

Партнёрство

Противостоим болезням вместе

В пилотный проект по оказанию паллиативной помощи частными организациями вошли четыре региона



Правительство Российской Федерации расширило список территорий, где социальные услуги гражданам, включая санаторно-курортное лечение и паллиативную помощь, смогут оказывать за счёт бюджетных средств не только государственные организации, но и коммерческие. Компании в качестве преференции получают специальные субсидии в 33 регионах. Распоряжение о включении в перечень четырех новых регионов подписал председатель Правительства РФ Михаил Мишустин.

Документ расширяет действие Федерального закона «О государственном (муниципальном) социальном заказе на оказание государственных (муниципальных) услуг в социальной сфере» на Саратовскую область, Камчатский, Приморский и Хабаровский края.

Это должно положительно повлиять на доступность паллиативной

помощи. Безусловно, по-прежнему первую скрипку в этом деле будут играть государственные лечебные учреждения. Многие территории, несмотря на сложное экономическое положение, продолжают реализацию государственной программы развития паллиативной медицины, разработанную в России до 2024 г. Например, на базе Тюменской областной больницы № 4 (Ишим) созданы условия для оказания медицинской помощи неизлечимо больным.

Здесь в регистре паллиативных пациентов состоит 568 человек. Сегодня на базе нескольких отделений медицинской организации развернуто 65 паллиативных коек, в том числе 40 из них – это койки сестринского ухода, которые находятся в Карасульской, Ларихинской, Озернинской участковых больницах и Сорокинской районной больнице. Паллиативные койки для тяжелобольных пациентов имеются в стационаре Ишима, а также в каждом филиале областной

больницы № 4: Абатском, Викулово, Армизонском, Бердюжье.

– Помочь пациенту можно всегда, даже если его невозможно вылечить. И при оказании паллиативной помощи наша задача – с помощью медицинских манипуляций и лекарственных средств, осуществления ухода обеспечить пациенту комфортные условия, защитить его от боли, максимально возможно устранить тяжёлые симптомы неизлечимых заболеваний, уменьшить физические и психологические страдания, – пояснила заместитель главного врача областной больницы Майя Филонова.

В таком лечении нуждаются не только онкологические больные, список недугов обширен. В нынешней ситуации значительная часть таких больных становится наиболее социально незащищённой группой населения.

Алексей ПИМШИН.



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

Сейчас, когда ситуация по понятным причинам обусловила повышенную нагрузку на систему здравоохранения, в больницах Донбасса не хватает кадров. И если мы можем подставить коллегам своё плечо, надо это сделать.

Стр. 5

Ирина ВАСИЛЬЕВА,
директор НИИЦ фтизиопульмонологии и инфекционных заболеваний, профессор:

Перед фтизиатрической службой стоит сложная задача сохранить позитивный тренд снижения заболеваемости и смертности, ведь дремлющая туберкулёзная палочка под воздействием ковида может проснуться.

Стр. 6



Анна ПОПОВА,
руководитель Роспотребнадзора:

Пока заболеваемость COVID-19 в целом по стране значимо выше, чем в аналогичном периоде прошлого года. Успокаиваться и говорить, что всё хорошо и спокойно, не следует.

Стр. 7



Проекты

Укрепляя позиции

Минздрав России опубликовал проект приказа «Об утверждении Номенклатуры должностей медицинских работников и фармацевтических работников». Новый документ должен пополниться позициями врача-кибернетика и врача спортивных сборных команд.

В программах специализации медицинских вузов с 2017 г. уже есть специальность «врач-кибернетик», но пока она не вписана в номенклатуру должностей. Эта специальность появилась и в квалификационных требованиях, для неё был утверждён профстандарт. Включение должности в номенклатуру имеет юридический характер и требуется для соблюдения законодательства.

Второй в списке по направлению «спортивная медицина» после врача по спортивной медицине станет должность «врач спортивных сборных команд». Минздрав предлагает добавить в номенклатуру ещё несколько должностей для специалистов с высшим немедицинским образованием.

Планируют исключить из перечня должности медицинских работников: фельдшеров-водителей «скорых» и санитаров-водителей, врача-дезинфектолога, клинического миколога и лабораторного миколога, врача сурдолога-протезиста. В сопроводительных документах к проекту приказа причина этих изменений не поясняется.

Номенклатура должностей последний раз обновлялась в 2020 г., тогда в неё включили детского онколога-гематолога, медицинского микробиолога и врача физической и реабилитационной медицины. В начале текущего года Минобрнауки утвердило и новый список направлений для получения высшего медицинского образования. К специальностям, по которым можно пройти ординатуру, добавилась «медицинская микробиология», однако в список до сих пор не вошла «детская онкология-гематология», хотя подготовку врачей по ней планировалось начать с 2022 г.

В проекте новой номенклатуры появилось и новое примечание, касающееся больших перерывов в работе по специальности: «в случае, когда врач-специалист (профизор) имеет перерыв в работе по специальности более 5 лет либо изменяет профиль специальности, требующей специальной подготовки и квалификации, он назначается на должность врача-стажёра (провизора-стажёра) на период прохождения в установленном порядке профессиональной переподготовки с целью получения специальных знаний, умений и навыков, необходимых для самостоятельной работы в должности врача-специалиста (провизора), и получения сертификата (свидетельства об аккредитации) по соответствующей специальности».

Ирина СЕРГЕЕВА.

Новые подходы

Вместо укола – спрей

Минздрав России зарегистрировал первую в мире назальную вакцину против коронавируса.

Препарат состоит из двух компонентов, которые вводятся с интервалом в три недели. «Гам-КОВИД-Вак» («Спутник V») стал первой в мире вакциной такого формата.

Как сообщили в Минздраве России, вакцина так же, как и «Спутник V», со-

стоит из двух компонентов на основе аденовирусных векторов 26-го и 5-го типов и вводится при помощи специальной насадки-распылителя в носовую полость с интервалом три недели, то есть в режиме «прайм-буст».

Препарат формирует иммунитет на слизистой оболочке дыхательного тракта. У пациентов увеличиваются титры антител IgA в крови и носовой слизи и антител IgG, которые ней-

трализуют вирус в крови. Также он вызывает клеточный иммунный ответ к COVID-19.

Новый вариант вакцины разрешено применять только для вакцинации пациентов старше 18 лет.

– Назальная вакцина «рекрутирует дополнительный контингент», то есть привлекает тех, кто боится инъекции, – пояснил академик РАН Геннадий Онищенко. – Таких людей много, особенно среди мужчин, а вот женщины «как-то спокойнее к этому относятся».

Андрей ДЫМОВ.

Новости

Медтехника
как гуманитарный вклад

Российское общество хирургов организовало гуманитарную акцию в помощь лечебным учреждениям Донбасса. Объявлен сбор медицинского оборудования, инструментария и расходных материалов для плановой и экстренной хирургии, а также анестезии-реанимации.

Как пояснил управляющий делами общества Михаил Таривердиев, хирургическое сообщество обратилось к представителям медицинского бизнеса с просьбой по возможности предоставить медтехнику и изделия медицинского назначения, которые сегодня чрезвычайно необходимы больницам Донецкой и Луганской народных республик.

– Хочу подчеркнуть, что мы вправе принять помощь только от юридических лиц. Весь собранный груз будет направлен адресно в те стационары ДНР и ЛНР, где есть потребность в том или ином оборудовании, расходниках, инструментах. Так, сосудистые хирурги просят специфический шовный материал, травматологи очень нуждаются в аппаратах для наружного остеосинтеза, так как травмы конечностей – самые частые в условиях военного времени, – пояснил М.Таривердиев.

Российскому обществу хирургов уже передан набор оборудования, которым можно оснастить полноценную операционную: ИВЛ, наркозный аппарат, электрокоагулятор, лапароскопическая стойка, операционный стол, бестеневая лампа. Дарителями выступают компании-производители, а также государственные и частные клиники из Владивостока, Сочи, Крыма, Краснодар, Иваново.

Весь благотворительный груз консолидируется в Москве, откуда он будет отправлен в виде гуманитарной помощи на Донбасс. Акция будет продолжаться так долго, как это будет нужно. Как подчеркнули в Российском обществе хирургов, здесь проследят, чтобы все посылки доехали до адресатов.

Елена СИБИРЦЕВА.

Кузбасс привлекает кадры

Глава Кемеровской области Сергей Цивилёв предложил установить единовременную выплату выпускникам медицинских колледжей, которые придут работать в детские поликлиники региона на педиатрические участки.

Региональному Минздраву уже поручено проанализировать, какой процент выпускников средних специальных учебных заведений медицинского профиля по окончании учёбы трудоустраивается в государственные учреждения здравоохранения. Это позволит рассчитать объём бюджетных средств, которые необходимы для того, чтобы привлечь и поддержать молодых специалистов.

– Идёт технологическое оснащение детских больниц и поликлиник, но при этом педиатрическая служба региона испытывает острый дефицит в кадрах. Поэтому в ближайшее время будет принято решение о единовременной выплате в размере 500 тыс. руб. каждому выпускнику медицинского колледжа, который устроится работать на педиатрический участок, – сообщил губернатор Кузбасса.

Следует сказать, что региональная программа материальной и социальной поддержки молодых медработников позволила за 3 года привлечь в государственную систему здравоохранения 1378 врачей и фельдшеров, при этом средний возраст сотрудников кузбасских больниц снизился с 50 до 36 лет.

Ольга БЕРЕЦКАЯ.

Кемерово.

Норма таблеток в одни руки

В Томске аптечные сети и медицинские организации заключили соглашение о сотрудничестве по стабилизации спроса на медикаменты. В настоящее время здесь, как и в других российских регионах, наблюдается повышенный спрос на лекарственные препараты, спровоцированный введением экономических санкций против России.

Чтобы ажиотаж панически настроенной части населения не привёл к тому, что без лекарств останутся все остальные жители региона, губернатор Сергей Жвачкин распорядился создать областной штаб по социально-экономическому развитию территории в условиях санкций, а в структуре штаба – отдельную комиссию по сохранению доступности социальных и медицинских услуг. Участники группы – руководители социальных департаментов, надзорных и контролирующих органов, главные врачи и директора аптек – обсудили ситуацию с наличием нужных лекарств в аптечной сети и решили поставить барьер паникерам, а также перекупщикам, которые организовали такой бизнес на возникшем дефиците.

Одна из мер, которую договорились ввести в регионе – отпуск препарата в одни руки строго в количестве, которое рекомендовано врачом на курс лечения. Если же речь идёт о пациентах с хроническими заболеваниями, которым требуется длительный или даже постоянный приём лекарств, они должны получить у врача рецепт с соответствующей пометкой. Для других категорий граждан «оптовые» закупки в аптеках отныне невозможны.

Ещё одна мера, реализуемая сейчас в области для снижения социальной напряжённости вокруг лекарств, предполагает активное использование аналогов: рабочая группа при правительстве региона обратилась в лечебные учреждения с настойчивой просьбой при назначении амбулаторной терапии рекомендовать пациенту не один конкретный препарат, а на выбор несколько препаратов одинакового действия.

Елена ЮРИНА.

Томск.

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

Профилактика

Тренируя тело —
тренируешь здоровье

В этом году тема Всемирного дня здоровья, который отмечается 7 апреля, сформулирована как «Наша планета, наше здоровье». О том, как заботиться о своём благополучии, здоровьем теле и крепком духе, «МГ» решила узнать, общаясь с потомственным смоленским врачом и участником 57 соревнований (!) марафонов Юрием Москалёвым.

Человек-бег, Ю.Москалёв был капитаном команды нашей страны в факельной эстафете «Бег Дружбы» (маршрут Москва – Китай), а в 2018 г. в Нью-Йорке стал серебряным призёром в соревнованиях по шестисуточному бегу, преодолевая в среднем за день по 77 км (выступал в группе «мужчины 50-60 лет»).

Окончив в 1989 г. Смоленский медицинский институт и придя в 25-летнем возрасте в многотысячную армию любителей бега, физиотерапевт медцентра «Святого Луки» Ю.Москалёв сегодня убеждён, что медицинская наука и практика будут эффективнее служить обществу, если системно внедрять в сознание людей стремление к здоровому образу жизни, делая это посредством просвети-



тельских лекций и многочисленных любительских спортивных соревнований, ибо здоровая психика, физкультура и спорт пробуждают в организме человека защитные резервы, а в мозг – любовь к деятельной жизни.

Пример в этом векторе развития общества, конечно же, должны показывать врачи. И именно медицинские университеты, академии и институты страны уже несколько лет подряд задают тон во всероссийском конкурсе «Вуз здорового образа жизни».

– Скажем, никак нельзя не восхититься моей альма-матер, где основной участия в конкурсе стал федеральный инновационный проект «Здоровье студента – здоровье врача – здоровье страны», то есть выпускники СГМУ уходят служить профессии не только как врачи, но ещё и как пропагандисты и организаторы физкультурно-спортивных мероприятий, – отмечает Ю.Москалёв.

А ключом, открывающим замок в здание здорового образа жизни, считает он бег и как самый доступный способ физической нагрузки и как вид спорта. Бег – это путь к комфорту, а комфорт, с моей точки зрения, состояние, когда чувствуешь себя счастливым. Тренируя тело – тренируешь здоровье. Здоровье надо тренировать – вот по какой формуле живёт Ю.Москалёв.

Владимир КОРОЛЁВ,
соб. корр. «МГ».

Смоленск.

Проблемы и решения

Ожидание длиною в жизнь

В Республике Бурятия произошло событие, которого медработники и пациенты ждали без преувеличения почти 55 лет. Есть в Кабанском районе республики село Выдрино, где с 1968 г. работает участковая больница, ни разу (!) с тех пор не ремонтировавшаяся.

И вот, наконец, местные и республиканские власти обратили на запущенное лечебное учреждение внимание и нашли деньги на то, чтобы привести его в порядок. Сейчас чиновники торжественно рапортуют о завершении капитального ремонта Выдринской больницы, возобновлении амбулаторного приёма и стационарного лечения в полном объёме.

Как сообщили в Минздраве республики, участковую больницу в селе Выдрино «обновили до неузнаваемости». Правда, здесь почему-то предпочли умолчать о том, что сначала её довели до состояния неузнаваемости. На

фотографиях, которые размещены на сайте регионального министерства здравоохранения, видно, насколько плачевно выглядели интерьеры – кабинеты, палаты, коридоры и санузлы – этой медицинской организации до того, как в 2021 г. сюда зашли бригады ремонтников.

Честно говоря, удивляет, что республиканская служба санэпиднадзора давным-давно не запретила использование таких помещений для оказания медицинской помощи: крашенные синей краской стены, облупившиеся потолки, с которых свисают лохмотья краски, потрескавшийся кафель, вздувшийся и порванный линолеум, старая-престарая сантехника и такая же мебель. Одним словом, есть вопросы и к руководству министерства, и к главному врачу Кабанской ЦРБ, в структуру которой входит участковая больница в селе Выдрино, и к муниципальной администрации, и к контрольно-надзорным органам, которые

наверняка много раз проводили здесь плановые проверки.

Однако голову пеплом никто не посыпает. Напротив, в официальном сообщении Минздрава Бурятия сказано, что взрослая и детская поликлиники, бактериологическая, общеклиническая лаборатории, отделение скорой помощи, пищеблок и гараж отремонтированы «благодаря слаженной совместной работе министерства, правительства республики, администрации Кабанского района». Слаженная работа заключалась в том, что им удалось включить участковую больницу в программу модернизации первичного звена здравоохранения нацпроекта «Здравоохранение».

Означает ли это, что, если бы не возможность получить в рамках нацпроекта 38 млн руб. из федерального бюджета, Выдринская больница так и не дождалась бы ремонта?

Ирина БАЖЕНОВА.

Улан-Удэ.

Работают мастера

Просто дышать

Детские хирурги Свердловской областной детской клинической больницы (ОДКБ) совместно с главным врачом Иркутской областной детской клинической больницы Юрием Козловым провели уникальную операцию по фиксации аорты к задней стенке грудины.

У малыша, который родился в областном перинатальном центре ОДКБ, с самого рождения была обнаружена серьёзная патология пищевода, по поводу которой на вторые сутки жизни его проопери-

ровали уральские хирурги. Однако через месяц врачи диагностировали дыхательное расстройство – трахеомалацию.

«Выявленная у пациента патология предполагала перевод ребёнка на искусственную вентиляцию лёгких, без аппарата малыш не мог дышать. Единственным возможным вариантом была торакокопическая аортостернопексия», – отметил заведующий хирургическим отделением № 2 ОДКБ Владислав Чудаков.

Как сказал оперирующий хирург профессор Юрий Козлов, операция была выполнена на

пульсирующей аорте, которую нужно было зафиксировать и так наложить швы, чтобы они проходили только через тонкий слой стенки аорты. Операция проводилась с использованием микроинструментов и камеры, которые передавали изображение на большой монитор.

«Всё получилось. Мы увидели стопроцентный эффект: на следующий день пациент впервые за все 3 месяца своей жизни задышал самостоятельно», – отметил Ю.Козлов.

На сегодняшний день малыш уже выписан из больницы. Теперь он дышит, как все, самостоятельно.

Алёна КСЕНИНА.

Екатеринбург.

Деньги

Финансы на обновление

В России продолжается работа над повышением доступности медицинской реабилитации для инвалидов, а также для пациентов после перенесённых заболеваний, операций и травм.

В 2022 г. на оснащение региональных медицинских организаций современным реабилитационным оборудованием в федеральном бюджете предусмотрено 8,2 млрд руб. Правила предоставления и распределения этих средств утвердил председатель Правительства РФ Михаил Мишустин.

Всего за 2022-2024 гг. предполагается оснастить или переоснастить более 1350 отделений медицинской реабилитации в регионах, а также около 130 дневных стационаров.

Работа будет идти в рамках нового федерального проекта «Оптимальная для восстановления здоровья медицинская реабилитация». Этот проект входит в перечень инициатив социально-экономического развития России до 2030 г., который был утверждён Правительством осенью прошлого года. Главная цель таких инициатив

– повысить качество жизни людей и сделать российскую экономику более современной и гибкой.

О необходимости совершенствования системы медицинской реабилитации в России говорил Президент, выступая на съезде партии «Единая Россия» в июне 2021 г. По итогам мероприятия глава государства поручил Правительству разработать программу развития медицинской реабилитации до 2026 г. и выделить на эти цели 100 млрд руб.

Павел АЛЕКСЕЕВ.

Официально

Когнитивный стандарт

Министерство юстиции РФ зарегистрировало приказ Минздрава России № 81н от 17.02.2022 «Об утверждении стандарта медицинской помощи пациентам пожилого и старческого возраста при когнитивных расстройствах».

Документ признал утратившими силу семь приказов, касающихся стандартов оказания медицинской, медико-санитарной и амбулаторной помощи при органических психических расстройствах, деменции (в том числе в связи с эпилепсией), болезни Альцгеймера, субарахноидальных и внутричерепных кровоизлияний.

Новый приказ включил в себя объединённый перечень гериатрических когнитивных заболеваний, медпомощь по которым раньше регулировалась несколькими документами. Это деменция при болезни Альцгеймера; сосудистая деменция; деменция при других болезнях, классифицированных в других рубриках; деменция неуточнённая; болезнь Альцгеймера; другие дегенеративные болезни

нервной системы, не классифицированные в других рубриках; другие цереброваскулярные болезни; поражения сосудов мозга при болезнях, классифицированных в других рубриках; последствия цереброваскулярных болезней.

Для всего перечня приказом вводятся единые условия оказания медицинской помощи: амбулаторно, в дневном стационаре, стационарно.

Изменился и список медицинских услуг для диагностики заболевания. В него вошли первичный приём специалистов – гериатра, невролога, психиатра и участкового врача-терапевта при диагностике заболевания. Расширился список медуслуг для терапии, контроля за состоянием и лечением.

Значительно расширился перечень лабораторных методов исследования при когнитивных заболеваниях. В него вошли анализы на определение антител к инфекционным заболеваниям (ВИЧ-1 и ВИЧ-2, бледная трепонема, иксодовые клещевые боррелиозы) и на выявление проблем, связанных

с обменом веществ (исследование уровня свободного тироксина (СТ4), С-реактивного белка сыворотки крови, тиреотропного гормона (ТТГ), гликированного гемоглобина в крови).

Новый приказ федерального Минздрава также расширил список инструментальных методов исследования. В перечень вошли сцинтиграфия миокарда; однофотонная эмиссионная компьютерная томография головного мозга; протонная магнитно-резонансная спектроскопия; позитронная эмиссионная томография, совмещённая с КТ головного мозга с введением контрастного вещества; спинномозговая пункция; кардиореспираторный мониторинг; дуплексное сканирование экстракраниальных и интракраниальных отделов брахиоцефальных артерий.

Единственный раздел, который был сокращён по сравнению с утраченными приказами, – немедикаментозные методы профилактики, лечения и медицинской реабилитации.

Вячеслав ДАШКОВ.

Ситуация

Ответ рублём

Глава Минздрава Саратовской области Олег Костин предложил главным врачам больниц и поликлиник добровольно отказаться от половины зарплат в случае срыва ими конкурсных процедур по закупке медицинского оборудования и подготовке помещений под его установку.

Об этом министр заявил на видеоселекторном совещании с руководителями медицинских организаций. «Сроки подготовки

контрактов неоднократно переносились. Настойчиво рекомендую всем ускориться и настроиться на результат», – сказал О.Костин.

Чиновник отметил, что за каждой единицей оборудования стоит человек, который нуждается в профильной или специализированной диагностике на современном аппарате. «Если своей нерасторопностью вы лишаете пациента этой возможности – отвечайте. В том числе, рублём», – добавил министр.

Примечательно, что в 2021 г. для районных больниц Саратовской области закуплено 1139 единиц медоборудования. В 2022 г. планируется приобрести 198 единиц, в том числе 26 единиц «тяжёлого» медоборудования: 12 маммографов, 7 рентгеновских аппаратов, 3 флюорографа, 3 компьютерных томографа, магнитно-резонансный томограф. Закупки организуются в плановом порядке, но по ряду учреждений видны отставания от ранее согласованного графика, сообщили в пресс-службе регионального правительства.

