | | | Рус. переводчик | Лонгория | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | Япон. блюдо | | | | Холоп | Адаплен | | | Страна света | Босх | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Один из Алеут. островов | Лучший товар (стар.) | | | ... координат | | | | Повреждение тела | Пенза, река | Водяной рак | Работа | Серов, портрет | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | Эссен, Дортмунд | | Стоянка судна | Клич | | Чили | | | | | Звено гусеницы | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Афродита | Птица, Новая Каледония | Молодо | Горгона | | | | | Упрек | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | Бык, Тибет | Сомнение | | | Зем. мера, Китай | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Автор Валерий Шаршуков | "Арбат, мой Арбат" | | | | | | | Аккад. бог бури | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | Т | П | В | Ч | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | О | А | Р | Е | К | А | Ф | А | Л | А | Н | Г | А | Ф | А | Р | У | М | П | И | С | К | | | | | | |
| | | | | | | | | | | А | Л | Ь | Д | Т | А | Н | К | Д | Р | Е | Ч | Л | А | Ж | Ш | Т | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | Щ | У | Т | Е | С | У | Г | О | Д | А | Р | В | И | З | И | Р | Ц | Ф | У | Г | А | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | З | А | Р | Я | Р | О | М | М | Б | Л | О | Ц | М | А | Н | Ц | И | Ф | Е | Р | О | Н | | | | | | |
| | | | | | | | | | | Я | У | М | Д | О | П | А | К | Х | Г | О | Р | А | Л | Б | А | Н | Т | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | Т | А | Л | Л | О | Е | С | Л | И | У | Г | О | Л | Н | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | Ь | Е | Т | Ю | К | Л | У | Б | Т | У | Ш | Е | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | Т | И | Т | С | Е | М | А | А | Л | А | Г | И | Р | | | | | | | | | | | | | | | |

Ответы на сканворд, опубликованный в № 38 от 28.09.2022.

Полное или частичное воспроизведение или размножение каким-либо способом материалов, опубликованных в настоящем издании, допускается только с письменного разрешения редакции газеты. Материалы, помеченные значком , публикуются на правах рекламы. За достоверность рекламы ответственность несёт рекламодатель.

Редакция имеет право публиковать присланные в свой адрес материалы. Факт пересылки означает согласие автора на передачу редакции прав на публикацию и получение соответствующего гонорара.

Главный редактор А.ПАПЫРИН.

Справки по тел.: 8 (495) 608-86-95. Рекламная служба: 8 (495) 608-85-44. Отдел изданий и распространения: 8-916-271-08-13. Адрес редакции, издателя: 129110, Москва, ул. Гиляровского, 68, стр. 1. E-mail: mggazeta@mgzt.ru (редакция); rekmedic@mgzt.ru (рекламная служба); inform@mgzt.ru (отдел информации); mg.podpiska@mail.ru (отдел изданий и распространения); medgazeta72@mail.ru (электронная подписка); www.mgzt.ru

ИНН 7702394528, КПП 770201001, р/с 40702810338000085671, к/с 30101810400000000225, БИК 044525225 ПАО Сбербанк г. Москва

Отпечатано в ОАО «Московская газетная типография». Адрес: 123022, Москва, ул. 1905 года, д. 7, стр. 1. Заказ № 1818. Тираж 13 940 экз. Распространяется по подписке в Российской Федерации и зарубежных странах.