Олег РОМАШОВ.

Криминал

В Центральном районном суде Новосибирска прошло первое заседание по уголовному делу в отношении экс-главы Национального медицинского исследовательского центра им. Е.Н.Мешалкина Александра Караськова и его супруги, бывшего руководителя организационно-клинической службы этого медицинского учреждения Ирины Бойцовой. Их обвиняют в растрате в особо крупном размере (ч. 4 ст. 160 УК РФ) при закупках медицинского оборудования для НМИЦ, общий ущерб от действий фигурантов оценивается в 1,9 млрд руб.

Также обвиняемыми проходят двое руководителей компаний-поставщиков. В ходе заседания было арестовано имущество фигурантов дела и их близких (3 квартиры),

Растрата в особо крупном размере

после чего в деле объявили перерыв до конца апреля.

А.Караськов и И.Бойцова были задержаны 3 июня 2019 г. Изначально дело возбуждено по ч. 4 ст. 159 УК РФ (мошенничество, совершенное организованной группой либо в особо крупном размере) и ст. 174.1 УК РФ (легализация преступных доходов). Кроме того, одним из фигурантов дела выступил бывший заместитель директора НМИЦ им. Е.Н.Мешалкина Евгений Покушалов.

По данным следователей, Е.Покушалов, А.Караськов, И.Бойцова и руководители ряда компаний с 2015 по 2019 г. создали для семи

юридических лиц условия, способствовавшие их победе на аукционах по закупке медицинских изделий по государственному контрактам на сумму более 7,8 млрд. Как полагает следствие, всего организованная группа смогла похитить 1,9 млрд.

После задержания А.Караськова и И.Бойцову поместили в СИЗО, но в августе 2019 г. им сменили меру пресечения на домашний арест. В конце 2019 г. фигуранты перечислили региональному Минздраву более 960 млн в качестве компенсации за нанесённый ущерб. А.Караськова и И.Бойцову отпустили под подписку о невыезде в июне 2020 г. Спустя почти

Преодоление

Ранение позади

Кардиохирурги Центрального военного клинического госпиталя им. А.А.Вишневого в подмосковном Красногорске провели сложную операцию на сердце российского военнослужащего, участвовавшего в специальной военной операции на Украине. Об этом сообщила пресс-служба Министерства обороны РФ.

Пациент был доставлен в госпиталь с проникающим слепым ранением в грудную клетку. Хирурги удалили из сердечной мышцы трёхсантиметровый осколок, который прошёл через лёгкое и острыми краями травмировал перикард. Операция длилась меньше часа.

Оперативное вмешательство выполнила бригада специалистов

госпиталя под руководством начальника кардиохирургического центра профессора Александра Лищука.

«Благодаря возможностям гибридного операционного комплекса нам удалось точно и быстро определить место нахождения осколка. После выделения сердца мы сразу вышли на инородное тело, аккуратно извлекли его и полностью восстановили сердечную деятельность. Уникальность этого хирургического вмешательства в том, что при таком тяжёлом ранении пациента удалось быстро поставить на ноги и продолжать эффективное лечение», – сказал А.Лещук.

Борис ЕФИМОВ.

ОМС: реальность и перспективы

Средняя зарплата – 93 тысячи

Федеральный фонд ОМС представил проект отчёта об исполнении своего бюджета в 2021 г. Всего в регионы перечислено 2,276 трлн руб. Если сопоставить с прошлым годом, получится, что прибавка составила около 51 млрд. Ежегодное увеличение субвенции позволило продолжить исполнение Майских указов Президента РФ и выплачивать запланированные этим важным документом заработные платы. В отчётном периоде врачи получали за счёт ОМС в среднем 93,5 тыс. руб. в месяц, средний медперсонал – 46,1 тыс.

По экспертным оценкам, в сравнении с 2020 г. зарплата врачей незначительно увеличилась – на 100 руб. У среднего медицинского персонала картина другая. Она сократилась более чем на тысячу руб., в то же время относительно 2019 г. в 2020-м оба сегмента показали

рост в 15 и 20%. При этом они по-прежнему превышают среднемесячный доход от трудовой деятельности в нашей стране (в 2020 г. такой доход составлял 42,4 тыс.).

По линии федерального бюджета ФФОМС освоил в 2021 г. 294,8 млрд, из них 140 млрд ушли на Федеральный проект «Борьба с онкологическими заболеваниями», ещё 108,1 млрд потрачено на оплату ВМП вне базовой программы ОМС в федеральных клиниках.

В первый год новой схемы финансирования федеральные медицинские центры оказали помощь в базовой программе ОМС на 126,8 млрд (планировалось 119,4 млрд), или 1,8 млн случаев лечения, из которых 32,9 млрд пришлось на проведение 196,1 тыс. высокотехнологичных операций. Кроме того, фонд израсходовал 438,5 млн на модернизацию ГИС ОМС.

Алексей ЛЕОНИДОВ.

Перемены

Новые наименования ЖНВЛП

Председатель Правительства РФ Михаил Мишустин подписал распоряжение о пополнении новыми наименованиями Перечня жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов.

В обновлённый перечень добавлен препарат молнупиравир, который применяется для лечения больных с коронавирусной инфекцией. Для противовирусного препарата фавипиравир, ранее включённого в перечень, добавлены три дополнительных лекарственных формы – порошок, концентрат, лиофилизат.

Цены на медикаменты из перечня ЖНВЛП регулируются государством. Такие препараты применяют при лечении пациентов в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

Кроме того, препараты из перечня ЖНВЛП бесплатно выдаются льготникам по рецепту лечащего врача. Поэтому чем быстрее лекарство появляется в этом списке, тем доступнее оно для граждан. Всего в перечень ЖНВЛП – более 800 медикаментов.

Андрей ДЫМОВ.

Григорий МАТВЕЕВ.

Несколько лет назад в конкурсе «Лидеры России» – флагманского проекта президентской платформы «Россия – страна возможностей» появился трек «Здравоохранение» для врачей-практиков, учёных и организаторов здравоохранения. Всего за 2 года в нём приняли участие свыше 15 тыс. медиков. Более 300 из них уже получили назначения на высокие должности.

С перспективной молодёжью работают наставники из числа авторитетных представителей медицинского сообщества. Авторы лучших проектов проходят стажировки в Министерстве здравоохранения РФ, региональных ведомствах, подведомственных научных и учебных учреждениях. Именно такие увлечённые, ищущие, неравнодушные люди формируют лицо завтрашнего здравоохранения страны. Сегодня мы открываем цикл публикаций о финалистах и победителях конкурса.

Несмотря на то, что сегодня человечество живёт в век фантастических технологий, ключевой фигурой здравоохранения по-прежнему является не робот, а врач. Поэтому так важно заботиться о здоровье, условиях работы, возможностях профессионального совершенствования медиков. В этом уверен заведующий пульмонологическим отделением Морозовской детской городской клинической больницы Департамента здравоохранения Москвы, педиатр Одинцовской областной больницы, кандидат медицинских наук Павел Бережанский, который является финалистом 4-го сезона трека «Здравоохранение» конкурса «Лидеры России», двукратным победителем Всероссийского конкурса «Моя страна – моя Россия», обладателем почётного статуса «Волонтер года» и медали Луки Крымского. Он выступил с инициативой создания проекта «Наш участковый врач», поддержанного Министерством здравоохранения Московской области и главными врачами крупнейших лечебных и научных учреждений Подмосковья. Недавно в регионе началась его реализация. Как подчёркивает губернатор области Андрей Воробьёв, «у участковых врачей особая миссия – уже на первом приёме распознать симптомы, почувствовать тревогу пациента. Если речь идёт о детях, это сложно вдвойне.

Детей в Подмосковье становится больше, и хорошие педиатры нужны в каждом городе». И отмечает: проект поддержки педиатров и терапевтов, который родился благодаря Павлу Бережанскому и его коллегам, призван помочь участковым врачам раскрывать их потенциал, расти профессионально и ещё лучше заботиться о здоровье жителей региона.

«Участковые терапевты, педиатры и врачи общей практики – самое уязвимое звено здраво-

выгорания участковых врачей в стране обратил внимание Президент России Владимир Путин в декабре 2021 г. на встрече с победителями международной премии «Мы вместе»).

По словам П.Бережанского, проект включает несколько направлений. Одним из первоочередных считается создание службы психологической поддержки, поскольку, согласно статистике, более 75% участковых педиатров и терапевтов Московской области

Важный аспект: предусмотрены стимулирующие выплаты фельдшерам поликлиник и ФАПов, которые обслуживают вызовы, а также увеличение губернаторской доплаты участковым врачам и врачам неотложной помощи. В качестве дополнительной мотивации предлагается направлять врачей на стажировки в ведущие отечественные и зарубежные клиники, поощрять абонементами в спортклубы, приглашать к участию в популярных телепрограммах

Решения

Обновлённый перечень специальностей

Министерство образования и науки РФ утвердило обновлённый перечень специальностей и направлений подготовки высшего образования, в том числе по разделу «здравоохранение и медицинские науки». К специальностям, по которым можно пройти ординатуру, добавились «медицинская микробиология», однако в список до сих пор не вошла «детская онкология-гематология», подготовке врачей по ней планировалось начать с 2022 г. Новый перечень медицинских специальностей вступает в силу с 1 сентября 2024 г.

«Детская онкология-гематология» была внесена в квалификационные требования к медицинским и фармацевтическим работникам с высшим образованием в 2020 г. Чтобы получить соответствующую должность, по документу специалисту необходимо получить высшее медицинское образование по специальности «лечебное дело» и «педиатрия», а также пройти профильную ординатуру, однако в России такая ординатура пока не проводится, поскольку не подготовлена соответствующая нормативная база.

Главный детский онколог-гематолог Минздрава России академик РАН Александр Румянцев в 2020 г. предполагал, что обучение по новой специальности станет возможно в 2022 г. Он подчёркивал, что все необходимые документы им и его командой подготовлены, но на тот момент находились на согласовании в федеральных Минобрнауки, Минтруде и Минздраве. При этом «детская онкология-гематология» уже есть в номенклатуре должностей медицинских работников и специальностей выпускников, имеющих высшее медицинское и фармацевтическое образование.

Примечательно, что в начале 2022 г. Минздрав России объявил о возможных изменениях в части списка специальностей, по которым врачи могут пройти переподготовку.

Андрей САВИЦКИЙ.

Конкурсы

У участковых врачей особая миссия



П.Бережанский ведёт приём

охранения, – говорит инициатор проекта. – Эта работа в разы тяжелее, чем у узких специалистов, потому что нужно знать всё, уметь оценить состояние человека комплексно. Сегодня участковые врачи работают сверхурочно, часто на пределе своих возможностей. Поэтому основная задача проекта: улучшить условия труда педиатров и терапевтов, увеличить количество участковых, закрепить в профессии молодых специалистов». (К слову, не случайно на проблему нехватки кадров и профессионального

уже через год работы сталкиваются с профессиональным выгоранием. Также запланирован запуск портала, который станет площадкой для непрерывного образования врачей и коммуникационной сетью для профессионального общения. При этом специалисты, которые посещают пациентов на дому, смогут получить для работы новые средства связи и планшетные компьютеры. Будет поощряться система наставничества, снова ставшая востребованной в последнее время.

и в особых случаях присваивать статус «Подмосковный врач» с разовой выплатой.

В создании и реализации проекта принимают участие специалисты НИКИ детства и Министерства здравоохранения области, а также главные врачи медицинских учреждений региона и члены профсоюзных организаций. Предполагается, что общий объём финансирования проекта составит более 1 млрд руб. в год.

«Для меня, по сути, это ещё один волонтерский проект. Воплотить его мне поможет супруга Юлия, вместе с которой мы 10 лет отработали участковыми педиатрами в сельской местности в Одинцовском районе, поэтому плюсы и минусы профессии знаем изнутри», – уточнил П.Бережанский, в семье которого воспитываются четверо детей. Он рассуждает, что профессиональные медики и жители области поделятся своими идеями по улучшению работы службы участковых педиатров. «От постоянной работы в системе у специалистов возникает зашоренность, и людям со стороны какие-то аспекты могут быть виднее, – считает он. – Нам ценна любая здравая мысль».

Полученный положительный опыт по реализации проекта планируется распространить и на другие регионы России.

Алёна ЖУКОВА, корр. «МГ».

Инициатива

Двигаться только вперёд

Травматологи предлагают включить в программы лечения боевой патологии

Включить в обучающие программы детальное изучение лечения боевой патологии – такое предложение прозвучало на прошедшем на днях VII Всероссийском конгрессе с международным участием «Медицинская помощь при травмах. Новое в организации и технологиях. Вопросы профессионального медицинского образования в России», который приурочили к 50-летию кафедры травматологии и ортопедии Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. И.П.Павлова.

«Мне кажется, в ближайшее время нам придётся заниматься лечением этой патологии. Вряд ли это будут свежие случаи, но последствия боевых травм конечностей будут, а наши студенты и ординаторы не знают эту патологию», – объяснил заведующий кафедрой травматологии и ортопедии Первого Санкт-Петербургского ГМУ

им. И.П.Павлова Александр Дулаев. По его словам, травматологам придётся столкнуться с тем, что люди, которые сейчас получили боевую травму и лежат в военных госпиталях, в ближайшее время будут получать освидетельствование и переводиться в систему гражданского здравоохранения. И гражданское здравоохранение встанет перед проблемами, с которыми в службе не готовы сталкиваться, поскольку не знают патологии в широком смысле слова.

В целом говорили и о качестве образования – период прохождения обучения травматологов и ортопедов в ординатуре длится два года, и этого крайне мало, считают специалисты. «Что за два года можно изучить людям, которые приходят со студенческой скамьи и очень слабо разбираются не только в травматологии, но и в клинической медицине?! Они не могут правильно осмотреть человека, оценить функционирование жизненно важных систем – сердечно-сосудистой, дыхательной,

нервной, сказать, в каком он состоянии. Как можно эффективно заниматься лечением людей с травмой опорно-двигательной системы, если он не готов к этому. Два года – очень мало!», – возмущается А.Дулаев.

Директор НИИЦ травматологии и ортопедии им. Р.Р.Вредена Рашид Тихилов вторит коллеге: «Два года обучения – это крайне мало! Я устал об этом говорить и не знаю, как это изменить. Надеюсь, что здравый смысл возобладает и мы сможем изменить ситуацию – ввести если не 4 года, то хотя бы 3-летнее обучение, как это было в советские времена».

Неразрешимость этого вопроса А.Дулаев объяснил ситуацией, когда «верхи не могут, а низы не хотят»: «Минздрав не может увеличить сроки обучения, потому что такие преобразования требуют финансовых вложений и не просто так делаются. «Низы» не хотят, потому что приходится платить деньги за своё обучение в клинической ординатуре. Ещё

кое-как они платят за два года обучения. «Если мы будем учиться 4 года, мы вообще в ординатуру не пойдем», часто говорят они. Это большая проблема. Я считаю, она становится основной».

Нынешнее состояние травматологии и ортопедии обретает особую важность и актуальность в свете современных трендов. Это, во-первых, ежегодно растущее количество пострадавших пациентов как взрослого, так и детского возраста. Согласно данным, которые привел директор НИИЦ детской травматологии и ортопедии им. Т.И.Турнера Сергей Виссарионов, в последние годы увеличилось число тяжёлых травм. Если в 2010 г. доля пациентов детского возраста со спинномозговой травмой составляла лишь 16%, то в последние годы их стало 32,4%.

С учётом последних геополитических событий приходится учитывать, что российские специалисты какое-то время будут лишены участия в международных мероприятиях. «Нас отключат от мировых,

точнее европейско-американских источников информации, но это будет для нас стимулом для движения вперёд и своих мыслей, и своих технологий. Мы всегда были талантливым народом, который самостоятельно переживал бедствия. Поэтому в такой момент мы должны мобилизоваться, сплотиться и постараться дать родине всё то, что мы можем дать, и даже больше того», – призвал коллег А.Дулаев.

Особенно острым становится вопрос импортозамещения. «Мы понимаем, что у нас будут проблемы с поступлением медицинских изделий, медикаментов из-за рубежа и надо противопоставить что-то своё, но при этом никоим образом не должно пострадать качество лечения. Ещё два года назад мы обсуждали, какие шаги должны сделать, чтобы не оказаться неготовыми к подобному стечению обстоятельств», – сказал А.Дулаев. И сообщил, что с рядом промышленных партнёров уже активно работают. И выразил надежду, что обсуждение позволит сформировать определённые предпосылки для разработки и создания новых металлоконструкций в рамках импортозамещения и отечественного производства.

Римма ШЕВЧЕНКО, корр. «МГ».

Председатель Комитета Госдумы РФ по охране здоровья доктор медицинских наук Дмитрий Хубезов, абдоминальный хирург почти с тридцатилетним стажем – нетипичный политик: он предпочитает не говорить, а делать. В первые же дни российской спецоперации на Украине профессор Д. Хубезов начал заниматься организацией помощи здравоохранению Донецкой и Луганской народных республик на вновь освобождённых территориях и сразу же сам отправился туда. Находясь в течение трёх недель в Луганске, оперировал в Республиканской больнице, одновременно координируя приезд российских врачей-волонтеров на Донбасс.



чественная система здравоохранения должна учесть опыт Донбасса по организации оказания помощи в подобных ситуациях?

– Прежде всего, отмечу, что у российского здравоохранения есть своя, давно отработанная и весьма эффективная система организации оказания медицинской помощи в ситуациях с большим числом пострадавших. В то же время опыт республик Донбасса очень важен и полезен, тем более что там этот опыт, к сожалению, постоянно нарабатывается в течение последних 8 лет.

Причём, если технологии хирургии поврежденных в этих республиках применяются одни

Эта необходимость возникла не сегодня, а уже давно, но сегодняшняя ситуация на Донбассе её актуализировала. Есть разные мнения: одни эксперты высказываются за более длительный срок обучения в ординатуре, другие предлагают вернуть субординатуру и интернатуру.

Пора серьёзно обсуждать данную тему в экспертном сообществе. Можно учесть опыт подготовки врачей по военно-полевой хирургии в медицинских вузах ДНР и ЛНР, тем более что он основан на самой что ни на есть реальной практике. Так, например, что такое Damage Control, я впервые увидел только там, в Луганске. Напомню, речь идёт о хирургической

ургентности не просматривается. А вот травматологам, абдоминальным, торакальным хирургам он, безусловно, нужен.

На время или навсегда?

– Дмитрий Анатольевич, а опыт российской медицины и здравоохранения вашим коллегам на Донбассе интересен?

– Конечно! Идёт взаимный обмен опытом. Мы от них больше набираемся опыта военной медицины. Они учатся у нас навыкам выполнения высокотехнологичных операций, благо для этого там есть условия: техническая оснащённость больниц и в Луганске, и в Донецке хорошая,

Романтики или профессионалы?

– Дмитрий Анатольевич, врач каких специальностей и какой квалификации сегодня нужны Донбассу?

– Для начала я хочу пояснить, почему необходимо оказать помощь нашим коллегам в ДНР и ЛНР. Дело в том, что после начала событий 2014 г. на Донбассе многие специалисты уехали оттуда. Например, в Луганской республиканской больнице из 500 с лишним врачей и медсестёр осталось чуть больше 70. На смену уехавшим пришли студенты медицинского университета, которые начали работать наравне со старшими товарищами, быстро набирались опыта, и многие из них сейчас уже занимают должности ведущих отделений. Примерно такая же ситуация была в Донецке. Там и в стационарах, и на «скорой» работает много ординаторов и старшекурсников медуниверситета.

Сейчас, когда ситуация по понятным причинам обусловила повышенную нагрузку на систему здравоохранения, в больницах Донбасса вновь не хватает кадров. И если мы можем подставить коллегам своё плечо, надо это сделать.

Самые востребованные врачебные специалисты – хирурги, травматологи, анестезиологи-реаниматологи. Что касается квалификации, чем она выше, тем лучше. Прежде всего, в операционных нужны не ассистенты, а именно «первые руки», в частности, имеющие опыт в торакоабдоминальной хирургии, причём, ургентной, поскольку значительная часть пациентов – пострадавшие в результате боевых действий из числа военнослужащих и гражданского населения. Конечно, куда не делись онкология и острые хирургические заболевания, плановые операции тоже выполняются, но их меньше, чем экстренных.

Очень нужны педиатры. На Донбассе остаётся много семей с детьми, которые не хотят или не могут эвакуироваться, им тоже необходима врачебная помощь. Амбулаторных врачей других специальностей там хватает.

Много российских медиков обращается с предложением своей помощи, среди них урологи, гинекологи, колопроктологи и другие специалисты. Объясняем, что пока им нужно подождать, так как сейчас остро требуются общие и скорпомощные хирурги. Но не все хотят ждать, есть доктора, особенно молодые, кто готов работать санитарями, лишь бы поехать туда. Поэтому мы стараемся включать в группы добровольцев по одному-два таких человека.

Я искренне ценю порыв наших коллег и заранее благодарю всех, кто откликнется. В то же время ещё раз уточняю, что предстоит не романтическое приключение, а серьёзная работа, иногда круглосуточная. Скажу так: очень нужны профессионалы-энтузиасты с акцентом на первую часть этого слова. С одним только

Главная тема

Подставь плечо, если можешь

Российские медики всегда там, где их ждут

энтузиазмом без нужного медицинского опыта мы вряд ли будем там полезны.

– Также важно понимать на старте, для работы в каких условиях требуются добровольцы: в госпиталях прифронтовой зоны либо в гражданских больницах?

– Поскольку от нас приезжают врачи высокой квалификации, минздрава ЛНР и ДНР своих специалистов переводят в лечебные учреждения ближе к районам боевых действий, а наших ставят на их место в республиканских, городских и районных больницах. Непосредственно в прифронтовую зону российских врачей-добровольцев никто, естественно, не направляет.

Живём мы, как правило, в больницах. Местные врачи искренне благодарят за помощь, оказывают нам максимум внимания, проявляют заботу вплоть до того, что угощают домашней едой.

– И ещё один уточняющий вопрос – на какой срок приглашают специалистов-волонтеров?

– На две-три недели, поскольку врачи же берут отпуск на основной работе. Правда, уже есть медики, которые планируют поехать в ДНР или ЛНР на месяц.

То, что многие российские врачи готовы провести свой отпуск не на море, а на Донбассе, заслуживает огромной благодарности. Притом, что они делают это абсолютно безвозмездно, не рассчитывая на награды. Просто понимают, что от их вклада в общее дело зависит судьба нашей страны. Наши сограждане вообще очень патриотично настроены, нет никаких сомнений.

Учим и учимся

– Несколько дней назад прошла видеоконференция «Современные решения при минно-взрывных и огнестрельных травмах», которая стала площадкой взаимного обмена опытом хирургов Донбасса и их российских коллег из Военно-медицинской академии им. С.М.Кирова. Насколько я знаю, с нашей стороны конференцию смотрели и слушали далеко не только военные хирурги. Означает ли это, что у гражданских врачей тоже есть интерес к данному разделу, и что оте-

и те же, то в организационном плане есть различия. Так, в ЛНР оказание специализированной помощи вообще и при военной травме, в частности, традиционно сосредоточено в основном в Республиканской больнице, она же является главным распределительным пунктом: туда свозят всех тяжелобольных и пострадавших, затем отсюда они направляются по другим стационарам.

В Донецке иная система: здесь принято распределять пострадавших сразу на месте ЧП и направлять в травмоцентр, либо республиканскую больницу. В регионе есть мощный травматологический центр, врачи которого имеют большой опыт оказания помощи после аварий на угледобывающих шахтах, поэтому к началу конфликта в 2014 г. это учреждение было готово к массовому поступлению раненых, собственно как и Республиканская больница, и другие крупные стационары.

Что касается конференции, которую организовало Российское общество хирургов, мы получили много откликов от наших специалистов, которые считают, что серию таких конференций нужно продолжать, поскольку тема уже подзабыта. В отличие от ВМА, большинство российских медицинских вузов разделы «военно-полевая хирургия» и «хирургия поврежденных» оставляют за скобками.

Мы уже договорились с коллегами из Донбасса подготовить методические рекомендации по разным разделам военной медицины, будет полезный материал для обучения студентов и ординаторов. Очень хотелось бы, чтобы эти знания нам никогда не пригодились, но история человечества уже много раз доказывала, как хрупок мир. Поэтому иметь и обновлять знания из данной области медицины всё-таки нужно. Тем более что, как оказалось, за последние 30 лет в военно-полевой хирургии появилось очень много новых технологий.

– Кстати, о подготовке кадров. Как вы думаете, найдётся ли в нынешних вузовских программах и программах ординатуры по хирургии время на военную медицину?

– Качество подготовки хирургов действительно требует переосмысления и принятия решений.

Тактика, которая направлена на минимизацию объёма хирургического вмешательства у тяжело травмированных пациентов и выполнение отсроченного окончательного вмешательства после стабилизации состояния.

В Луганске я наблюдал, как именно работает эта система, начиная с идентификации и распределения пациентов. Когда поступает большое число пострадавших, очень важно элементарно не перепутать людей на уровне приёмного покоя и не направить по ошибке не в те операционные. Это делается просто. Один хирург осматривает поступающих и прямо на теле маркером пишет имя-фамилию и диагноз. Другой хирург вместе с лучевым диагностом идёт на КТ и смотрит, где в теле раненого есть инородные тела – осколки снарядов, пули, и сразу отмечает их маркером. Таким образом, два опытных хирурга фактически закрывают всё массовое поступление. Затем они направляются в операционную, где быстро проводят собственно хирургический Damage Control – выполняют первичную хирургическую обработку, при перитоните и нестабильном состоянии раненого устанавливают лапаростому, а далее пациентами занимаются основательно уже по порядку, в зависимости от степени тяжести состояния. Для меня это действительно бесценный опыт. До сих пор я был исключительно гражданским хирургом и никогда не думал, что придётся столкнуться с боевой травмой.

К слову, все российские врачи, которые приезжали на Донбасс, тоже отмечали, как необходим опыт Damage Control не только в условиях военных действий, но и в мирной жизни, когда происходят техногенные или природные аварии с большим числом пострадавших. Одним словом, я считаю, что нам действительно имеет смысл сделать серьёзный акцент на разделах «хирургия поврежденных» и «военно-полевая хирургия» при подготовке будущих хирургов, как говорится, на всякий пожарный случай.

– Нужен ли этот опыт всем хирургам без исключения?

– Не уверен. Например, тем, кто собирается заниматься онкологической хирургией, наверное, не нужен, так как в этом разделе

в том числе, тяжёлой медтехники. Вместе мы выполнили уже несколько операций пациентам с онкологическими заболеваниями и экстренной хирургической патологией.

Помимо работы в стационарах российские специалисты работают в составе выездных поликлиник. Такие «поезда здоровья» направляются из Донецка и Луганска в населённые пункты, которые и ранее были подконтрольны ДНР и ЛНР, а также которые только что освобождены в результате спецоперации, и где пока не возобновлена работа лечебных учреждений.

Не меньше, чем практическая помощь, имеет значение психологический эффект нашего присутствия. Нам говорят, что, конечно, бесценны российские гуманитарные конвои, лекарственное обеспечение жителей Донбасса, и всё-таки особенно важно, когда рядом, плечом к плечу с тобой находится коллега из России, это ещё сильнее укрепляет моральный дух врачей и жителей Донбасса. А ещё нас многие спрашивают, будет ли Россия поддерживать республику и после победы. Говорю им, что Россия своих никогда не бросала и не бросит.

В целом очень хорошее впечатление о системах здравоохранения в республиках Донбасса, в частности, от хирургической службы. И организаторы, и специалисты очень заинтересованы в развитии отрасли, просят организовать мастер-классы с участием наших лидеров по разным разделам хирургии. Мы будем продолжать это делать, как, кстати, делали все предшествующие 8 лет.

– Из каких регионов России в основном едут врачи на Донбасс?

– Самое большое число из Башкортостана. Из Рязани уже третью группу волонтеров сформировали. Чтобы показать размах географии проекта, скажу, что в числе добровольцев есть врачи из Москвы, Тюмени, Нижнего Новгорода, Волгограда и даже из Магадана. Больше регионов, откуда уже есть заявки, чем тех, откуда заявок пока нет.

Беседу вела Елена БУШ, обозреватель «МГ».

В последние годы внимание и ресурсы от противотуберкулезной службы были направлены на борьбу с COVID-19, и это вызывает серьезную озабоченность специалистов. У экспертов нет сомнений в том, что удастся справиться с пандемией. Но ценой победы, говорят в ВОЗ, не должна стать утрата с трудом завоеванных достижений в области контроля над другими угрозами безопасности здоровья, в том числе над туберкулезом.

В этом году сразу несколько пресс-конференций приурочили ко Всемирному дню борьбы с туберкулезом, который отмечается под лозунгом «Мобилизуем ресурсы для борьбы с туберкулезом. Спасем жизни!». По словам специального представителя Всемирной организации здравоохранения в РФ Мелиты Вуйнович, в 2021 г. в Европейском регионе ВОЗ туберкулезом заболели 231 тыс. человек, а с учетом недиагностированных случаев цифра больше. Это значит, что каждые 3 минуты одному человеку ставили подобный диагноз и каждые 25 минут от заболевания умирал один человек. 29 тыс. человек имеют сочетанную инфекцию туберкулез/ВИЧ, а 69 тыс. – множественную лекарственную устойчивость (МЛУ). Умерли 21 тыс. человек.

В 2020 г. произошло резкое падение числа новых случаев заболевания, что однако не значит, что ситуация улучшилась. Как сказала М.Вуйнович, это было вызвано влиянием ковида и недоступностью диагностики, поскольку во многих странах все диагностические ресурсы были перенаправлены на COVID-19. Во-вторых, люди не обращались за помощью из-за страха заболеть в самих медучреждениях. «Мы видим, что количество смертей увеличилось. Хотя с 2005 г. мы постоянно имели снижение смертности, мы вернулись к показателю 2017 г. Практически туберкулез уступал только ковиду, и это нас настораживает и говорит, что с туберкулезом никогда не надо расслабляться», – сказала она.

Впечатляющие успехи России в борьбе с инфекцией позволили ВОЗ в 2021 г. исключить страну из глобального списка стран с высоким бременем туберкулеза, в котором она находилась 22 года, с тяжелых 90-х годов, напомнила директор Национального медицинского исследовательского центра фтизиопульмонологии и инфекционных заболеваний, главный специалист фтизиатр Минздрава России Ирина Васильева. Однако с началом пандемии ситуация радикально изменилась. В службе предпринимали усилия, чтобы избежать недо выявления, мобилизовали систему, в результате после некоторого снижения в 2020 г. показателя профилактических осмотров, в 2021 г. его удалось поднять почти до уровня 2019 г. «Но больше за счет детского населения, которое очень хорошо обследуется, а вот со взрослыми нам пока не удастся достичь показателей 2019 г.», – уточнила специалист.

Ныне перед службой стоят такие глобальные вызовы, как туберкулез с МЛУ и сочетанный с ВИЧ-инфекцией, наблюдается устойчивый рост доли этих больных, особенно в регионах Сибири, Дальнего Востока,

Пресс-конференции

Фтизиатры ожидают постковидный всплеск туберкулеза

Его вероятность вызывает озабоченность специалистов

Приволжского и Уральского федеральных округов. Фтизиатрическая служба располагает точными цифрами благодаря тому, что в стране хорошо развита диагностика и тестирование на МЛУ и ШЛУ, поэтому ещё до начала лечения знают, с каким штаммом возбудителя имеют дело и как обеспечить персонализированный подход к лечению конкретного больного.

систему. Там, где она даёт сбой, есть риск развития туберкулеза: дремлющая палочка под воздействием ковида может проснуться. И теперь перед фтизиатрами стоит задача вовремя выявить и не дать развиваться туберкулезу в тех случаях, где имеет место латентная инфекция либо начальная фаза развития заболевания», – обрисовала задачи И.Васильева.

ходит видеоконтролируемое лечение. «Это когда больной, находясь дома, под видеоконтролем медицинского работника принимает препараты. Очень удобно контролировать и сам приём, и состояние больного, мониторить возможные побочные реакции и своевременно их корректировать», – пояснила главный фтизиатр. И добавила, что это лучшая практика, она была признана и одобрена ВОЗ.

В целях противодействия сочетанной инфекции разработана целая программа взаимодействия фтизиатрической и ВИЧ/СПИД служб, и она даёт первые результаты.

Что касается мониторинга больных туберкулезом, здесь тоже есть прогресс: с 2018 г. ведётся федеральный регистр и есть возможность в режиме онлайн отслеживать как ситуацию в конкретном регионе, больнице, так и тактику ведения каждого больного.

созданию таких вакцин, которые бы действовали на различные патогенные вирулентные линии микобактерий туберкулеза, и начали их реализовывать», – отметил он. И уточнил, что в области создания антибиотиков и вакцин первоочередное внимание уделяется повышению эффективности существующих препаратов, но не забывают и про стратегию создания новых. Здесь весьма перспективными учёным представляются лакто- и бифидобактерии с их высоким иммуномодулирующим, антиоксидантным потенциалом.

Всех, кто занимается проблемами туберкулеза, волнует вопрос о влиянии постковидного синдрома на возможный всплеск заболеваемости им. «Последствия мы должны учитывать. Ковид уходит, но с нами не расстается постковидный синдром», – сказал В.Даниленко. Вместе с тем учёными достигнуты огромные успехи в борьбе с коронавирусом, и они будут способствовать решению проблем, связанных с туберкулезом.

Как он сообщил, в течение 2018-2019 гг. активно реализовывался совместный со странами БРИКС проект по изучению распространения эпидемиологически опасных вирулентных лекарственных устойчивых штаммов – они выявлялись с коллегами из Китая, Индии, ЮАР. Кроме того, Российская академия наук инициировала программу «Разработка технологической платформы и создание на её основе инновационных диагностикомов, противотуберкулезных препаратов: антибиотиков и других антибактериальных средств, вакцин, адьювантов, активных в отношении штаммов M.tuberculosis с МЛУ».

«К сожалению, этот проект по различным причинам, в том числе из-за COVID-19, был приостановлен и немного утонул в других проблемах», – посетовал учёный. И добавил, что работа в рамках проекта вскоре возобновится.

Журналисты интересовались, продолжатся ли международные связи в условиях введённых санкций. В.Даниленко ответил: «Наши американские или европейские коллеги выжидают, смотрят. Мы надеемся, что будем работать с ними. Со странами же БРИКС, с которыми мы сотрудничали, нас ожидает большое будущее». Он выразил уверенность, что те международные коллаборации, в рамках которых велись активные исследования, будут расширяться: «В науке все друг к другу относятся спокойно, все понимают, что наука должна быть открытой для всего мира».



Тут цифры выгодно отличаются от мировых, потому что столь высокого охвата тестированием на лекарственную устойчивость больше нет нигде. В последние годы также отмечается нарастание случаев сочетанного туберкулеза и ВИЧ-инфекции – в стране на них приходится четверть от всех выявленных больных.

Новая группа риска

В настоящее время перед службой стоит сложная задача сохранить тот позитивный тренд снижения заболеваемости и смертности, который наблюдался на протяжении последних лет. Ситуацию усложняет то, что теперь к группам риска (больные сахарным диабетом, ВИЧ-инфицированные, др.) добавились лица, перенёвшие коронавирусную инфекцию.

«Мы знаем, что коронавирусная инфекция зачастую поражает лёгочную ткань, туберкулезная палочка её тоже любит, и если неполадки в этой системе, то палочка, которая могла проспать всю жизнь в организме, начинает активизироваться. Кроме того, лечение коронавирусной инфекции зачастую сопровождается применением тяжёлых препаратов, которые подавляют цитокиновый шторм и тем самым влияют на иммунную

Меры, которые позволяют держать ситуацию под контролем, это и хорошо отлаженная профилактика, и вакцинация БЦЖ, и скрининговые осмотры взрослых и детей, и проведение превентивного лечения, и работа в очагах. Что касается диагностики, то в России за последние годы произошло полное переоснащение микробиологических лабораторий всех региональных противотуберкулезных диспансеров, и теперь практически каждый регион располагает современными молекулярно-генетическими технологиями для быстрого и точного определения возбудителя туберкулеза. И.Васильева подчеркнула, что имеются замечательные отечественные молекулярно-генетические установки, которые позволяют быстро и качественно определять лекарственную устойчивость, что крайне важно для правильного назначения лечения.

Лечение тоже меняется – из-за развития и распространения штаммов с МЛУ учёные отработывают новые схемы, новые режимы терапии, внедряют патогенетическое лечение, применяют высокотехнологичные, эндоскопические, хирургические методы и т.д. Для обеспечения контроля за приёмом больными препаратов, которые назначил врач, на помощь теперь при-

Научные исследования продолжают

Ликвидировать туберкулез непросто, для этого нужно развивать научные исследования и научные центры, которые работают по всем направлениям, связанным с туберкулезом. Институт общей генетики им. Н.И.Вавилова РАН – один из центров, где ведётся такая работа. В нём, как рассказал заведующий отделом генетических основ биотехнологии института Валерий Даниленко, продолжается работа по изучению механизмов МЛУ и вирулентности возбудителя туберкулеза *Mycobacterium tuberculosis*. Основные направления исследований: разработка противотуберкулезных препаратов новых химических классов, разработка новых биомиметических микобактерий, создание «умных антибиотиков» на основе CRISPR-Cas.

По его словам, здесь абсолютно тупиковая ситуация. «Есть БЦЖ, которая была создана столет назад, она единственная, которая используется. Создать генно-инженерные вакцины по разным причинам не удалось. В нашем институте мы разработали предложения по

Руководитель Роспотребнадзора Анна Попова на встрече с членами Комитета Госдумы РФ по охране здоровья кратко, но вполне ёмко обрисовала текущую санитарно-эпидемиологическую ситуацию в России и мире. Общий смысл сказанного таков: всё под контролем, пока поводов для волнений нет, однако расслабляться не надо, потому что ключевое слово здесь – «пока».

Затем главный санитарный врач ответила на вопросы депутатов. И поскольку аудиторией составляли в основном политики с медицинским образованием, они интересовались ровно тем, что интересует сегодня, пожалуй, каждого российского медработника.

Наш санитарный щит

– Помимо COVID-19, которому уделялось столько времени в течение последних двух лет, мы не выпускали из поля зрения инфекции, которые составляли предмет нашей заботы в предыдущие годы. Хочу отметить, что в отличие от целого ряда стран нам удалось не снизить уровень иммунизации населения ни в рамках Национального календаря профилактических прививок, ни в рамках календарей прививок по эпидпоказаниям в субъектах РФ и тем самым не допустить инфекционных вспышек, – сразу обозначила очевидные успехи глава Роспотребнадзора.

Так, благодаря вакцинопрофилактике заболеваемость корью за два года снизилась в России в 4 тыс. раз. В 13 раз снизилась заболеваемость коклюшем, более чем в 3 раза – паротитом, в 4 – менингококковой инфекцией. Также за Российской Федерацией сохранился статус страны, свободной от полиомиелита, санэпидслужба не допустила завоза полиовируса несмотря на то, что в мире есть активные очаги этого возбудителя.

Наконец, позитивным итогом прошлого года, по оценке А.Поповой, стало формирование Национального проекта «Санитарный щит России», куда, по её выражению, «заложены уроки предыдущих двух лет».

Что с COVID-19?

Если кому-то показалось, будто пандемию уже «отменили», он ошибается. Более-менее спокойная текущая ситуация вовсе не означает, что инфекция окончательно побеждена.

– За последние 6 недель показатель заболеваемости снизился с 824 случаев на 100 тыс. населения до 117 случаев, но это всё ещё много. Для того чтобы отнести любую территорию к числу носящих гордое название «Свободная от COVID», показатель должен быть 30 новых случаев заболевания на 100 тыс. населения за неделю. Пока у нас заболеваемость в целом по стране значимо выше, чем в аналогичном периоде прошлого года, то есть успокаиваться и говорить, что всё хорошо и спокойно, не следует, – предупредила А.Попова.

Она сообщила, что, нужно продолжать мониторить ситуацию даже на фоне снижения заболеваемости. С этой целью Роспотребнадзор подготовил методические рекомендации, указав, какие категории населения необходимо тестировать на коронавирус даже в межэпидемиологический период. Речь идёт о тех группах населения, которые являются группами риска и, как правило, очень быстро, самыми первыми откликаются на любое изменение эпидситуации ростом заболеваемости.

Вместе с тем, учитывая особенности штамма омикрон, –

– Препарат ЭпиВакКорона в строю, здесь никаких сомнений нет. Этой вакцины не оказалось в госзаказе на 2022 г. просто потому, что препарат был наработан в 2021 г. в достаточном количестве, есть его запасы с хорошим сроком годности, поэтому проводить госзакупку дополнительно пока нет необходимости. По сравнительной эффективности всех вакцин вопросы следует адресовать регулятору, это оценивает не Роспотребнадзор, – ответила А.Попова.

Вопрос парламентариев о периодичности ревакцинации она

ещё несколько лет назад, выполнена. Если говорить о прививочной компании текущего года, то все контракты заключены, все вакцины наработаны и уже развозятся по регионам. Рисков в плане вакцинации, согласно НКПП, ни для детей, ни для взрослых нет, – акцентировала А.Попова.

Что касается ряда известных и многих привычных иностранных вакцин, которые не обеспечивают НКПП, они в основном используются в коммерческом секторе здравоохранения. И, кстати, по её словам, на данный момент нет

а после того, как некому стало оппонировать, туда пришли военные другой страны, и никто больше не знает, что делается в таких лабораториях, кроме тех, кто там работает. Таким образом, страна потеряла суверенитет в области эпидбезопасности. В 2014 г. мы предлагали свою помощь украинским коллегам, когда там были крупные вспышки кори, совершенно необъяснимые вспышки полиомиелита. Коль скоро мы знали о наличии таких недружественных нам объектов на Украине, плотность нашего са-

Деловые встречи

Смотрим в оба

Это касается не только коронавирусной инфекции, но и всех иных угроз

а, судя по мониторингу вирусного пейзажа, в нашей стране этот вариант вируса составляет 98%, – позволили Роспотребнадзору несколько смягчить требования и ограничения. В частности, вернуть в нормальный рабочий режим ряд предприятий, школы и начать готовиться к проведению летней детской оздоровительной компании с заполняемостью лагерей 100%.

– В целом же ситуация с COVID-19 в мире остаётся очень напряжённой. Мы видим значимый – до 40% за неделю – новый подъём заболеваемости в странах Азиатско-Тихоокеанского региона и Европы. В частности, очень высокие цифры роста демонстрируют Китай, Вьетнам, Южная Корея, Лаос, Германия и Венгрия. Пока это всё те же штаммы коронавируса, что циркулировали прежде. Новых, которые вызывали бы у нас тревогу, не регистрируется, – продолжила она.

При этом, как уточнила А.Попова, ситуация непрерывно контролируется: в России пять научных институтов очень пристально отслеживают международную и нашу национальную геномные базы данных, чтобы своевременно увидеть появление изменённых вариантов коронавируса.

И ещё о пандемии. Отвечая на вопрос депутатов о том, не рано вато ли регионы начали отменять масочный режим и ограничения на проведение массовых мероприятий, руководитель Роспотребнадзора не высказалась в поддержку таких решений.

Бояться ли санкций?

Депутаты попросили руководителя Роспотребнадзора оценить эффективность отечественных вакцин против COVID-19 и пояснить, почему в госзакупках сегодня нет ЭпиВакКороны, означает ли это, что данная вакцина уже не применяется? И могут ли у России из-за санкций возникнуть проблемы с реактивами для ПЦР-тестирования?



также переадресовала Минздраву России. Но заметила, что в отношении сроков вакцинации и ревакцинации регулирование основано на тех данных, которые внесены в инструкцию по применению препарата его разработчиком: как он говорит, так и должно быть.

– По расходным материалам для лабораторной диагностики: взвешенная финансовая политика позволила нам, рассчитав потребности, в конце 2021 г. провести существенные закупки на 2022 г., хотя тогда ещё ничто не предвещало нынешних событий. Таким образом, запас расходников для лабораторной диагностики, в том числе ПЦР-тестирования, геномного секвенирования и т.д. имеется до конца сентября, никаких трудностей нет, – уведомила парламентариев чиновник.

Ещё один вопрос касался возможных проблем с поставками в Россию вакцин зарубежного производства, сможет ли это повлиять на соблюдение НКПП.

– Весь российский Национальный календарь профилактических прививок закрывается отечественными вакцинами. Задача, которая была поставлена государством

информации об отказах зарубежных производителей в поставках препаратов в Россию.

Знали и готовились

Разумеется, не обошли вниманием биологические лаборатории на территории Украины, сомнительная деятельность которых сегодня оказалась в центре внимания и расследуется Россией. Руководитель Роспотребнадзора сказала, что о существовании этих лабораторий ведомство узнало не сегодня и даже не вчера, а давно, причём, неоднократно об этом говорило, прекрасно понимая риски, которые связаны с такими объектами не только для России, а для всего человечества. По словам А.Поповой, ситуация с COVID-19 показала, что даже вирус естественного происхождения может поразить всю планету достаточно быстро, поэтому совершенно очевидно – шутить с такого рода научными исследованиями преступно.

– Хочу напомнить, что в 2012 г. Украина полностью разрушила свою систему санитарно-эпидемиологического надзора,

на эпидконтроля на приграничных с Украиной российских территориях все эти годы была и остаётся высокой, и мы не допустили заноса этих инфекций в РФ, – подчеркнула А.Попова.

Депутаты поинтересовались её мнением о том, возможно ли в принципе создать в подобных биологических лабораториях этническое биологическое оружие, на что эксперт сказала: «Учёные говорят, что это абсолютно возможно. Технологии, когда исследователи в разных странах умеют обращаться с геномом как с конструктором – секвенировать его, затем разбирать и складывать, когда существуют бесшовные гено-инженерные технологии – да, создать адресно направленное биооружие реально. Существуют международные и страновые требования о защите населения от такого рода исследований и исследователей. Однако я не уверена, что в мире не найдётся людей, которые с лёгкостью нарушат такие правила».

И, наконец, ещё одна тема, которая оказалась в центре внимания участников встречи – обеспечение санитарно-эпидемиологической безопасности россиян в связи с активным миграционным процессом, который вызван событиями на Украине. Глава Роспотребнадзора заверила депутатов Госдумы в том, что все беженцы, которые сегодня приезжают на территорию РФ, в обязательном порядке обследуются на коронавирусную инфекцию с помощью экспресс-тестов. Кроме того, учитывая слабую вакцинопрофилактику на Украине, готовится постановление главного санитарного врача России о проведении подчищающей иммунизации тех российских детей, которые по каким-то причинам пропустили регламентные прививки, а также детей и подростков с Украины, которые в настоящее время находятся на территории РФ, чтобы защитить всех от возможных инфекционных угроз.

Елена СИБИРЦЕВА.

Современные технологии

Высокая эффективность нового метода

В Университетский клинической больнице № 1 им. С.Р.Миротворцева Саратовского государственного медицинского университета им. В.И.Разумовского впервые в области при лечении больных раком мочевого пузыря применили методы фотодинамической терапии (ФТД).

Современная высокотехнологичная аппаратура, недавно полученная клиникой урологии в

рамках реализации федеральной программы «Борьба с онкологическими заболеваниями», позволяет значительно повысить уровень оказания медицинской помощи больным онкоурологического, онкохирургического и онкогинекологического профилей.

Методы биомедицинской физики, к которым относят и ФТД, являются инновационными, прогрессивными и активно используются в борьбе с онкологическими заболеваниями, показывая хоро-

шие результаты и высокую эффективность. Он позволяет уменьшить вероятность рецидивирования онкологического заболевания в среднем на 20%.

Его применение стало возможным благодаря совершенствованию лазерных и эндоскопических технологий, а также разработке малотоксичных фотосенсибилизаторов, имеющих уникальное свойство избирательно накапливаться в определённых тканях, в частности, в опухолевой.

«Принцип фотодинамической терапии основан на разрушении злокачественных новообразований вследствие особых фотохимических реакций. Гибель клеток опухоли развивается при взаимодействии светового излучения определённых длин волн», – поясняет директор НИИ фундаментальной и клинической урологии университета Владимир Попков.

Специалисты клиники используют его в комбинации с клас-

сическими методами лечения в качестве первичного противорецидивного для больных онкологического профиля.

Клиническая больница, соответствуя статусу федерального центра, активно внедряет в клиническую практику высокоэффективные методики лечения и диагностики различных заболеваний.

Василий СЕРЕБРЯКОВ.

Саратов.

КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 12 (2324)

(Окончание.)

Начало в № 11 от 23.03.2022.)

Комментарии: Чрезмерное содержание животных белков в диете приводит к появлению факторов, способствующих камнеобразованию, таких как гипоцитратурия, низкий уровень рН мочи, гипероксалурия и гиперурикозурия.

В детском возрасте ограничения животного белка в рационе следует рекомендовать индивидуально и с осторожностью в связи с необходимостью обеспечения потребностей растущего организма. Потребление не менее 0,8-1,0 г/кг/сут. Не рекомендуется ограничивать потребление кальция, если нет строгих противопоказаний, так как существует обратная зависимость между содержанием кальция в диете и образованием кальциевых конкрементов (УУР – С, УДД – 5).

Не рекомендуется принимать препараты кальция, за исключением случаев кишечной гипероксалурии, при которой во время еды следует принимать препарат кальция для связывания оксалатов в кишечнике (УУР – С, УДД – 5).

Рекомендуется всем пациентам, особенно с гиперкальциемией и гипоцитратурией снизить потребление натрия с пищей с целью уменьшения риска камнеобразования (УУР – С, УДД – 5).

Комментарий: до 4-5 г/сут.

Повышенное потребление натрия неблагоприятно сказывается на составе мочи. Повышается выведение кальция из-за снижения канальцевой реабсорбции; снижается концентрация цитратов в моче из-за потери бикарбонатов; повышается риск образования кристаллов натриевой соли мочевой кислоты.

Вероятность образования кальциевых конкрементов можно уменьшить, ограничив потребление натрия и животных белков.

Потребление пищи, особенно богатой уратами, рекомендовано ограничить у пациентов с риском образования конкрементов, состоящих из оксалата кальция, вызванного гиперурикозурией, а также у пациентов с риском образования конкрементов из мочевой кислоты с целью предотвращения камнеобразования (УУР – С, УДД – 5).

Рекомендуется пациентам с мочекаменной болезнью поддержание нормальной массы тела с целью уменьшения рисков камнеобразования (УУР – С, УДД – 5).

Комментарии: Результаты некоторых исследований свидетельствуют о том, что риск камнеобразования зависит от факторов, связанных с образом жизни, например, повышается при избыточной массе тела, а также при наличии артериальной гипертензии.

6. Организация оказания медицинской помощи

Детям с мочекаменной болезнью медицинская помощь оказывается в амбулаторных условиях, в условиях дневного и круглосуточного стационаров.

Пациенты с мочекаменной болезнью должны состоять на диспансерном учёте, получая первичную медико-санитарную помощь в амбулаторно-поликлинических условиях. Основным условием оказания помощи пациенту с МКБ должно быть обеспечение постоянного наблюдения, получение противорецидивного лечения и своевременная госпитализация.

Ребёнок наблюдается педиатром/врачом общей практики (семейным врачом), урологом/врачом-детским урологом, с участием, при необходимости, нефролога, генетика, гематолога/детского гематолога, оториноларинголога, стоматолога, диетолога и врачей других специальностей при необходимости.

Показания для плановой госпитализации:

1) Камни почек, требующие оперативного вмешательства.

2) Камни мочеточников, требующие оперативного вмешательства.

3) Социальный статус пациента, требующий удаления бессимптомных камней мочевой системы.

Показания для экстренной госпитализации:

1) Инфекционные осложнения МКБ.

2) Некупируемый болевой синдром, вызванный камнями мочевой системы.

3) Полная обструкция ВМП камнем.

Показания к выписке пациента из стационара:

– восстановление оттока мочи из почки;

– отсутствие признаков системного воспаления;

– отсутствие риска осложнений МКБ.

Необходимо подробно информировать пациента с показанием к оперативному лечению МКБ обо всех существующих методах лечения и их осложнениях с целью повышения осведомлённости и помощи в принятии решения о выборе метода оперативного вмешательства.

ность к лечению. Рабочая группа считает необходимым подробно информировать пациента обо всех существующих методах лечения МКБ и их осложнениях.

7. Дополнительная информация (в том числе факторы, влияющие на исход заболевания или состояния)

7.1. Прогноз

При своевременном и правильном лечении относительно благоприятный. После оперативного лечения показано длительное противорецидивное лечение с учётом химического состава камней, реакции мочи, наличия мочевой инфекции, состояния функции почек. При сопутствующем пиелонефрите проводят противовоспалительную терапию.

7.2. Осложнения

Осложнения уролитиаза

- ✓ пиелонефрит
- ✓ гипертензия
- ✓ гидронефроз
- ✓ пионефроз
- ✓ анурия
- ✓ острая почечная недостаточность
- ✓ хроническая почечная недостаточность.

Повреждение тканей почки:

✓ гематома с клиническими проявлениями;

✓ гематома бессимптомная.

Осложнения со стороны сердечно-сосудистой системы:

✓ аритмия.

Со стороны органов желудочно-кишечного тракта:

✓ перфорация кишечника

✓ гематома печени, селезёнки.

«Каменная дорожка»

Осложнения чрескожной нефролитотрипсии

✓ интраоперационное или послеоперационное кровотечение

✓ перфорация мочевых путей

✓ потеря чрескожного доступа

✓ мочевой затёк

✓ повреждение соседних органов.

Осложнения УРС

Интраоперационные:

✓ повреждение слизистой оболочки

✓ перфорация мочеточника, ЧЛС почки

✓ мочевой затёк

Мочекаменная болезнь

Национальные клинические рекомендации

Современная клиническая практика лечения МКБ включает в себя множество вариантов оперативных методик извлечения пациентов от камней мочевых путей при возможной их равнозначной эффективности конечного результата. Однако у каждой из операций имеются различия в частоте рисков развития осложнений, времени извлечения от камня и степени её инвазивности. Зачастую, выбор операции зависит от предпочтений врача, что приводит к отсутствию осведомлённости пациента о плюсах и минусах той или иной операции и, тем самым, усугубляет его привержен-

Осложнения при хирургическом лечении МКБ

Осложнения при ДЛТ

Связанные с фрагментами конкрементов:

- ✓ «каменная дорожка»
 - ✓ рост резидуальных фрагментов
 - ✓ почечная колика
 - ✓ обструкция мочевых путей
 - ✓ пионефроз.
- Инфекционные:
- ✓ бактериурия при неинфекционных конкрементах
 - ✓ сепсис.

✓ отрыв мочеточника, повреждение устья мочеточника

✓ миграция катетера-стента

✓ значительное кровотечение.

Ранние осложнения проявляются стойкой гематурией и почечной коликой. Поздние – стриктурой мочеточника и стойким пузырно-мочеточниковым рефлюксом.

Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций

Целевая аудитория данных клинических рекомендаций:

- Детские урологи-андрологи
- Врачи – педиатры
- Детские хирурги
- Врачи общей практики (семейные врачи)
- Студенты медицинских вузов
- Обучающиеся в ординатуре и интернатуре.

Методы, используемые для сбора/селекции доказательств: поиск в электронных базах данных.

Описание методов, использованных для оценки качества и силы доказательств: доказательной базой для рекомендаций являются публикации, вошедшие

Критерии оценки качества медицинской помощи

Организационно-технические условия оказания медицинской помощи

Таблица 1

Вид медицинской помощи	Специализированная медицинская помощь
Условия оказания медицинской помощи	Стационарно/в дневном стационаре
Форма оказания медицинской помощи	Плановая

Критерии оценки качества медицинской помощи

Таблица 2

Критерий	Уровень достоверности доказательств	Уровень убедительности рекомендаций
Выполнена консультация детского уролога-андролога	C	5
Выполнен анализ мочи общий при первичной диагностике	C	5
Выполнено исследование уровня экскреции солей в моче при первичной диагностике	C	5
Проведено микробиологическое (культуральное) исследование мочи на аэробные и факультативно-анаэробные условно-патогенные микроорганизмы всем пациентам с определением чувствительности микроорганизмов к анти-микробным химиотерапевтическим препаратам при первичной диагностике, перед оперативным вмешательством и при необходимости коррекции анти-бактериальной терапии	C	5
Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (исследования уровня креатинина, мочевой кислоты, кальция, ионизированного кальция, натрия, калия в крови) при первичной диагностике	C	5
Выполнено исследование уровня паратиреоидного гормона в крови (при выявлении гиперкальциемии) при первичной диагностике пациентам с повышенным уровнем кальция (ионизированного кальция в крови)	C	5
Выполнено ультразвуковое исследование почек и мочевыводящих путей при первичной диагностике	C	5
Выполнена компьютерная томография почек и верхних мочевыводящих путей с внутривенным болюсным контрастированием или экскреторная урография (внутривенная урография), если планируется удаление конкремента, а индивидуальные анатомические особенности чашечно-лоханочной системы (ЧЛС) неизвестны	C	5
Выполнен анализ минерального состава конкремента при диагностике	C	5
Пациентам с риском образования конкрементов рекомендовано поддержание высокого диуреза и обильное потребление жидкости	C	5
Решение об активном лечении по поводу конкрементов верхних отделов мочевыводящих путей принято на основании состава конкремента, его размера и симптоматики	C	5

Шкала оценки уровней достоверности доказательств (УДД) для методов диагностики (диагностических вмешательств)

УДД	Расшифровка
1	Систематические обзоры исследований с контролем референсным методом или систематический обзор рандомизированных клинических исследований с применением метаанализа
2	Отдельные исследования с контролем референсным методом или отдельные рандомизированные клинические исследования и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением рандомизированных клинических исследований, с применением метаанализа
3	Исследования без последовательного контроля референсным методом или исследования с референсным методом, не являющимся независимым от исследуемого метода или нерандомизированные сравнительные исследования, в том числе когортные исследования
4	Несравнительные исследования, описание клинического случая
5	Имеется лишь обоснование механизма действия или мнение экспертов

Шкала оценки УДД для методов профилактики, лечения и реабилитации (профилактических, лечебных, реабилитационных вмешательств)

УДД	Расшифровка
1	Систематический обзор РКИ с применением метаанализа
2	Отдельные РКИ и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением РКИ, с применением метаанализа
3	Нерандомизированные сравнительные исследования, в том числе когортные исследования
4	Несравнительные исследования, описание клинического случая или серии случаев, исследования «случай-контроль»
5	Имеется лишь обоснование механизма действия вмешательства (доклинические исследования) или мнение экспертов

Шкала оценки УУР для методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации (профилактических, диагностических, лечебных, реабилитационных вмешательств)

УУР	Расшифровка
A	Сильная рекомендация (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество, их выводы по интересующим исходам являются согласованными)
B	Условная рекомендация (не все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, не все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество и/или их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)
C	Слабая рекомендация (отсутствие доказательств надлежащего качества (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются неважными, все исследования имеют низкое методологическое качество и их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)

в Кохрейновскую библиотеку, базы данных EMBASE, MEDLINE и PubMed. Глубина поиска – 5 лет.

Методы, использованные для оценки качества и силы доказательств:

- консенсус экспертов
- оценка значимости в соответствии с рейтинговой схемой.

Методы, использованные для анализа доказательств:

- обзоры опубликованных мета-анализов
- систематические обзоры с таблицами доказательств.

Описание методов, использованных для анализа доказательств

При отборе публикаций, как потенциальных источников доказательств, использованная в каждом исследовании методология изучается для того, чтобы убедиться в её валидности. Результат изучения влияет на уровень доказательств, присваиваемый публикации, что в свою очередь влияет на силу рекомендаций.

Для минимизации потенциальных ошибок каждое исследование оценивалось независимо. Любые различия в оценках обсуждались всей группой авторов в полном составе. При невозможности достижения консенсуса привлекался независимый эксперт.

Таблицы доказательств: заполнялись авторами клинических рекомендаций.

Методы, использованные для формулирования рекомендаций: консенсус экспертов.

Индикаторы доброкачественной практики (Good Practice Points – GPPs)

Рекомендуемая доброкачественная практика базируется на клиническом опыте авторов разработанных рекомендаций.

Экономический анализ

Анализ стоимости не проводился и публикации по фармакоэкономике не анализировались.

Метод валидации рекомендаций

- Внешняя экспертная оценка.
- Внутренняя экспертная оценка.

Описание метода валидации рекомендаций

Настоящие рекомендации в предварительной версии были рецензированы независимыми экспертами, которых, прежде всего, попросили прокомментировать, насколько доступна для понимания интерпретация доказательств, лежащая в основе рекомендаций.

От врачей первичного звена получены комментарии в отношении доходчивости изложения данных рекомендаций, а также их оценка важности предлагаемых рекомендаций, как инструмента повседневной практики.

Все комментарии, полученные от экспертов, тщательно систематизировались и обсуждались членами рабочей группы (авторами рекомендаций). Каждый пункт обсуждался в отдельности.

Консультация и экспертная оценка

Проект рекомендаций был рецензирован независимыми экспертами, которых прежде всего попросили прокомментировать доходчивость и точность интерпретации доказательной базы, лежащей в основе рекомендаций.

Рабочая группа

Для окончательной редакции и контроля качества рекомендации были повторно проанализированы членами рабочей группы, которые пришли к заключению, что все замечания и комментарии экспертов приняты во внимание, риск систематических ошибок при разработке рекомендаций сведён к минимуму.

Порядок обновления клинических рекомендаций

Механизм обновления клинических рекомендаций предусматривает их систематическую актуализацию – не реже чем один раз в три года, а также при появлении новых данных с позиции доказательной медицины по вопросам диагностики, лечения, профилактики и реабилитации конкретных заболеваний, наличии обоснованных дополнений/замечаний к ранее утверждённым КР, но не чаще одного раза в 6 месяцев.

Приложение А3. Справочные материалы, включая соответствие показаний к применению и противопоказаний, способов применения и доз лекарственных препаратов, инструкции по применению лекарственного препарата

Приложение А3.1 Связанные документы

Порядки оказания медицинской помощи:

✓ Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ № 366н от 16.04.2012 «Об утверждении Порядка оказания педиатрической помощи»

✓ Приказ Минздрава России № 562н от 31.10.2012 «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «Детская хирургия»

Приложение А3.2 Примеры диагнозов

✓ Конкременты обеих почек. Первичная гипероксалатурия I типа. Нефрокальциноз 2-я стадия. Хроническая болезнь почек 1-2-я стадии.

✓ Конкремент левой почки. Оксалатно-кальциевый уrolитиаз. Вторичный калькулезный пиелонефрит в стадии клинико-лабораторной ремиссии. Хроническая болезнь почек 1-й стадии.

Приложение Б. Алгоритмы действий врача

Приложение В. Информация для пациента

Мочекаменная болезнь (МКБ) – понятие, объединяющее большую группу неоднородных по этиологии и патогенезу синдромов и болезней, одним из клинико-морфологических проявлений которых является образование конкрементов в органах мочевыделительной системы, и поражает лиц как мужского, так и женского пола.

Прогноз МКБ при своевременном и правильном лечении относительно благоприятный. После оперативного лечения показано длительное противорецидивное лечение с учётом химического состава камней, реакции мочи, наличия мочевой инфекции, состояния функции почек.

Результаты некоторых исследований свидетельствуют о том, что риск камнеобразования зависит от факторов, связанных с образом жизни, например, от гиподинамии, избыточной массы тела и ожирения, проживание в жарком климате недостаточного потребления чистой воды или воды, содержащей чрезмерное количество солей.

Основным направлениями профилактики камнеобразования и лечения на амбулаторном этапе являются коррекция метаболических нарушений камнеобразующих веществ. Соблюдение назначений профилактики камнеобразования определяет благоприятный прогноз и улучшает качество жизни детей с МКБ, предотвращая их инвалидизацию.

Приложение Г1-ГН. Шкалы оценки, вопросники и другие оценочные инструменты состояния пациента, приведённые в клинических рекомендациях

...** – препарат входит в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов (Распоряжение Правительства РФ № 2406-р от 12.10.2019 «Об утверждении перечня жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов на 2020 г., а также перечней лекарственных препаратов для медицинского применения и минимального ассортимента лекарственных препаратов, необходимых для оказания медицинской помощи» (с изменениями, внесёнными Распоряжением Правительства РФ № 3073-р от 23 ноября 2020 г. «О внесении изменений в распоряжение Правительства РФ № 2406-р от 12 октября 2019 г.

#... – применение off-label – вне зарегистрированных в инструкции лекарственного средства показаний осуществляется по решению врачебной комиссии, с разрешения Локального этического комитета медицинской организации (при наличии), с условием подписанного информированного согласия родителей (законного представителя) и пациента в возрасте старше 15 лет.

Под редакцией главного педиатра Минздрава России академика РАН Александра БАРАНОВА.

Приложение А3.3. Генетические причины уролитиаза

Моногенная форма	OMIM	Ген	Нарушение метаболизма	Химический состав конкремента
Цистинурия (типы А, В, АВ)	220100	SLC3A1 SLC7A9	Нарушение реабсорбции в проксимальных канальцах почек и всасывания в слизистой оболочке тощей кишки дикарбоновых аминокислот, таких как цистин, лизин, аргинин, орнитин	Цистин
Первичная гипероксалатурия 1-3 типы (ПГ)	259900 260000 613616	AGXT GRHPR HOGA1	Нарушение метаболизма и накопление глиоксилата, который с помощью ЛДГ превращается в оксалат. Оксалат в неизменном виде выделяется почечными клубочками и частично канальцами	Оксалат кальция
Почечный канальцевый ацидоз (ПКА) 1-го типа	179800	SLC4A1	Нарушение реабсорбции бикарбонатов и секреции ионов водорода в дистальных отделах почечных канальцев	Фосфат кальция
Дефицит аденинфосфорибозилтрансферазы	614723	APRT	Нарушение функции аденинфосфорибозилтрансферазы приводит к чрезмерному окислению аденина в 2,8-дигидроксиаденин и его избыточной экскреции почками	2,8-дигидроксиаденин
Ксантинурия, типы 1 и 2	278300 603592	XDH MOCOS	Нарушение окисления ксантина и гипоксантина до мочевой кислоты, что приводит к низкой концентрации мочевой кислоты в моче и высокой экскреции ксантина с мочой	Ксантин
Синдром Леша-Нихена	300322	HPRT1	Увеличение концентрации гуанина и гипоксантина, которые затем метаболизируются в мочевую кислоту	Урат, ксантин
Муковисцидоз	219700	CFTR	Увеличение поступления ионов натрия в клетку и нарушение секреции ионов хлора, в эпителиальных клетках, том числе почек. В результате развивается гиперкальциурия и гиперурикозурия	Оксалат кальция, урат, гидрогенфосфат кальция
Идиопатическая инфантильная гиперкальциемия (типы 1-й и 2-й)	143880 616963	CYP24A1 SLC34A1	Происходит увеличение уровня кальцитриола, в результате повышается всасывание кальция в кишечнике и развиваются гиперкальциемия и гиперкальциурия	Оксалат кальция, фосфат кальция
Болезнь Дента	300009 300555	CLCN5 OCRL	Вследствие нарушения механизма эндоцитоза, нарушается реабсорбция низкомолекулярных белков в канальцах почек. Однако молекулярные механизмы, приводящие к гиперкальциурии, на данный момент, до конца не известны	Оксалат кальция, фосфат кальция

Этот ежегодный четырёхдневный форум вот уже в третий раз прошёл в режиме онлайн, хотя предполагался в очном формате в Дубае (ОАЭ). Как и ранее (см. «МГ» № 22 от 14.06.2019 и № 17 от 04.05.2018), он был посвящён противоречиям диагностики, лечения и реабилитации нейродегенеративных заболеваний (болезни Паркинсона, Альцгеймера, бокового амиотрофического склероза и др.), инсульта, рассеянного склероза, эпилепсии и головной боли. Модератор делал краткое вступление, а затем докладчики приводили аргументы «за» или «против» выносимого на обсуждение вопроса («Этично ли провоцировать психогенные припадки в диагностических целях?»; «Может ли трансплантация эмбриональных клеток заместить умирающие нейроны при нейродегенеративном заболевании?»; «Доказана ли роль микробиома кишечника в патогенезе деменции?» и т.д.). Аудитория голосовала дважды – перед дебатами и после них.

Резервы разума

Как обычно, конгресс открыл его бесценный президент профессор Амос Корчин (А. Korczyn, Израиль), а затем прозвучали пленарные лекции на разные темы.

Первым выступил сопредседатель CONy Энтони Шапира (A. Shapira, Великобритания) с докладом о GBA-БП. Болезнь Паркинсона развивается к 80 годам почти у каждого третьего. Мутация в гене глюкоцереброзидазы (GBA) повышает риск развития заболевания в 20-30 раз и наблюдается у 10-15% больных. Наиболее часто отмечаются мутации в локусах N370S и L444P гена GBA. Продомами GBA болезни Паркинсона являются: снижение обоняния, когнитивные расстройства, депрессия, запоры. Для этой формы заболевания характерно более раннее начало, более выраженные когнитивные нарушения и более быстрое прогрессирование. По данным ПЭТ отмечается активация микроглии, особенно в области substantia nigra. В крови обнаруживается повышенный уровень альфа-синуклеина. Лечение направлено на замедление прогрессирования болезни. С этой целью применяется амброкол.

В терапевтических целях всё чаще используется марихуана, обладающая психоактивным эффектом. «Стоит ли овчинка выделки?» – таким вопросом задался Питер Фельдшрайбер (P. Feldschreiber, Великобритания). Марихуана или её производные применяются для лечения некоторых неврологических расстройств. Например, каннабидиол назначается детям старше одного года с синдромом Леннокса – Гасто, синдромом Драве или туберозным склерозом. Также каннабиоиды применяются для лечения тошноты у больных, получающих химиотерапию. Недостаток данных не позволяет однозначно оценить соотношение пользы и вреда при их применении. Вывод очевиден: нужны рандомизированные клинические испытания.

Что такое «функциональные» неврологические расстройства? Марк Халлетт (M. Hallett, USA) относит к ним расстройства, которые произвольно возникают в результате дезорганизации мозговых сетей (brain networks) и не могут быть объяснены структурными мозговыми нарушениями. Для их обозначения применялись разные термины: истерия, конверсионное, диссоциативное, психогенное неврологическое, функциональное неврологическое расстройство, дисфункция мозговых сетей. Что мы вкладываем в понятие произвольности (voluntary)? Где граница между произвольным (симуляцией) и произвольным расстройством? Обычно мы верим больному, но функциональная МРТ (фМРТ) позволяет чётко отличить функциональный тремор от симуляционного. Психогенными могут быть припадки, двигательные расстройства, слепота, глухота, кома и т.д. Несмотря на разную клинику, речь идёт об одном расстройстве, каким бы именем мы его не назвали, с мультифакторной этиологией. Существенную роль играет сексуальное насилие (sexual abuse). В группе с функциональными расстройствами ему подверглось 35,3% женщин, а в контрольной группе – 10,6%. Как сообщить больному такой диагноз? Какую терминологию использовать? Как считает Халлетт, ему надо показать,

на результаты международных клинических исследований (REVEAL AF, LOOP, ASSERT, STROKESTOP, MonDAFIS и др.) доказывал, что частота выявления ФП прямо пропорциональна продолжительности мониторинга. Ему оппонировал Золтан Ксанади (Z. Csanadi, Венгрия), доказывая, что это сверхчувствительный тест, дающий «диагностический мусор», никак не влияющий на исходы и не предостерегающий повторные инсульты. В большинстве случаев мы не знаем причину инсульта. ФП – лишь

Основной мишенью как нейростимуляции, так и лекарственного лечения является нейропластичность – врождённая способность мозга реорганизовать свою структуру и функцию в ответ на стимулы или травму. Дафин Мурешану (D. Muresanu, Румыния) пытался убедить аудиторию в преимуществах лекарственной активации этого процесса – дешёвизне, неинвазивности, продолжительности действия. Однако, судя по результатам голосования, это ему не удалось (три четверти сочли

курения (и, следовательно, риск развития инсульта) за счёт систем доставки табака, где он нагревается до меньших температур, чем при курении обычных сигарет. Не должны ли электронные сигареты рассматриваться как медицинские устройства?

Оппонент (Дов Гавиш, Израиль) возразил, что на самом деле переход на электронные сигареты и системы нагревания табака ничего не меняет. В табачном дыме содержится около 7 тыс. токсичных химикатов. В системах нагревания

Дискуссии

Главное – не навреди

Состоялся 16-й Всемирный конгресс по противоречиям в неврологии (CONy)

как был получен диагноз «расстройства мозговых коммуникаций (или мозговых сетей)». Большое значение имеет обучение пациентов. Для этого создан сайт www.neurosymptoms.org и приложение для смартфона. Кому их лечить: неврологам, психологам, психиатрам, психотерапевтам? Ответ зависит от местной системы здравоохранения. «Лечение мультифакторного расстройства должно быть мультидисциплинарным», – считает Халлетт. Для специалистов создано Общество функциональных неврологических расстройств, на сайте которого www.fndsociety.org анонсирована 4-я Международная конференция по функциональным неврологическим расстройствам, которая состоится в гибридном формате в Бостоне, США.

Не стану подробно останавливаться на остальных пленарных докладах – перечислю лишь некоторые названия: «Нейростимуляция для улучшения когнитивных функций в норме и патологии», «Теория разума», «Изменение климата и неврология» и т.д.

Первый день завершился дебатами «Полезна ли концепция когнитивного резерва?». Модель когнитивного резерва, предложенная в 1993 г., основана на понятии резервной ёмкости мозга (brain reserve capacity), которая определяется его размером и количеством синапсов. Деменция возникает в разном возрасте. Это объясняется «когнитивным резервом», который якобы защищает мозг от нейродегенерации и/или клинического проявления потери нейронов. Очаровательная Эйдер Ареназа-Уркивио (A. Arenaza-Urquijo, Испания) отвечала на заданный вопрос утвердительно, а вышеупомянутый профессор Корчин – отрицательно. Концепция когнитивного резерва бесполезна, потому что его невозможно измерить. Действительно, болезнь Альцгеймера, по данным статистики, позже развивается у образованных людей. Но, может быть, дело не в продолжительности обучения, а в том, что образованный человек ведёт более здоровый образ жизни. Например, следит за уровнем своего артериального давления, соблюдает диету и т.д. Как известно, деменцию можно замедлить, воздействуя на факторы риска. Судя по результатам итогового голосования, ему удалось убедить аудиторию в своей правоте.

О мусорной диагностике

Следующие два дня работали параллельные секции, а в последний день состоялась постерная сессия. Автор этих строк решил сосредоточиться на секции по инсульту.

Должны ли все больные с ишемическим инсультом подвергаться долгосрочному (не менее месяца) мониторингу ЭКГ для выявления пароксизмальной фибрилляции предсердий (ФП)? В «дуэли» участвовало два кардиолога. Анте Анич (A. Anic, Хорватия), ссылаясь

на результаты международных клинических исследований (REVEAL AF, LOOP, ASSERT, STROKESTOP, MonDAFIS и др.) доказывал, что частота выявления ФП прямо пропорциональна продолжительности мониторинга. Ему оппонировал Золтан Ксанади (Z. Csanadi, Венгрия), доказывая, что это сверхчувствительный тест, дающий «диагностический мусор», никак не влияющий на исходы и не предостерегающий повторные инсульты. В большинстве случаев мы не знаем причину инсульта. ФП – лишь

одним из факторов риска. Если вначале три четверти аудитории проголосовало за длительный мониторинг, то при повторном голосовании картина была обратной. Яркой и поучительной была дискуссия о роли ультразвуковой доплерографии в диагностике стеноза сонных артерий. Ласло Ксиба (L. Csiba, Венгрия) убеждён, что этот безвредный и дешёвый метод по-прежнему играет ключевую роль для распознавания и выбора метода лечения каротидного стеноза. Ему оппонировал Аднан Сиддикуи (A. Siddiqui, США). В США каротидная эндартерэктомия в 80% выполняется только после дуплексного сканирования сонных артерий. При этом отмечается гипердиагностика каротидного стеноза, и многие подвергаются ненужным операциям и неоправданному риску. Особенно, если речь идёт о бессимптомных стенозах: по данным катмнестического исследования, у 89% таких больных в ближайшие пять лет инсульта не наблюдается. Кроме того, знание только степени стеноза недостаточно. Большое значение имеют строение атеросклеротической бляшки, извитость сосудов, кальцификация артерий, показатели мозговой перфузии, наличие тандемных стенозов и т.д. Эти данные могут быть получены с помощью ангиографии сонных артерий и магнитно-резонансной ангиографии (МРА). Таким образом, ультразвуковое исследование остаётся как метод скрининга стенозов, но решение об операции и её способах (стен-тирование или эндартерэктомия) должно приниматься на основании радиологических данных.

Стимуляция и симуляция

Другой обсуждавшийся вопрос: «Эффективнее ли нейростимуляция по сравнению с лекарственным лечением для улучшения восстановления после инсульта?». Джессе Доусон (J. Dawson, Великобритания) представил обзор современных устройств нейростимуляции. Речь идёт об электрической стимуляции блуждающего нерва (СБН), крылонёбного узла (SPGS), фарингеальной и нейромышечной (NMES) стимуляции. Преимуществами нейростимуляции (нейромодуляции) является её фокусированное действие и обратимость. С другой стороны, имплантируемые устройства дороги и инвазивны. Сейчас появляются системы с обратной связью (closed loop stimulation, behavior controlled stimulation, EEG-controlled stimulation). Также используются неинвазивные способы стимуляции – транскраниальная магнитная стимуляция (ТМС), транскраниальная стимуляция электрическим током и др. Показано, что СБН активирует высвобождение нейронами нейромедиаторов (норадреналина и ацетилхолина).

нейростимуляцию более эффективной по сравнению с лекарственным «нейропротекцией».

Минимально инвазивная хирургия для удаления внутримозговых гематом (ВМГ) выполняется во многих сосудистых центрах, но большие клинические испытания не выявили снижения летальности или улучшения исходов от подобных вмешательств. Адриан Парри-Джонс (A. Parry-Jones, Великобритания) доказывал их целесообразность. Хирургия внутримозговых супратенториальных гематом включает декомпрессионную краниэктомию, обычную краниотомию с удалением гематомы, эндоскопическую стереотаксическую эвакуацию гематомы и минимально инвазивное удаление кровяного сгустка с помощью введения в него катетера и последующего тромболитика. Краниотомия и эндоскопическое удаление рекомендуются, если состояние больного ухудшается, объём гематомы превышает 30 мл, а уровень сознания по шкале комы Глазго оценивается в 9-12 баллов. Рандомизированные клинические испытания (STICH и STICH II) не выявили преимуществ хирургического лечения ВМГ по сравнению с медикаментозным. Однако клинические испытания MISTIE III принесли обнадеживающие результаты. В группе больных, которым в полость гематомы каждые 8 часов вводился через катетер 1 мг альтеплазы (до 9 раз) отдалённые результаты оказались несколько лучше, чем у получавших стандартное медикаментозное лечение (через год 45% больных в основной группе и 41% в контрольной имели 0-3 балла по шкале Рэнкина). Венди Зияй (W. Ziai, США) отстаивал преимущества краниотомии, которая позволяет снизить внутричерепное давление и частоту рецидивов ВМГ. В целом, «дело ясное, что дело тёмное». Целесообразность хирургии ВМГ остаётся под вопросом.

Прошедшие дебаты о целесообразности замены альтеплазы теноктеплазой для внутримозгового тромболитика также не дали окончательного ответа из-за отсутствия убедительных клинических испытаний.

Курение и этика

В мире от курения ежегодно умирает около 8 млн человек. Как известно, оно удваивает риск смерти при инсульте. Если выкуривать более пачки сигарет в день, то риск инсульта в 6 раз выше, чем у некурящих. «Можем ли мы уменьшить риск инсульта вследствие табакокурения с помощью систем нагревания табака?». Ованес Манвелян (Республика Армения) отвечал на поставленный вопрос положительно. Он соглашался с тем, что лучше вообще не курить или бросить курить как можно раньше. Однако возникает этическая и медицинская проблема – как быть с теми, кто бросить курить не в состоянии? Предлагается уменьшить риск

многие вредные компоненты остаются, а концентрация никотина даже выше, чем в обычных сигаретах. Более того, риск удваивается или даже утраивается, поскольку курильщики часто используют эти системы одновременно с обычными сигаретами. «Все способы употребления табака опасны и должны быть запрещены», – утверждает Гавиш. Европейское общество инсульта призывает прекратить использование любой табачной продукции. Если вначале 85% аудитории отвечало на заданный вопрос утвердительно, то при финальном голосовании мнения разделились почти пополам.

На конгрессе не было отдельной секции по нейротике, но этические вопросы так или иначе затрагивались. Примером могут служить дебаты о том, возможно ли прекращение лечения в первые дни после тяжёлого инсульта. Многие заявляют, что не хотели бы остаться тяжёлыми инвалидами после инсульта. Однако на ранней стадии трудно предсказать его исходы, а интенсивное лечение связано с риском смерти от осложнений. Гиллиан Мид (G. Mead, Великобритания) была категорически против прекращения лечения. Для начала она предложила разобраться с терминологией. Какой инсульт считается тяжёлым? Существующие шкалы недостаточно точны для определения исхода у конкретного пациента. В них не учитывается его дряхлость и сопутствующие заболевания (коморбидность). По данным опроса, 71% гемиплегиков предпочитают жить глубокими инвалидами, нежели умереть. Получить в первые дни после инсульта согласие шокированных родственников на прекращение лечения также проблематично.

Специалист по паллиативной медицине Рут Ингланд (R. England, Великобритания) опять-таки предложила задуматься над значением употребляемых слов, процитировав Бернарда Шоу: «Единственная огромная трудность в общении – это иллюзия того, что оно произошло». Что является уходом или заботой, а что – лечением? Искусственное питание и искусственное восполнение потери жидкости (гидратация) – это уход или лечение? Лечение может сопровождаться осложнениями, и здесь надо вспомнить знаменитый гиппократовский принцип: «Главное – не навреди». Закончила она другим приписываемым Гиппократу афоризмом: «Иногда излечивать, часто облегчать, всегда утешать». Две трети аудитории с этим согласилось.

Организаторы конгресса обещают выложить в открытый доступ (если докладчики согласятся) все прозвучавшие выступления. Следующая встреча пройдёт в Хорватии, будем надеяться, в обычном формате.

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

Завершаем разговор, начатый в «МГ» № 6 от 16.02.22 и № 10 от 16.03.22. Мы говорили о глубинных, ценностно-смысловых истоках самоубийства (крайней степени внутреннего одиночества, отчаяния, подавленности и беспомощности), когда нормальное стремление к жизни всецело заменяется влечением к смерти. Мы анализировали этнические, медико-генетические, социально-психологические и иные причины попыток свести счёты с жизнью. А теперь обсудим, как помочь человеку сохранить разумный баланс и не перейти тонкую грань между принятием и отвержением жизни.

«Прививка от самоубийства»

Когда-нибудь в распоряжение медиков поступит надёжный лабораторный тест, выявляющий генетическую склонность к суициду. Если человека удастся с пелёнок «просканировать» на наличие такой предрасположенности, наука сделает большой шаг вперёд. Тогда, наверное, будут разработаны эффективные методы генетического лечения и лекарственной профилактики. Но пока «прививка от самоубийства» – лишь мечта. И не факт, что она скоро станет явью.

Более действенные способы предотвратить беду – система психологической и психотерапевтической помощи населению. Она включает в себя телефон доверия, круглосуточные пункты, где можно пообщаться с психологом и психиатром, а также специализированные бригады скорой помощи, кризисные стационары и медицинские центры. Кстати, первая телефонная линия доверия для людей, находящихся в бедственном положении, появилась в США в 1950 г. С тех пор профессионалы в области психического здоровья пытаются подобрать ключ к разгадке суицида и разработали немало интересных методик.

Так, американские учёные предлагают тест, позволяющий с высокой долей вероятности определять молодых людей, подверженных риску совершения самоубийства. CASSY – компьютеризированный адаптивный скрининг молодёжи с суицидальными наклонностями – состоит в среднем из 11 вопросов. Для его создания анкетировали молодых людей 12-17 лет из 13 отделений неотложной помощи и попросили их оценить свои суицидальные мысли, историю попыток самоубийства, депрессии, злоупотребление алкоголем и наркотиками, случаи насилия и другие факторы, способные повлиять на желание добровольно уйти из жизни. Через 3 месяца после исследования учёные связались с респондентами или их родителями и выяснили, не было ли за этот период новых попыток суицида.

На основании всех данных и создали CASSY, который испытали ещё раз, уже в 14 отделениях «неотложки». Оказалось, что с помощью теста удалось правильно выявить 82,4% подростков, собиравшихся покончить с собой в течение первых 3 месяцев после проведённого скрининга, и 72,5% тех, кто не пытался этого совершить. Учёные считают, что таким тестом необходимо обеспечить все отделения неотложной помощи и кризисные центры, поскольку это поможет персоналу экстренных служб эффективнее выявлять молодёжь, нуждающуюся в усиленной поддержке.

Тревожные звоночки

У каждого должна быть «жилетка», в которую всегда можно поплакаться. Даже взрослым и самостоятельным людям в трудные минуты нужны поддержка и сочувствие. Тем более юной душе важно излить накопившиеся эмоции. Если ребёнок или подросток знает, что родители его поймут или, по крайней мере, попытаются понять, он доверит им своё горе. Только не

надо заниматься нравочениями и устраивать скандалы. Это отталкивает и провоцирует безрассудные поступки. На пике эмоций необходимо дать высказаться и просто пожалеть. А уж потом спокойно разобраться, в чём дело и как «разрулить» проблемы. Подчеркну: разбираться следует не с человеком, а именно с проблемой.

Над детским горем нельзя злиться, как бы нелепо оно ни выглядело. Сейчас и в раннем школьном возрасте разыгрываются сцены, напоминающие трагедию Ромео и Джульетты. Но, в отличие от

Самый тревожный звонок: он часто представляет, как всем будет плохо после его смерти. Это высняется по косвенным признакам: оговоркам, мимике, нежеланию думать о будущем, участвовать в семейных планах и т.д. Нередко надуманная или совсем пустяковая причина служит последней каплей.

Дети, которых удалось спасти, рассказывают, что мысли о самоубийстве посещали их довольно часто. Сначала это были лишь фантазии. Потом идея уже не казалась столь абсурдной, обрастала деталями и приобретала всё более реальные черты.

Итак, самоубийство – это духовно-психологический недуг и социокультурный феномен. Видный американский философ и психолог Уильям Джеймс считал суицид «религиозным заболеванием», излечить которое может вера в Бога. Многие священнослужители являются прехосподными консультантами – понимающими, чуткими и достойными доверия. Но есть среди них и такие, кто не умеет вывести из кризисного состояния. Морализаторство и банальные поучения лишь подталкивают к изоляции и самобичеванию. Гораздо уместнее не осуждать, не «метать

бавился ещё один онкологический диагноз – «менингеома». В 1999 и 2001 гг. по причине усиливающихся болей провели повторные операции. После последней женщине назначили полный курс массажа, рекомендованного специалистами МОНИКИ. Но с тех пор ноги отнялись окончательно. К проблеме добавились скачущее давление, панкреатит, сахарный диабет 2-го типа и язва двенадцатиперстной кишки. «Я постоянно лежу и очень ратую за эвтаназию, – жаловалась больная. – Кому я нужна с таким «букетом» болячек? Помогите хотя бы советом...»

Продолжаем разговор

О профилактике суицида

Чтобы «смерть понарошку» не стала реальностью



Антисуицидальное мышление

большинства взрослых, дети – максималисты. Они исповедуют принцип «всё или ничего». Вряд ли их утешат рассуждения о том, что «всё ещё впереди» и любовь ещё придёт: «Много будет у тебя таких парней (девичат)». Их не интересует далёкое будущее, потому что он живёт настоящим. И если в данную минуту не получает желаемого, то видит только одно решение – «ничего».

Психологи выделяют основные причины, побуждающие детей и подростков добровольно уйти из жизни: безответная или осмеянная любовь; отсутствие сил бороться с трудностями; стремление обратить на себя внимание; желание причинить боль («всем назло», «пусть мучаются»); крайняя форма протеста и противопоставления («я такой никому не нужен»).

Описаны несколько типов детей, склонных к суицидам. Вот основные тревожные сигналы, которые, по мнению специалистов, родители не должны игнорировать. У него нет друзей. Он практически ни с кем не общается, не откровенен с родителями, привык решать свои проблемы самостоятельно и никому не доверяет. Когда больно или страшно, он не плачет, а замыкается в себе.

Его ничего не интересует. Он равнодушен ко всему: к еде, учёбе, развлечениям, окружающим людям. Ему не хочется даже шалить. На вопросы он отвечает примерно так: «Мне всё равно»; «Нормально». Он может выполнять все просьбы взрослых, потому что своих желаний не имеет.

Он любит болеть и постоянно придумывает себе «страшные болезни». При этом намеренно демонстрирует: если родители рядом и усиленно его опекают, то ему легче. Старшие члены семьи постепенно привыкают к «надуманным» болезням и не обращают на них внимания. Вот тогда он пытается напугать взрослых. К сожалению, иногда «смерть понарошку» становится реальностью.

громы и молнии», не взывать к совести, а поддерживать, утешать, проявлять искреннее и заботливое участие. Другими словами, требуются холодный разум и горячее сердце, чтобы пробудить в несчастном человеке самосохранительные поведенческие и культурные матрицы, основанные на заповеди «не убивай».

Расскажу примечательный случай. У одной женщины в автокатастрофе трагически погиб молодой единственный сын. Безутешная мать не выдержала удара судьбы и любой ценой хотела вернуть усопшего или хотя бы видеть его. Это стало навязчивой идеей, чуть ли не помешательством. Внутренние терзания довели мать до психиатрической больницы, но и после лечения переживания остались. Несчастная потеряла смысл жизни и всё чаще задумывалась о самоубийстве. Надеюсь отправиться на «тот свет» и быть рядом с любимым мальчиком, она совершала такие попытки.

В очередной раз она попала по «скорой» в городскую клинику. В связи с обострением стенокардии из реанимации её перевели в терапевтическое отделение. Немного придя в себя, женщина твёрдо решила поставить в своей судьбе окончательную точку. Уговоры врачей и старания соседей по палате были безуспешны.

На виду у персонала и пациентов больная подбежала к окну, выбила стекло и... уже только одной рукой держалась за раму. Все и охнуть не успели. В этот момент по коридору проходила медсестра. «А ты всё равно своего сына не увидишь!» – громко крикнула она. «Это почему же?» – оторопела безумная. «Потому что самоубийцы идут в ад: сами выбраться оттуда не могут и других людей не видят. Но если ты здесь будешь молиться о своём сыне, то сможешь ему гораздо больше, а после смерти встретишь его».

В этот миг в душе несчастной матери что-то перевернулось. Она поняла, что своим отчаянным поступком не достигнет желаемой цели. И бессильно опустила на пол... Потом люди видели, как в церкви она заказывала панихиды.

«Жить или не жить» – вот в чём вопрос

Однажды автор этих строк консультировал пожилую женщину. Тринадцать лет назад она перестала чувствовать ноги и вскоре не могла передвигаться самостоятельно. Ей поставили диагноз «остеохондроз», но направив на дополнительное обследование и лечение. Больная обратилась к другим специалистам, которые диагностировали опухоль грудного отдела спинного мозга. После операции в Московском областном научно-исследовательском клиническом институте им. М.Ф.Владимирского в 1995 г. до-

Вот ответ, который был дан: «Скажу честно: никто не хотел бы оказаться в вашей ситуации. Но, как известно, даже из самого безнадежного положения есть минимум два выхода. Кстати, один вы назвали – эвтаназия. Это слово означает активное или пассивное самоубийство. Навязчивые мысли об эвтаназии внушают дух отчаяния, «дух отрицания и сомнения». А второй выход из создавшегося положения – духовно-психологическая терапия. Древняя мудрость гласит: «Если нельзя изменить ситуацию, то нужно изменить свое отношение к ней». Тогда будет легче, и откроется какая-то жизненная перспектива. Как это сделать? Необходимо осознать, что с нами ничего просто так не происходит. Болезнь – это сигнал бедствия, который внутренне «я» посылает через тело. О чём говорят болезни? О том, что наша жизненная миссия не завершена. Быть может, есть то, что ещё надо сделать на земле, в чем раскаяться, кого простить, с кем примириться. Задайте эти вопросы своей совести... Человек, не владеющий ногами, тем не менее способен творить добро».

Человеку нужен высший, конечный смысл жизни, а не только знание или ощущение конкретных близлежащих целей. По мнению выдающегося австрийского психолога и психиатра Виктора Франкла, большинство людей страдает потому, что не понимает глубокого смысла жизни. Когда этот глубокий жизненный смысл становится понятным, дела устраиваются правильно.

К сожалению, нередко бывает, что всё начинается с внутренней пустоты и скуки, а заканчивается личностным кризисом и самоубийством. Конечно, никакой общей для всех схемы движения «по нисходящей» начертать нельзя. Всё очень лично, индивидуально.

В каждом конкретном случае нужно тщательно разбираться, под влиянием каких мотивов и обстоятельств, «в здравом уме и ясной памяти» или нет, несчастный наложил на себя руки. Следует учитывать, насколько он был дееспособен, вменяем, в какой степени его сознание подверглось деформации, помрачению, не поддавался ли он сиюминутной слабости, аффекту. Вину самоубийцы нередко разделяют окружающие люди, оказавшиеся неспособными к действенному состраданию и даже подтолкнувшие к роковому шагу. Увы, мы знаем случаи доведения до суицида (дедовщина в армии, буллинг и пр.).

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

Уральский государственный медицинский университет. Профессор кафедры физической и реабилитационной медицины университета, главный специалист по медицинской реабилитации в Уральском федеральном округе Андрей Белкин заявил о том, что уральские врачи первыми в России разработали проект, который поможет реанимационным пациентам быстрее вернуться к жизни. В 12 больницах региона появятся отделения ранней реабилитации и мультидисциплинарные команды в составе 5-7 врачей. Приказ об этом уже опубликован на сайте свердловского Минздрава. Медики будут разрабатывать программу восстановления для каждого пациента, который находится в реанимации дольше 48 часов. Это снизит случаи инвалидности после серьёзных операций и болезней.

– Глобальная цель проекта – чтобы как можно быстрее человек смог уйти из реанимации «в жизнь» и освободил койку, – подчёркивает А.Белкин. – Чтобы у него не было осложнений, например, которые часто встречаются при постковиде: нарушение сна, снижения двигательных возможностей. Хочется, чтобы у пациентов потребность в реабилитации после реанимации была гораздо меньше. Зарубежные коллеги проводили исследования, наблюдали примерно за 15 тыс. пациентов, где благодаря ранней реабилитации время нахождения в реанимации уменьшилось на 1,5-2 дня, потребность в дальнейшей реабилитации тоже существенно снижается. Это даёт колоссальную экономию средств. В 40-й больнице Екатеринбург, к примеру, отделение ранней реабилитации уже показало свою эффективность. Медики больше года занимаются с ковидными больными и пациентами других отделений, которые попали в реанимацию. В мультидисциплинарную бригаду входят реабилитолог, клинический психолог, медицинский логопед, два методиста ЛФК и эрготерапевт.

– Свердловская область – родина российской методики ранней реабилитации в условиях реанимации, – напомнил А.Белкин. – Не так давно появились федеральные методические рекомендации Минздрава. В качестве образца нужен пилотный проект, работу которого можно проанализировать. Так как мы всегда были впереди по теме реабилитации и учили врачей-практиков,

В медицинских вузах страны

Не сопротивляться прогрессу

было решено внедрять это у нас. Первая бригада врачей уже прошла учёбу, у нас очередь на обучение москвичей, питерцев, пермяков. Для запуска проекта необходимо обучить 12 команд врачей. Этим занимается Клинический институт мозга.

На запуск отделений ранней реабилитации главным врачам больниц региона отпущено время до конца этого года, ведь для предметного начала работы нужны специально обученные медики, а также оборудование. На каждые 12 коек реанимации – своя бригада.

– Отмечу, что региональный Минздрав покупает оборудование по единой спецификации, и в течение года территориальный фонд ОМС оплачивает оказанную помощь, – пояснил профессор. – Оплачивает обучение наших врачей фонд Святой Екатерины. Работа бригады заключается в сохранении навыков пациента и освобождения его от искусственной вентиляции лёгких.

В течение ближайших лет такую систему должны ввести во всех больницах России, в которых есть реанимационное отделение. Это революционный шаг в развитии реабилитации в стране, который продлит жизни многих людей и сохранит качество их жизни после тяжёлых болезней.



Башкирский государственный медицинский университет.

Доцент кафедры внутренних болезней университета Светлана Пятницкая и ассистент кафедры фармакологии Кадрия Еникеева проходят стажировку в научно-исследовательском институте технологий здравоохранения при Технологическом университете им. Амира Кабира (Иран), который входит в ТОП-500 мировых институциональных рейтингов.

В программу стажировки включены ознакомление и практические эксперименты с клеточными культурами по определению токсичности новых составов, работа в биобанке, навыки использования аддитивных технологий, необходимых для реализации мегагранта.

– По итогам командировки полученный опыт в иранском вузе участники стажировки будут внедрять в работу лаборатории клеточных культур, биобанка, а также новой лаборатории ад-

дитивных технологий, – отметил ректор университета член-корреспондент РАН Валентин Павлов.

Программа стажировки реализуется в рамках Евразийского научно-образовательного центра мирового уровня. Продолжительность стажировки 45 дней.

Рязанский государственный медицинский университет им. И.П.Павлова.

Университет получил право на реализацию восьми новых образовательных программ подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальностям: трансфузиология, детская кардиология, детская эндокринология, гериатрия, диетология, мануальная терапия, рефлексотерапия, эндоскопия.

В феврале этого года соответствующая запись была внесена Федеральной службой по надзору в сфере образования и науки (Рособразование) в реестр лицензий на осуществление образовательной деятельности.

Данные программы ординатуры относятся к укрупнённой группе специальностей 31.00.00 «Клиническая медицина», имеющей на 01.03.2022 государственную аккредитацию, и, соответственно, получают бессрочную государственную аккредитацию согласно вступившим в силу изменениям в Федеральный закон № 273-ФЗ от 29.12.2012 «Об образовании».

Северный государственный медицинский университет.

В 2020 г. учёный совет университета принял решение о создании во дворе вуза памятника «Медикам военных лет Севера». В настоящее время художником и скульптором Сергеем Суюхиным уже подготовил его макет. Идёт работа по согласованию и заключению договора на изготовление памятника на заводе в Смоленске.

Волгоградский государственный медицинский университет.

Литературно-поэтическому клубу «Златоуст» студенческого совета вуза исполнилось 15 лет со дня основания. На первых порах членами клуба были только студенты. Однако уже в первый год существования «Златоуста» им заинтересовались и многие преподаватели. Постепенно клуб по своей сути стал городским, и с 2008 г. в его рядах на постоянной основе состязаются в литературном мастерстве не только студенты и преподаватели университета, но и школьники, и студенты других средних и высших учебных заведений города-героя.

У «Златоуста» есть все атрибуты самостоятельного подразделения студсовета ВолгГМУ: устав, герб, печать клуба, удостоверения. Студенческим советом запланирован выпуск книги-летописи, посвящённой пятнадцатилетней деятельности «Златоуста».

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

Первичное звено

Терапия черномбыльских окраин

Как укрепляется в условиях коронавируса Брянское здравоохранение

Пандемия пандемией, но в регионе не забывают и о других заболеваниях. Особенно в районах, которые были захвачены в своё время черномбыльским смерчем.

Так, на Брянщине в испытательном режиме запустили программу, которая позволяет расшифровывать кардиограммы, передающиеся из машин скорой помощи и фельдшерско-акушерских пунктов. Но основные денежные вложения идут в строительство и капитальный ремонт лечебных учреждений, оснащение их современной медицинской аппаратурой. Немало средств расходуется и на сокращение существующего пока дефицита медицинских кадров.

Строить и переоснащать

С прошлого года на Брянщине приступили к выполнению программы «Модернизация первичного звена здравоохранения области», в котором участвуют 22 медицинских учреждения. По ней уже израсходовано около миллиарда рублей из регионального и федерального бюджетов. В Новозыбковском районе, например, приобрели для центральной больницы рентгеновский томограф, и с помощью новой техники уже обследовано немало пациентов. Отделение же реанимации оснастили

тремя аппаратами искусственной вентиляции лёгких.

Теперь уже никто не говорит и о закрытии фельдшерско-акушерских пунктов. Напротив, им теперь уделяют всё большее внимание. Так, в селе Сосновка Выгоничского района, в котором проживают около полутысячи человек, построили современный ФАП.

– Что было и что есть – просто небо и земля, – сказали здесь корреспонденту «МГ». – В прежнем ветхом здании, самый вид которого наводил уныние, не закрывались двери, крошились под ногами прогнившие полы, буквально на

честном слове держалась электропроводка... Вряд ли был смысл как-то латать эту древнюю избушку.

Теперь заведующая Айман Шарафутдинова не нарадуется переменам. ФАП располагает современным электрокардиографом и другой медицинской техникой, хорошо оборудован процедурный кабинет. Так что на 150 м² удобно и медикам, и пациентам. Ещё капитально отремонтировали два ФАПа в сёлах Селечня и Негино Суземского района, будет здесь и новое медицинское оборудование.

По этой же программе «Модернизация первичного звена здравоохранения Брянской области» оснастили новой акушерской техникой родильное отделение Брасовской центральной районной больницы, также и хирургическое отделение. Теперь здесь есть рентгеновский цифровой диагностический комплекс и цифровое флюорографическое оборудование. Разительные перемены произошли и в других медицинских учреждениях.

Всего за последние годы в регионе приобрели 15 компьютерных томографов и несколько аппаратов магнитно-резонансной томографии, установили в медицинских учреждениях около 200 аппаратов искусственной вентиляции лёгких. Забегали по дорогам Брянской черномбыльской глубинки новые санитарные автомобили.

Добро пожаловать!

А по программе «Земский доктор» приступили к работе в поликлиниках и больницах лишь в минувшем году около 30 докторов. В соответствии с решениями, которые приняты областными властями, врачи тут же получают единовременное пособие в размере миллиона рублей. Им выделяют благоустроенные квартиры. Причём жилая площадь варьируется в зависимости от количества детей. За несколько лет за счёт областной казны медицинским работникам выделено около 250 квартир. В Клетнянскую районную больницу

пришли, например, Владислав и Кристина Ломакны. В Клетне им выдали по 1,5 млн руб., предоставили квартиру. Молодая пара смогла даже приобрести автомобиль. Как говорится, слухами земля полнится. Поэтому о существующей Брянской программе быстро узнают и в соседних регионах и даже за их пределами.

Например, в Клинцовскую городскую больницу приехали, прослышав о благах, которые существуют в «медвежьих уголках», молодые доктора даже из Кабардино-Балкарии и Северной Осетии. Так из Новокузнецка с женой и двумя детьми переехал Адам Акиев. И семья получила тут квартиру. Всего же на финансирование жилищной программы за истекшие годы из областной казны было выделено около миллиарда рублей, а единовременные компенсационные выплаты получили более 350 докторов и фельдшеров. По данным, которые недавно озвучили в областной Думе, в регионе уже закрыто почти 90% врачебных вакансий.

Словом, и в условиях пандемии Брянское здравоохранение всё здоровеет.

Василий ШПАЧКОВ,
соб. корр. «МГ».

Брянская область.

ОТЧЁТ
об итогах голосования на внеочередном общем собрании акционеров
Открытого акционерного общества «Научно-производственное
объединение «Экран»

Полное фирменное наименование общества: Открытое акционерное общество «Научно-производственное объединение «Экран» (далее также «Общество»).

Место нахождения Общества: 129301, г. Москва, ул. Касаткина, дом 3.

Вид общего собрания: внеочередное.

Форма проведения общего собрания: заочное голосование.

Дата определения (фиксации) лиц, имевших право на участие в общем собрании: 4 марта 2022 года.

Дата проведения общего собрания (дата окончания приёма бюллетеней для голосования): 28 марта 2022 года.

Дата составления протокола общего собрания: 31 марта 2022 года.

Почтовый адрес, по которому направлялись заполненные бюллетени для голосования: 129301, г. Москва, ул. Касаткина, дом 3.

Уставный капитал Открытого акционерного общества «Научно-производственное объединение «Экран» составляет 1 111 450 рублей. Он состоит из 111 145 обыкновенных именных акций номинальной стоимостью 10 рублей.

Согласно пункту 1 статьи 58 Федерального закона «Об акционерных обществах» общее собрание акционеров правомочно (имеет кворум), если в нём приняли участие акционеры, обладающие в совокупности более чем половиной голосов размещённых голосующих акций. Число голосов, необходимое для достижения кворума, составляет 55 573 голоса.

Председатель собрания – Садретдинов И.М.

Секретарь собрания – Зарипов Р.М.

Повестка дня:

1. Об избрании председательствующего и секретаря на внеочередном общем собрании акционеров Общества.
2. Утверждение Устава Общества.
3. Досрочное прекращение полномочий Генерального директора Общества.
4. Избрание Генерального директора Общества.

Вопрос 1. Об избрании председательствующего и секретаря на внеочередном общем собрании акционеров ОАО «НПО «Экран».

Формулировка решения по первому вопросу повестки дня, поставленному на голосование: «Избрать председательствующим на внеочередном общем собрании акционеров Открытого акционерного общества «Научно-производственное объединение «Экран» Садретдинова Ильдара Махияновича. Избрать секретарём внеочередного общего собрания акционеров Открытого акционерного общества «Научно-производственное объединение «Экран» Зарипова Рифката Мизгатовича».

Результаты голосования:

Число голосов, которыми обладали лица, включённые в список лиц, имевших право на участие в общем собрании, по данному вопросу повестки дня общего собрания	111 145
Число голосов, приходившихся на голосующие акции общества по данному вопросу повестки дня общего собрания, определённое с учётом положений пункта 4.24 Положения	111 145
Число голосов, которыми обладали лица, принявшие участие в общем собрании, по данному вопросу повестки дня общего собрания	90 695
КВОРУМ по данному вопросу повестки дня имелся	81.600612%

Варианты голосования	Число голосов, отданных за каждый из вариантов голосования	% от принявших участие в собрании
«ЗА»	68 370	75.384531
«ПРОТИВ»	65	0.071669
«ВОЗДЕРЖАЛСЯ»	22 260	24.543800
Число голосов, которые не подсчитывались в связи с признанием бюллетеней недействительными или по иным основаниям, предусмотренным Положением		
«Недействительные»	0	0.000000
«По иным основаниям»	0	0.000000
ИТОГО:	90 695	100.000000

Принятое решение по первому вопросу повестки дня:

«Избрать председательствующим на внеочередном общем собрании акционеров Открытого акционерного общества «Научно-производственное объединение «Экран» Садретдинова Ильдара Махияновича. Избрать секретарём внеочередного общего собрания акционеров Открытого акционерного общества «Научно-производственное объединение «Экран» Зарипова Рифката Мизгатовича».

Вопрос 2. Утверждение Устава Общества.

Формулировка решения по второму вопросу повестки дня, поставленному на голосование: «Утвердить Устав Общества».

Результаты голосования:

Число голосов, которыми обладали лица, включённые в список лиц, имевших право на участие в общем собрании, по данному вопросу повестки дня общего собрания	111 145
Число голосов, приходившихся на голосующие акции общества по данному вопросу повестки дня общего собрания, определённое с учётом положений пункта 4.24 Положения	111 145
Число голосов, которыми обладали лица, принявшие участие в общем собрании, по данному вопросу повестки дня общего собрания	90 695
КВОРУМ по данному вопросу повестки дня имелся	81.600612%

Акценты

Более половины россиян имеют повышенный уровень холестерина. Об этом заявил заведующий отделом клинической кардиологии НИИ комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний профессор Василий Кашталап.

«Дислипидемия является самым распространённым фактором

«Хомо холестерингус»

риска развития сердечно-сосудистых заболеваний. В связи с плохим контролем дислипидемии в нашей стране уровень смертности от заболеваний систем кровообращения многократно

опережает уровень заболеваемости в Европе и США», – отметил специалист.

По его словам, снижение уровня холестерина в крови сопровождается снижением относительного

риска крупных коронарных событий на 23% и сердечно-сосудистых на 21%.

«Первое, что требуется сделать, оценить индивидуальный сердечно-сосудистый риск у пациентов с

дислипидемией, особенно у пациентов старше 75 лет, – подчеркнул кардиолог. – Зачастую у каждого такого пациента есть сердечно-сосудистое заболевание. Оценка риска необходима для определения целей и возможностей дальнейшего медикаментозного воздействия. Чем выше риск, тем интенсивнее вмешательство».

Сергей НИКОЛЬСКИЙ.

Варианты голосования	Число голосов, отданных за каждый из вариантов голосования	% от принявших участие в собрании
«ЗА»	68 430	75.450686
«ПРОТИВ»	22 235	24.516236
«ВОЗДЕРЖАЛСЯ»	30	0.033078
Число голосов, которые не подсчитывались в связи с признанием бюллетеней недействительными или по иным основаниям, предусмотренным Положением		
«Недействительные»	0	0.000000
«По иным основаниям»	0	0.000000
ИТОГО:	90 695	100.000000

Принятое решение по второму вопросу повестки дня:

«Утвердить Устав Общества».

Вопрос 3. Досрочное прекращение полномочий Генерального директора Общества.

Формулировка решения по третьему вопросу повестки дня, поставленному на голосование: «Досрочно прекратить полномочия Генерального директора Общества Зарипова Рифката Мизгатовича 28 марта 2022 года».

Результаты голосования:

Число голосов, которыми обладали лица, включённые в список лиц, имевших право на участие в общем собрании, по данному вопросу повестки дня общего собрания	111 145
Число голосов, приходившихся на голосующие акции общества по данному вопросу повестки дня общего собрания, определённое с учётом положений пункта 4.24 Положения	111 145
Число голосов, которыми обладали лица, принявшие участие в общем собрании, по данному вопросу повестки дня общего собрания	90 695
КВОРУМ по данному вопросу повестки дня имелся	81.600612%

Варианты голосования	Число голосов, отданных за каждый из вариантов голосования	% от принявших участие в собрании
«ЗА»	225	0.248084
«ПРОТИВ»	90 440	99.718838
«ВОЗДЕРЖАЛСЯ»	30	0.033078
Число голосов, которые не подсчитывались в связи с признанием бюллетеней недействительными или по иным основаниям, предусмотренным Положением		
«Недействительные»	0	0.000000
«По иным основаниям»	0	0.000000
ИТОГО:	90 695	100.000000

РЕШЕНИЕ:

Досрочно прекратить полномочия Генерального директора Общества Зарипова Рифката Мизгатовича 28 марта 2022 года.

РЕШЕНИЕ НЕ ПРИНЯТО

Вопрос 4. Избрание Генерального директора Общества.

Формулировка решения по третьему вопросу повестки дня, поставленному на голосование: «Избрать Генеральным директором Общества Бочкова Виталия Александровича с 29 марта 2022 года».

Число голосов, которыми обладали лица, включённые в список лиц, имевших право на участие в общем собрании, по данному вопросу повестки дня общего собрания	111 145
Число голосов, приходившихся на голосующие акции общества по данному вопросу повестки дня общего собрания, определённое с учётом положений пункта 4.24 Положения	111 145
Число голосов, которыми обладали лица, принявшие участие в общем собрании, по данному вопросу повестки дня общего собрания	90 695
КВОРУМ по данному вопросу повестки дня имелся	81.600612%

Варианты голосования	Число голосов, отданных за каждый из вариантов голосования	% от принявших участие в собрании
«ЗА»	220	0.242571
«ПРОТИВ»	90 445	99.724351
«ВОЗДЕРЖАЛСЯ»	30	0.033078
Число голосов, которые не подсчитывались в связи с признанием бюллетеней недействительными или по иным основаниям, предусмотренным Положением		
«Недействительные»	0	0.000000
«По иным основаниям»	0	0.000000
ИТОГО:	90 695	100.000000

РЕШЕНИЕ:

Избрать Генеральным директором Общества Бочкова Виталия Александровича с 29 марта 2022 года.

РЕШЕНИЕ НЕ ПРИНЯТО

Председатель собрания _____ /И.М. Садретдинов/

Секретарь собрания _____ /Р.М. Зарипов/

Гипотезы

Генотерапия врождённых заболеваний

Мышца сокращается благодаря актомиозину, или взаимодействию белков актина (его волокна участвуют в образовании цитоскелета, удерживающего форму клетки), вдоль которого «скользят» головки мышечного миозина. Головки имеют ферментную функцию АТФазы, расщепляющей АТФ, в результате чего выделяется энергия для сокращения. Помимо этих двух основных протеинов в организации мышечных волокон участвуют белки TLN – талин и TPM, или тропомиозин с небольшой добавкой актинина.

В Питтсбургском университете показали, что мутация в гене TPM может быть не только доминантной, но и летальной для развивающегося сердца зародыша (CR). Проявляется она в формировании дефекта перегородки, который кардиохирургам приходится зашивать чуть ли не в утробе матери. Наблюдение было сделано на примере восьми человек, в семье которых на протяжении пяти поколений рождались дети с большим дефектом перегородки предсердий (ASD – Atrial Septal Defect). У мышей мутация TPM ведёт к летальности развивающихся зародышей вследствие нарушения структуры миофибрилл, ведущего к отсутствию сердечбиений.

Однако у людей мутация компенсируется активностью цитоске-

летного талина, связывающегося с актином. Авторы с помощью ген-редактирования «включили» в кардиомиоцитах (клетках сердечной мышцы) гены TLN и TPM, в результате чего получили у мышей нормальное сердцебиение при наличии у приближающихся к рождению мышат с ASD. Таким образом, пришли к выводу учёные, TLN является протектором эмбрионального развития ткани сердца, которое когда-то было трёхкамерным. А вообще в Институте сердечных исследований Нью-Йорка насчитывают 162 гена, отвечающих за нормальное развитие сердца и сосудов. Его сотрудники обследовали 600 человек с болезнью коронарных сосудов сердца и 150 здоровых. Благодаря этому они выявили роль ведущего гена PNACTR, кодирующего синтез фермента фосфатазы, регулирующей функцию актина (Circualtion). Как говорится, что и требовалось доказать.

Ещё одним «контролёром» развития сердечной ткани является ген PRDM, представляющий собой ген эпигенетической модификации. Эпигенетика меняет активность генов, не меняя их нуклеотидные «тексты», то есть она не связана напрямую с мутациями. Обычно речь идёт о метилировании, или присоединении метильных групп –СНз к ДНК или гистонам нуклеосом (последние представляют собой

белковые шпильки, на которые навита ДНК). Протеин PRDM является метилтрансферазой, переносящей –СНз на гистон и отличается тем, что определяет судьбу будущих сердечных клеток на самом раннем этапе развития зародыша, когда только-только сформировалась нервная трубка. В ряду генных мишеней фермента можно видеть ген Wnt, мутации которого ведут к появлению бескрылых дрозофил (wingless, откуда его название), и Sox, входящий в квартал генов, с помощью которых из фибробластов кожи получают клетки, по своим свойствам близкие к эмбриональным стволовым.

Выключение гена PRDM ведёт к нарушению перехода от зародышевого развития к «взрослому» и как следствие миграции эмбриональных клеток из нервной трубки. На молекулярном уровне речь идёт о снижении уровня метилирования эмбриональных генов и прекращении клеточной миграции. На основе данных определения информационных РНК в отдельных клетках авторы сделали вывод о том, что PRDM является ключевым регулятором развития и дифференцировки кардиомиоцитов при развитии зародыша. Они надеются, что со временем ген можно будет использовать в генотерапии врождённых заболеваний сердца и сосудов.

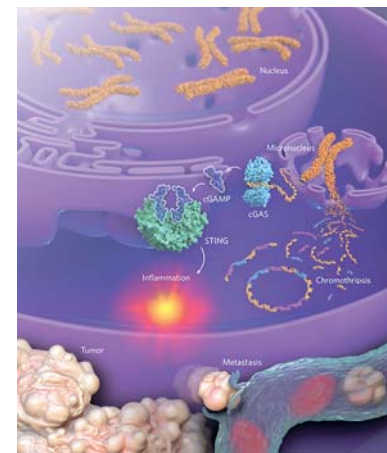
Исследования

Вот уже более двух веков идёт нескончаемый спор энвайронменталистов, ратующих за воздействие среды, и тех учёных, кто видит «корень зла» в генах. Оно и понятно, если учесть, что ещё в позапрошлом веке врачи обратили внимание на изменения губ у курильщиков трубок и кожи у трубочистов. Наблюдения были подкреплены опытами, в ходе которых каменноугольная смола вызвала клеточные разрастания у мышей, потом были открыты вирусы (первый у кур П.Раусом, за что он получил Нобелевскую премию через... 55 лет после открытия), перед ними пагубное действие рентгена, а затем радиоактивного облучения...

В чём «корень зла»?

После 1953 г., когда Ф.Крик и Дж.Уотсон представили в Nature двучепочную структуру ДНК-спирали, стало ясно, что искать причину клеточных изменений надо в ней. Правда после «прочтения» генома человека выяснилось, что генов, то есть участков ДНК, кодирующих синтез белков, по сравнению с размером генома очень мало. Дело в том, что большую его часть занимают ретровирусы, «оставшиеся» после многочисленных инфекций (например, ВИЧ копирует ДНК на матрице своей РНК, после чего копия интегрируется в клеточный геном), а также транспозоны – участки, меняющие своё положение. По мнению некоторых учёных транспозоны вообще отвечают за развитие жизни на Земле, определяя жизнь и смерть видов животных и растений, а также человеческие расы. Транспозоны случайно могут «внедриться» – стать инсерцией – во вполне нормальный ген, и в качестве примера обычно приводят ген синтеза меланина. Во времена Промышленной революции такая инсерция привела к увеличению активности меланинового гена, в результате чего бабочки почернели (то же может приводить и к меланоме). Тот же журнал, ссылаясь на NI обращал внимание на «странные ДНК-структуры» в виде счетверённых квадруплексов ДНК в виде квадратов, которые также связаны с нарушением развития В-лимфоцитов (и возникновением лимфомы).

В норме клеточные процессы, и в том числе деление, находятся под строгим иммунным надзором, конечным элементом которого являются Т-лимфоциты (цитотоксические и натуральные киллеры, которые иногда объединяют). Nature представлял статью из Мичиганского университета в городе Энн-Арбор, специалисты которого сообщали, что лимфоциты CD8+ играют важную роль в иммунотерапии, действуя на изменённые клетки с помощью своего белка перфорина, делающего в мембране перфорации. Помимо этого, они выделяют интерферон-гамма, действие которого вызывает окисление липидов и образование кислородных радикалов, что ведёт к клеточной смерти. В марте 2022 г. Scientist писал о том же интерфероне и микронуклеусах, возникающих в клетках при фрагментации хромосом. Из микронуклеусов выходят в цитоплазму фрагменты ДНК и кольца, появление которых сигнализируют о трансформации клеток. При этом нарушается расхождение хромосом, что ведёт к анеуплоидии (нарушению их числа-плоидности), разрывам хромосом и активации ферментов. Один из них синтезирует циклический гуанозинмонофосфат cGMP (гуанозин является одной из «букв» ген-кода), который включает STING, или ген стимулятора интерферона гамма. Появление в среде интерферона «разжигает» воспаление, которое в своей хронической форме также поддерживает перерождение клеток. Неудивительно, что у курильщиков на фоне воспаления развиваются нежелательные про-



Справа и ниже ядра показан микронуклеус, из которого выходят фрагменты ДНК и ее кольцо-ring и циклический гуанозинмонофосфат (cGMP), «включающий» ген стимулятора интерферона (STING), который вызывает воспаление-Inflammation; справа внизу показан «выход» метастаза из сосуда Scientist

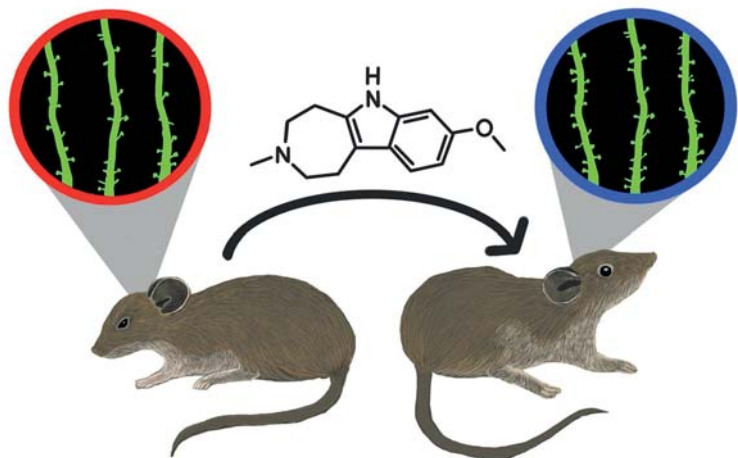
цессы в лёгких и желудке, за которыми следует двенадцатиперстная кишка, в которую открываются протоки поджелудочной железы и желчного пузыря.

В слизи последнего имеются клеточные сенсоры состояния среды в виде групп клеток. На них обратили внимание специалисты Калифорнийского университета. Эти клетки, которые здесь «подсветили» с помощью флуоресцентного протеина, реагируют на сигналы, поступающие от пищи, а также кишечной микрофлоры, и способны активировать гены воспаления со всеми вытекающими из этого последствиями. Одним из представителей последней является геликобактер (H.pylori), названный так за извитость его клетки. Журнал Gastroenterology представил данные сотрудников Университета Вандербилта, связавших гены человека с инфекцией геликобактером, присутствия которого увеличивает риск рака.

Авторы проанализировали результаты 57 исследований, проведённых в 11 странах, показав, что неуспех лечения от бактерии кларитромицином (Clarithromycin) связан с недостаточной активностью гена одного из интерлейкинов (IL). Последние, как известно, представляют собой белки «связи» между иммунными лейкоцитами крови (они стали широко известны в связи с иммунным шоком у людей с COVID). Накопление другого IL свидетельствует о развитии токсического стресса, который также может вести к клеточной трансформации (SI). Кишечному воспалению способствует и внутриклеточная (цитозольная) репликация в цитоплазматических вакуолях клеток сальмонеллы (S.typhimurium). В норме это размножение ограничивают так называемые летальные биосенсоры клеток энтероцита, что доказано на мышиной модели инфекции (CHM). Всё перечисленное свидетельствует о высокой степени сложности проблемы возникновения и роста опухолей.

Взгляд

Плащ и кинжал



Ибогаин стимулирует формирование синаптических «шипов»-spines (слева мышь в «депрессии»)

Выражение «рыцари плаща и кинжала» – Dagger and Cloak – было весьма популярно в разного рода описаниях шпионов – актеров специальных операций. Врачам же, особенно хирургам, и по сей день приходится часто иметь дело с колото-резаными ранами.

В первом случае они обычно для «сведения» краёв раны накладывают стальные скрепки, во втором же дело осложняется больше глубиной повреждения не только кожи, но и подлежащих тканей. Но в обоих видах ран помимо повреждения слоёв эпидермиса и дермы дефект затрагивает и не клеточный волокнистый матрикс, или подложку, по которой осуществляется «трафик» здоровых эпителиальных клеток с периферии, роль которых неопределима для восстановления целостности покровов. Миграция способствует белок матрикса агрин (Agrin), представляющий собой сенсор присутствия ме-

таллов и являющийся к тому же металлопротеиназой. Известно, что металлопротеиназы клеточной подложки необходимы для расщепления её протеинов, чему способствуют ионы металлов в их структуре. Недостаточность миграции ведёт к разрастанию потомства фибробластов, в результате чего образуются неэстетичные шрамы и рубцы, которые к тому же и менее эластичны. С целью стимуляции заживления ран и предупреждения воспаления хирурги используют различные повязки и кроющие наклейки, что далеко не всегда решает возникающие проблемы.

С целью их преодоления специалисты Сычуаньского университета (Китай) предложили разработанный ими электро-механический покровный материал, синергически сочетающий в себе программируемость и активацию за счёт кожного тепла (skin temperature activation electromechanical dressing). Опи-

сание созданного ими гибкого материала они представили в одном научном журнале. Под его синергией они подразумевают гибкость и «запоминание» формы, а также электромеханические свойства, придаваемые «электретным» (electret) тонкоплёночным материалом (thin film), который после стимуляции кожным теплом начинает генерировать электрическое поле. Материал сплава, обладающего памятью, сохраняющий приданную ему форму, показал себя с самой лучшей стороны при лечении экспериментальных колото-резаных ран у крыс. На заживление первых уходило чуть больше недели (8 дней), а вторых – всего 4 дня. «Рейтинг» закрытия ран по сравнению с контрольными животными повышался на 50%, при этом материал как бы «регулировал» раневое микроокружение. Этим самым усиливался метаболизм в ранах и подавлялось развитие раневой инфекции.

Ранения сопровождаются болью, для облегчения которых пострадавшие просят сделать им «укол». Но проблема состоит в быстром привыкании к действию обезболивающих и возможном развитии зависимости. Поэтому неудивительно, что на протяжении века ведутся интенсивные поиски новых средств для снятия боли. Одним из них стал ибогаин (Ibo-gain), являющийся алкалоидом африканского кустарника, аналог которого табернаталог (Tabernanthalol – TBG) восстанавливает в эксперименте функциональность нейросетей при стрессах. В 2020 г. на основе ибогаина был создан аналог TBG, а через год в Шанхайском техническом университете – психоделические негаллюциногенные аналоги. Их создатели показали у мышей, что по крайней мере один из аналогов со структурой, напоминающей известное антипсихотическое средство (Lumateperon), может терапевтический эффект и у людей.

Игорь ЛАЛЯЯНЦ,
кандидат биологических наук.

По материалам Nature, Scientist, Cell Host & Microbe Gastroenterology, Nature Immunology, Science Immunology, Scientist, Molecular Psychiatry, Science, Science Advances, Cell Reports, J of Clinical Investigations.

Имена и судьбы

Пионер экстракорпорального оплодотворения

Невыдуманная история забытой сенсации

В 2010 г. британскому учёному Роберту Эдвардсу присуждена Нобелевская премия в области физиологии и медицины за разработку технологии экстракорпорального оплодотворения (ЭКО, или вспомогательные репродуктивные технологии – ВРТ). Первые полосы мировых газет пестрили заголовками о том, что учёный совершил переворот и открыл новую эру в лечении бесплодия в медицине. Но мало кто знает, что фундаментальные исследования, которые положили начало ВРТ, проведены в Крымском медицинском институте (КМИ) задолго до того, как Р.Эдвардс в 1969 г. приступил к своим исследованиям в Великобритании. Советские учёные ещё в 1955-1966 гг. провели успешные серии уникальных экспериментов и исследования оплодотворения яйцеклетки человека вне организма, опередив своё время и во многом предвосхитив будущее медицины.

Наука и жизнь

Эта история берёт своё начало в 1940 г., когда кафедру гистологии и эмбриологии Крымского медицинского института возглавлял видный эмбриолог Советского Союза, профессор Борис Хватов (1902-1975). В начале 1950-х годов он пришёл к твёрдому убеждению о возможности оплодотворения яйцеклетки вне организма (in vitro). Работать в этом направлении в 1953 г. он поручил аспиранту Григорию Петрову (1926-1997), поставив задачу «изучить процесс оплодотворения и дробления яйцеклетки вне организма млекопитающих, а если получится, то и у человека». После успешных экспериментов у млекопитающих Г.Петров в 1955 г. начал работу с человеческими яйцеклетками. Когда в клинике планировали хирургические вмешательства с удалением придатков матки (на 13-15-й день менструального цикла), он шёл на операцию, где ему передавали яичники. В результате удалось получить 50 ооцитов. Помогал в этом доцент кафедры акушерства и гинекологии Исаак Брусиловский (1912-1985).

В мире на тот период (1955) было всего две статьи на эту тему: в 1948 г. первая в мире работа Мириам Менкин (урождённая и подданная Российской империи Мария Фридман – родилась в 1901 г. в Риге, до революции эмигрировала с родителями в США) и Джона Рока. Оплодотворив человеческую яйцеклетку в «пробирке» после 6 лет кропотливой работы, они однажды получили двухклеточный эмбрион. Но, к сожалению, исследования в дальнейшем не были продолжены. В 1955 г. Б.Шеттлз, описал оплодотворение и дробление яйцеклетки человека in vitro до стадии морулы по методу М.Менкин и Д.Рока.

В том же году была опубликована статья Г.Петрова «К вопросу об оплодотворении и дроблении яйцевой клетки человека», в 1958 г. в журнале «Архив анатомии, гистологии и эмбриологии» вышла в свет его статья «Оплодотворение и первые стадии дробления яйцеклетки человека вне организма». Итоги исследований учёный подвёл в 1959 г. в кандидатской диссертации «Процесс оплодотворения яйцеклеток некоторых млекопитающих животных и человека». Всего учёным с 1955-1966 гг. опубликовано 8 статей на эту тему.

В 1962 г. Г.Петров выступил в Академии наук Грузинской ССР с докладом на тему: «Процесс оплодотворения яйцеклеток млекопитающих животных и человека вне организма». Эффект от доклада был сравним разве что с

разорвавшейся бомбой. В выпуске из протокола № 47 от 29 января 1962 г. написано следующее: «...Данная работа имеет большое практическое и, несомненно, теоретическое значение. Факты, приведённые автором, считать достоверными... По мнению специалистов, данная работа заслуживает исключительного внимания и необходимо продолжение расширенных исследований в этом направлении».

В 1962 г. в научно-популярном журнале «Наука и жизнь» профессор Б.Хватов в статье «Эмбриология – медицине» впервые в мире описал технологию ЭКО: «Мы поставили своей ближайшей целью разработать методику пересадки 3-4-дневного яйца, оплодотворённого вне организма, в матку женщины, страдающей бесплодием. Яйцеклетка, необходимая для оплодотворения вне организма, может братья у женщины, в матку которой она будет затем пересажена...». В то время подобное могло звучать разве что в научной фантастике, а в Крыму было реальностью. Это было логическим продолжением работ по исследованию оплодотворения яйцеклетки человека вне организма, сегодня известное как ЭКО или ВРТ. На кафедру приходили письма с просьбой о помощи в лечении бесплодия от супружеских пар: «Можете ли вы перенести в мой организм зародыша, полученного вне организма? Если вам этого ещё не приходилось делать, то я согласна, чтобы вы испытали это на мне первой» (1962).

В статье 30.09.1962 в областной газете «Крымская правда» (Симферополь) в статье «Пусть к ним прилетит счастье» журналист описал технологию ЭКО: «Б.П.Хватов предполагает оперативным путём извлечь из яичника созревшее яйцо, оплодотворить его вне организма и после нескольких, соответствующих времени, которое оплодотворённое яйцо пребывает в трубах, дней развития поместить его в матку, уже готовую к прикреплению зародыша. Далее развитие плода пойдёт обычным, вполне естественным путём».

В 1962 г. выходит статья Г.Петрова и соавт. «Явления денудации при оплодотворении яйцеклеток у некоторых млекопитающих и человека». Она показала науке миру необходимость «освобождения» денудации яйцеклетки от согона radiata (это клетки, которые окружают яйцеклетку и выполняют важную функцию в развитии последней в фолликуле, в природе они подвергаются лизису за счёт выброса огромным количеством сперматозоидов фермента гиалуронидазы, который их растворяет, в результате чего у одного сперматозоида появляется возможность оплодотворить яйцеклетку).

В 1966 г. Г.Петров выступает с докладом на VII Всесоюзном съезде гистологов и эмбриологов и делает сенсационное заключение: «Данные об оплодотворении и дроблении яйцеклеток в искусственных условиях говорят о возможности успешной трансплантации зародышей в матку после их культивирования в течение 2-3 дней вне организма». Такие исследования невозможно было сделать, не получив ранее по-

ложительные результаты. Работы наших соотечественников показали, что оплодотворение яйцеклеток вне организма и перенос эмбриона в матку – это реальность, которая может помочь в лечении бесплодия в супружестве.

Прерванный полёт

Почему исследования в области ЭКО были прерваны и не достигли логического конца?

Обратимся к воспоминаниям очевидцев. В 2011 г. в журнале «Асклепий» (историко-медицинский журнал Крымской медицинской академии) появилась статья профессоров А.Брусиловского и Б.Троценко «Вклад Крымской эмбриологической школы в создании ЭКО». Вот что они пишут: «Б.Хватов, Г.Петров и И.Брусиловский на свой страх и риск предприняли попытку переноса оплодотворённой яйцеклетки в организм женщины... Беременность состоялась, продлилась до 13 недель, но, увы, закончилась выкидышем... Произошла утечка информации (не обошлось без «человеческого фактора» и особенностей межличностных отношений). Развился скандал: «опыты на людях!» [...] Дело замяли, опыты прекратили. Борис Павлович – мудрец! сказал тогда нам, юнцам: «От меня не убудет, а у вас всё впереди – не хочу вам коверкать судьбы...». И работы остановили с человеческими ооцитами, а остались исследования только у млекопитающих».

В 2015 г. автор этой статьи встречался с профессором Борисом Троценко на кафедре гистологии Крымского мединститута в его маленьком кабинете. «Работа Г.Петрова была прорывной и это не всем нравилось. Исследования оплодотворения яйцеклетки человека вне организма и перенос эмбрионов в полость матки, а также материалы в газете «Крымская правда» были представлены в Крымский обком партии как эксперименты над советскими женщинами. Работы на кафедре гистологии постепенно были прекращены, и Г.Петров вынужден был искать работу, институт не предоставил ни работы, ни места жительства», – рассказал Троценко. Были предложения из Тбилиси, Новосибирска, Обнинска, но к работе Петров так и не приступил по независящим от него причинам. Например, в Тбилиси его пригласил профессор И.Жордания, главный акушер-гинеколог Красной армии в ВОВ, директор Научно-исследовательского института физиологии и патологии женщины. Переезд Г.Петрова должен был состояться в сентябре, но 20 августа 1962 г. возвращавшийся с международного конгресса акушеров-гинекологов в Бразилии профессор И.Жордания трагически погиб во время крушения авиалайнера над океаном.

Он вынужден был уйти с кафедры гистологии. Выдающийся эмбриолог стал ассистентом, а позже доцентом кафедры нормальной анатомии. Двадцать лет Григорий Николаевич преподавал студентам анатомию и



создал анатомический музей, который и по сей день считается уникальным. «По достижении возраста 60 лет учёный был отправлен на пенсию. Её размер был 58 гривен. Чтобы выжить, Г.Петров был вынужден продавать личные вещи, а чтобы как-то отвлечься от горьких мыслей, занялся садоводством. Его дачный участок приобрёл идеальные очертания, как и всё, к чему прикасались его гениальные руки. До конца дней он сохранил горький осадок, когда вспоминал о работе на научной ниве в родном институте. Иногда смахивал навернувшуюся слезу. «И всё чаще хватался за сердце» – читаем в «Научной биографии Г.Н.Петрова», датированной 1997-м годом и хранящейся на кафедре нормальной анатомии Крымского мединститута. Признание в родном институте пришло к нему 6 марта 1997 г. на расширенном учёном совете института, где ему вручили памятный знак «За личный вклад в развитие экстракорпорального оплодотворения в России». Григорий Николаевич, тогда сказал: «Я счастлив, что дожил до этих дней, когда вспомнили о моих исследованиях. Думал, что это случится только после моей смерти». Дочь учёного вспоминала: «После награждения отец был чрезвычайно растроган. Он очень глубоко переживал это признание... Всю жизнь этого ждал. И дождался. За 11 дней до смерти». 18 марта 1997 г. Григорий Николаевич не стало. Газета «Медицинский вестник» (Крымский медицинский институт, № 5, 1997) тогда писала: «Здесь соседи (по даче) кстати, и не подозревали, что «знатный агроном», научившийся выращивать самые крупные и вкусные овощи и фрукты, на самом деле – учёный-медик и к сельскому хозяйству имеет отношение только потому, что на мизерную, нищенскую пенсию ему не выжить. Вот результат равнодушия к судьбе талантливого человека, чьим научным открытием страна могла бы гордиться. С Григорием Николаевичем прощались на кафедре. Студенты первокурсники никак не могли понять, почему безвестному доценту посмертно отдают такие почести. Прощайте Григорий Николаевич, и простите всех, кто был к вам несправедлив».

Международное признание

Когда в 2013 г. автор статьи показал исследования Г.Петрова профессору Бруно Люненфельду (выдающемуся учёному, чьи работы позволили создать менопаузальные гонадотропины в начале 1960-х годов, без стимуляции которыми ни одна программа ЭКО не может быть выполнена) из Израиля, он поставил Петрова в ряд первооткрывателей технологии ЭКО: «...Григорий Петров в 1955 г. является пионером в культивировании эмбрионов в течение двух-трех дней вне организма и успешного переноса в полость матки».

Только в 2016 г. Российская ассоциация репродукции человека официально признала исследования его в области ЭКО: «Крымский учёный Григорий Петров впервые в мире провёл искусственное оплодотворение. Симферополец на 13 лет опередил британца Р.Эдвардса, получившего за своё открытие Нобелевскую премию. А у нас, как водится, доктора Петрова благополучно забыли...».

Окончательно международное признание исследований оплодотворения яйцеклетки человека in vitro группы советских учёных из Крымского медицинского института (Г.Петрова, Б.Хватова, И.Брусиловского) пришло с выходом монографии «In vitro Fertilization: The Pioneers' History» («ЭКО: история пионеров») (Cambridge University Press, 2018). Отдельная глава посвящена исследованиям ЭКО в СССР, среди которых первое место занимают вышеупомянутые работы Г.Петрова. Это факт полного признания исследований нашего соотечественника в области ВРТ международным сообществом.

И наверное, самое главное в этой истории. Ещё одно признание Григория Николаевича на международном уровне, как это ни покажется удивительным, произошло 7 декабря 2010 г. в Стокгольме, на церемонии награждения Нобелевской премией британца Роберта Эдвардса «за разработку технологии ЭКО». В его Нобелевской лекции перечислены ранее известные исследования (статьи), посвящённые оплодотворению яйцеклетки человека вне организма, которые Р.Эдвардс изучал, когда стал заниматься вопросами ЭКО. Имя Г.Петрова и его работы 1958 и 1962 гг. значатся одними из первых. Значит, Р.Эдвардс был знаком с исследованиями нашего соотечественника и использовал полученные данные в совершенствовании технологии ЭКО, завершившейся рождением первого в мире ребёнка «из пробирки» в 1978 г. в Великобритании.

В феврале 2019 г. на здании главного корпуса Медицинской академии в Симферополе установлена мемориальная доска, увековечивающая память о тех, уже далеких событиях в нашей истории появления технологии ЭКО: «В Крымском медицинском институте в 1955 г. впервые Б.П.Хватовым, Г.Н.Петровым, И.А.Брусиловским было проведено оплодотворение яйцеклетки человека вне организма».

Владимир ЛИТВИНОВ,
акушер-гинеколог,
кандидат медицинских наук.

Москва.

До пресловутой «перестройки» оставалась пара-тройка лет. Капитан медицинской службы одного из подразделений силового ведомства, Юрий Кубанин, в пятницу вечером был в отличном настроении. Посудите сами.

Золотой сентябрь. Тепло, чудесная погода, карман греет приличная офицерская получка. Предстоят два выходных дня. В руках модный кейс, удачно купленный совершенно случайно в универмаге. Да не просто кейс, а последний писк моды. Костюм, галстук «со вкусом», плащ в талию – ни дать ни взять – Джеймс Бонд. Шпионской шляпы только не хватает.

Служебная машина подбросила, по пути, до площади трёх вокзалов, откуда прямая электричка домой. Вдруг осенила шальная мысль – не мотануться ли на пару дней в Киев? Дома планов никаких, о красотах Киева давно наслышан, да всё было недосуг съездить. Матери с бабушкой нужно будет, конечно, успеть звякнуть.

Есть выгоды в холостяцкой жизни – втямшилось что, флаг в руки! В расписании центральных железнодорожных касс ночных поездов до Киева, и через него – выбирай, не хочу. Под стук колёс выпался, утром уже там.

Первым делом, конечно, надо было определиться с ночлегом. Гостиница «Интурист» на бульваре Тараса Шевченко – самое то. Начало Крещатики, Бессарабский рынок под боком, прямая троллейбус до вокзала – сплошные туристические удобства. Не беда, что свободны только номера люкс. На одну ночь, с субботы на воскресенье, можно и раскошелиться. В воскресенье, «вечерней лошади» обратно в Москву. Поезд прибывает в шесть утра, в девять, как штык, на службе. Всё складывается.

Регистраторша за стойкой оценила, было заметно, всё сразу: и «прикид» с иголки, и невиданный ранее крутой кейс, и готовность без дрожи в пальцах оплатить дорожный номер...

Остаток субботнего дня провёл по городу. В воскресенье с утра решил ещё раз пройтись по великолепному Крещатику, купить сувениров, присмотреть чего-нибудь для матери с бабушкой. На обед вернулся в гостиницу, освободил кейс от подарков, поставил его на пуфик под вешалкой у двери, спустился в буфет.

Минут двадцать ушло на переклад. Вернулся в номер и сразу у входа понял – что-то не так. Постоял, огляделся. Кейса на пуфике не было. А ведь дверь была заперта. Перед уходом в буфет, хорошо это помнилось, подёргал её после щелчка английского замка.

Номер был действительно люксовый, двухкомнатный, с приличной мебелью. Обыскал всё. Даже несколько раз по-идиотски в холодильник заглянул. Кейса нет. Испарился.

Но быть этого не могло по определению. Ни при каких обстоятельствах. Гостиница – не «дом колхозника» (нынешние хостелы) где-то на задворках в захолустье. Интурист!

С полчаса пытался мысленно просчитать логику события. Ничего не стыковалось.

Беда была не столько в потере красивого, но практически пу-

Ироничной строкой

Обули!



стого, кейса. В нём лежали две ценнейшие вещи: личная печать врача, и заламинированный в пластик служебный пропуск. За утрату последнего – минимум, строгач, и о годовой премии можно забыть. А то и звезда с погона скатится...

Дежурная на этаже с энтузиазмом удивилась:

– Как пропал? Не может этого быть! Видела, как вы в лифт сядились. Я за это время никуда не отлучалась, тут сидела, за столом, мимо меня не проскочит! Вы его, случаем, в городе нигде не могли оставить? У нас же «Интурист»! Десять лет здесь работаю, ничего подобного не упомню! Вы точно уверены, что в номере его оставили, когда в буфет ушли? Хорошо, раз вы настаиваете, вызову милицию...

Двое в «гражданке» предъявили удостоверения.

– Ваши документы можем посмотреть? – мельком глянули в паспорт, прошлись по комнатам номера. – Так вы утверждаете, что дверь была заперта, когда вы вернулись из буфета, а кейс исчез? Но ведь этого просто не может быть! Это же «Интурист»!

– Значит, если не брать в расчёт инопланетян, вариантов только два. В номер проник некто у кого есть доступ к ключам от помещений гостиницы. Либо домшники гуляют здесь, извиняюсь за тавтологию, как у себя дома. Другое мне трудно предположить...

– То есть, вы подозреваете кого-то из obsługi? Да вы представляете, какой сюда строгий отбор?! Людей годами ГБ мурыжит! Чуть не под микроскопом рассматривают! И так, и эдак крутит, пока «добро» на трудоустройство даст! Как бы то ни было, писать заявление будете?

– Послушайте, мы же понимаем, заявлением здесь горю не поможешь. Вор, позарившись на модную вещь, за время, пока я вас дождался и мы тут беседуем, наверняка уже покинул гостиницу. Что можно точно предположить, так это то, что он, конечно, перед уходом избежался от возможных компрометирующих вещей. Где-нибудь в туалете на этаже. А из компромата, это – моя личная

печать врача и служебный пропуск с фотографией. Собственно, единственные для меня реально ценные вещи. Без сомнения, глупо ждать, что милиция бросится по скупкам и комиссионкам ради банального портфеля. Просто имейте в виду, коль скоро вы курируете объект, что либо персонал не чист на руку, либо попасть в статусную гостиницу любому проходимцу с улицы – не проблема. Хоть обшей швейцара галунами вдоль, поперёк, и наискось...

В оставшиеся два часа до поезда купил простенькую дорожную сумку в ближайшем универмаге, побросал туда немудрящие сувениры с подарками. Прощаясь с дежурной по этажу, ещё раз изложил своё видение ситуации, ещё раз выслушал уверения в том, что это не иначе, как полтергейст.

– У меня к вам личная просьба. Если техничка найдёт где-нибудь в мусорной корзине мой пропуск и печать врача, позвоните мне, пожалуйста. Передадите с поездом, я в долгу не останусь, буду очень вам признателен.

– Конечно-конечно, только лучше вы сами звоните, прямо на этот телефон, – она написала номер на бумажке.

Поблагодарил, двинул на вокзал. В понедельник, придя на службу, сочинил объяснительную об утрате документа строгой отчётности. Дескать, задремал в электричке, кейс лежал на багажной полке, «очнулся – гипс». В смысле, «подрезал» кто-то умело, с пропуском в нём. Оформили новый, порадовали неизбежность серьёзных дисциплинарных взысканий. Распространяться о спонтанной поездке было бы себе дороже. Самодетельность не приветствуется в силовых структурах.

Вечером, после службы, не питая особых надежд, позвонил всё же киевской дежурной на этаже. Теоретически, если за сутки ничего не найдётся, то не найдётся уже никогда.

– Здравствуйте-здравствуйте! – бодро откликнулась женщина. – Нашёлся! Нашёлся ваш чемоданчик, не волнуйтесь, всё в нём

цело, и печать ваша, и пропуск с вашей карточкой...

Новость была за гранью выкладки теории вероятности. Но факт оставался фактом.

– Спасибо за добрую весть. Не могли бы кого-нибудь отправить на вокзал, передать с проводником ближайшего поезда кейс мне. Я с этим же проводником конвертик вам передам.

– Конечно же, не волнуйтесь. Только не нужно конвертика. Лучше фруктов передайте. Два килограмма лимонов, шесть кило апельсинов, бананов шесть-семь кило, если попадутся – штучки три ананасов. Целая бригада ваши вещи здесь искала – я сама, горничная, сменщица моя...

– Хорошо, я постараюсь. Только передайте, прошу вас, кейс как можно скорее. Для меня это очень важно.

Дальнейший диалог свёлся к сакраментальной формуле, описанной в хрестоматийном плутовском романе: «Утром – деньги, вечером – стулья. Вечером деньги – утром стулья». То есть, сначала фрукты, потом кейс. Иначе никак.

Ах, так! Раз дошло дело до цитат, «Остапа понесло»...

Успел на последний вечерний самолёт до Киева. Через час был в Борисполе, ещё через час шёл по коридору гостиницы. Знакомая дежурная восседала за своим столом. Не узнала, хотя был в том же самом костюме и плаще. Настолько, в её представлении, невероятным был визит спустя три часа с минутами после телефонного разговора.

Развернул перед её глазами ксиву с тремя волшебными буквами на красной корочке. Не успел даже ничего сказать, её лицо пошло багровыми пятнами.

– Я за кейсом.

– Господи, как хорошо! А то мы уже и не знали, как его передать в Москву вашему знакомому! – засуетилась она, выставляя злосчастный кейс на стол. – Вы даже представить не можете, как мы с вашим другом, или знакомым, уж не знаю – кем он вам доводится, здесь намучались! Между нами, валялся пьяный в дымину на диванчике в эркере напротив своего номера. Чемоданчик за диван поставил, да и забыл, видно, в спешке, когда очутился на вокзал ехать. От же ж люди бывают!.. Ещё в «Интуристах» останавливаются. Страну позорят!..

В кейсе главное было на месте. Не доставало лишь фирменной брендовой авторучки. Польстился все-таки кто-то...

Ночь пришлось провести в бориспольском аэропорту. В ожидании первого утреннего рейса занимал себя раздумьями, какую ещё легенду сочинить для начальства, если, не дай бог, случится нелётная погода. Но хоть с этим повезло в криминальной одиссее.

Весь час полёта до Внуково в голове навязчивым рефреном крутилась реплика интуристовской дежурной по этажу: «От же ж бывают люди!..» Смотри на них в микроскоп, не смотри...

Юрий СУПРУНОВ,
психотерапевт.

Новосибирск.

Размышлизмы

Виктор КОНЯХИН

Мысли дальше жизни

- ✓ У парфюмера возродилось второе дыхание.
- ✓ Камень почувствовал себя человеком. Обиженным на всё человечество. И полетел пробивать головы обидчиков.
- ✓ Примите в гости наши танки. Наши танки вашей грязи не боятся.
- ✓ У ломбарда постоянно спрашивали: «Где тут будет город заложено?»
- ✓ Прогноз погоды на планете: «На любовном фронте похолодает. Всем срочно жениться!»
- ✓ Начало диалога: «Ваше прохвостничество...»
- ✓ Будильник сообщил: «Ваше время – каждый мой час»
- ✓ Древо познания у знания.
- ✓ Ресторатор: «Я вменю вам всем моё «Меню»!
- ✓ Наши ноги кормят руки сапожника.
- ✓ Ноги колебались вместе с линией юбки.
- ✓ Постиг смысл жизни – не останавливайся на постигнутом. Мысли дальше жизни.
- ✓ Купила комфортную квартиру и теперь одевалась-раздевалась только на бельэтаже.
- ✓ Больше шутов – больше королей.
- ✓ Министр иностранных дел. Министр внутренних дел... Без министра никаких дел не получается.
- ✓ В каждой бумажке есть доля документа.
- ✓ Глянцевые журналы не для красоты, а для объективности.
- ✓ Поливала мужа золотыми слезами.
- ✓ Интеллигентные руки, если нет маникюра, могут и глаза выцарапать.
- ✓ Услышал матерные слова. Обрадовался. Опять на планете – матриархат?!
- ✓ Когда хор раскрывал рты, все ноты разбегались, как перепуганные зайцы.
- ✓ Каждый обязан принимать самое активное участие в своём появлении на этот свет.
- ✓ Утро жены начинается с поиска своего лица в зеркальце.
- ✓ Гроб терпел и покойнику велел.
- ✓ Глаза увидели орехи, и зубы сразу заныли.
- ✓ Оркестр отпустил ноты в свободное звучание.
- ✓ Автослесарь был карданником.
- ✓ Призывы на хлебном заводе: «Наши пышки – людям на телеса».
- ✓ Змея выговаривала мужу змею: «У нас с тобой – разные укусы»!
- ✓ Не важно, что Бог на обед послал, лишь бы адресом не ошибся.
- ✓ Если вырождаться – только в мегаполисах.
- ✓ Вечный вопрос блондинки: «Дразнить или миловать?»
- ✓ Имел коллективное алиби на все виды преступления.
- ✓ Утверждение учёных мужей: «Три часа ночи – время просыпания таланта».
- ✓ Хулиган забил гол в свою подворотню.
- ✓ Напечатать авиабилет легче, чем сделать самолёт. Но билетов всегда не хватает.
- ✓ Выйти к праздничному столу селёдка соглашалась только «под шубой».
- ✓ Бандидат криминальных наук.
- ✓ Рыночно-блудное изделие.
- ✓ Асфальту люди известны не с самой устойчивой стороны.

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

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

Главный редактор А.ПАПЫРИН.

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

Дежурный член редколлегии – Т.КОЗЛОВ.

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

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

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

E-mail: mggazeta@mgzt.ru (редакция); rekmedic@mgzt.ru (рекламная служба); inform@mgzt.ru (отдел информации); mg.podpiska@mail.ru (отдел изданий и распространения).
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 № 0579

Тираж 13 940 экз.

Распространяется по подписке в Российской Федерации и зарубежных странах.



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