

Что такое «инфекционная триада» и как её реализовать.
Стр. 5

Новые подходы информирования застрахованных лиц
в рамках системы ОМС.

Стр. 7

По числу суицидов Россия занимает одно из первых
мест в мире.

Стр. 10-11

В центре внимания

Искусство переговоров

Соглашение на высшем уровне заключено в Москве



Федеральный фонд ОМС подписал соглашение о сотрудничестве и взаимодействии с Профсоюзом работников здравоохранения РФ. Официальная церемония прошла на IV пленуме Профсоюза работников здравоохранения РФ, который на днях завершился в Москве.

В системе здравоохранения, в том числе в системе ОМС, выстроился четкий механизм оперативного взаимодействия Правительства РФ, Общероссийского объединения профессиональных союзов и общероссийских объединений работодателей, который крайне важно развивать и в дальнейшем, подчеркнул в своём приветствии на заседании пленума председатель Федерального фонда ОМС Илья Баланин. Участие представителей профсоюзных организаций в работе Российской трёхсторонней комиссии по регулированию социально-трудовых отношений, в правлении Федерального фонда ОМС и региональных тарифных комиссиях по разработке территориальных программ обязательного медицинского страхования является связующим звеном для совершенствования оказания медицинской помощи населению и повышения уровня

Момент подписания соглашения

социально-экономической защищённости работников здравоохранения. Важнейшим принципом ОМС является обеспечение конституционных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. Успешное развитие во многом зависит от финансовой стабильности и устойчивости системы.

Сегодня система ОМС существенно нарастила свой потенциал и является финансовой основой здравоохранения. Базовая программа её постоянно расширяется и составляет уже более 90% от общего объёма медицинской помощи по программе государственных гарантий страны. Эта задача решается за счёт ежегодного роста субвенции, предоставляемой бюджетам территориальных фондов по подушевому нормативу. На 2022 г. субвенция утверждена в размере 2461 млрд руб., что на 185 млрд больше, чем в 2021 г.

И.Баланин акцентировал внимание участников пленума, что все социальные обязательства Федеральным фондом ОМС выполняются в полном объёме. Он считает, что так будет и в ближайшем, и отдалённом будущем. С каждым годом в системе ОМС увеличиваются объёмы высокотехнологичной и специализированной

медицинской помощи и перечень видов, по которым они оказываются. В федеральных учреждениях в 2021 г. объёмы оказания медицинской помощи выросли больше чем на 25%. Это уникальный факт. Напомним, что с прошлого года федеральные клиники финансируются Федеральным фондом ОМС.

По многим вопросам, касающимся системы ОМС, появляется необходимость проведения дополнительных консультаций руководства и специалистов профсоюза и федерального фонда. Чтобы их оперативно организовывать и возникла идея разработки соглашения о сотрудничестве и взаимодействии между ФОМС и Профсоюзом работников здравоохранения РФ.

Председатель Профсоюза работников здравоохранения РФ Анатолий Домников считает, что от подписанного соглашения выиграют все. Главное, вопросы и предложения медицинских работников будут оперативно находить отклик.

Более подробно о работе пленума читайте в одном из ближайших номеров «МГ».

Алексей ПИМШИН.

Фото Александра ИЗОТОВА.

Официально

Поздравляем с победой!

Состоялись очередные выборы в Российскую академию наук. Важно отметить, что далеко не по всем специальностям выборы были безальтернативными, большинству за членство в престижном научном сообществе пришлось соперничать с не менее достойными претендентами.

Среди вновь избранных академиков РАН 28 – по Отделению медицинских наук. В их числе врачи и учёные с известными именами: хирург Алексей Шабунин (главный врач Боткинской больницы), хирург Игорь Хатьков (директор МКНЦ им. А.С.Логина), инфекционист Александр Горелов (ЦНИИ эпидемиологии Роспотребнадзора), кардиолог Александра Конради (НМИЦ им. В.А.Алмазова), онколог Олег Кит (директор НМИЦ онкологии), генетик Сергей Куцев (директор Медико-генетического научного центра им. Н.П.Бочкова), терапевт Оксана Драпкина (директор НМИЦ терапии и профилактической медицины), вакцинолог Денис Логунов (заместитель директора НИЦЭМ им. Н.Ф.Гамалеи) и другие.

Также избраны 53 члена-корреспондента РАН по медицинским специальностям. В списке тех, за кого проголосовало академическое сообщество, представители разных направлений медицины и науки: колопроктолог Сергей Ачкасов (директор НМИЦ колопроктологии им. А.Н.Рыжих), главный гериатр Минздрава России Ольга Ткачёва, директор НИИ ревматологии им. В.А.Насоновой Александр Лиля, лидер отечественной эндовидеохирургии Сергей Емельянов, поистине выдающийся офтальмолог Борис Малюгин (МНТК «Микрохирургия глаза» им. С.Н.Фёдорова), кардиохи-

рург-трансплантолог Александр Чернявский (директор НМИЦ им. Е.Н.Мешалкина) и детский хирург с мировым именем Юрий Козлов (главный врач Иркутской областной детской клинической больницы).

Выборы новых членов были главной темой Общего собрания РАН, в тоже время не остались без внимания и обсуждения стратегически важные для отечественной науки, в том числе медицинской, темы – её роль в обеспечении технологической независимости страны, взаимодействие РАН с государством и финансирование исследовательской деятельности.

Выступая перед участниками собрания, глава Минобрнауки России Валерий Фальков заверил их в том, что роль академии, как организатора и координатора научных исследований, по-прежнему высока, при том что заказчиком этих исследований выступает всё-таки государство. Программа фундаментальных научных исследований сроком до 2030 г., которая стартовала в прошлом году, как раз предусматривает определение приоритетных государственных заданий и финансирования научных организаций для их исполнения.

В свою очередь президент РАН Александр Сергеев напомнил министру, а также присутствовавшим в зале депутатам Госдумы, что конкурентное технологическое развитие страны невозможно обеспечить без ежегодного увеличения финансирования фундаментальных научных исследований. Президент РАН отметил, что у академии есть ответ на вопрос, где можно взять деньги на финансирование науки.

Елена БУШ,
обозреватель «МГ».

СИТУАЦИЯ

Константин ЗОРИН

Доцент кафедры ЮНЕСКО «Здоровый образ жизни – залог успешного развития» МГМСУ им. А.И.Евдокимова, кандидат медицинских наук:

Вектором развития национальной системы медицинского образования и здравоохранения должен быть синтез зарубежных достижений и лучших традиций отечественной медицинской школы.



Стр. 12

Новости

Медициной руководят
ЦУР и жалобщики

Жителям Магаданской области создали максимально благоприятные условия для того, чтобы они могли... пожаловаться на работу медицинской отрасли и отдельных лечебных учреждений. Областное министерство здравоохранения и демографической политики совместно с Центром управления регионом (ЦУР) объявили о запуске нового чат-бота в одном из популярных мессенджеров.

Как пояснила и.о. министра здравоохранения Магаданской области Елена Кузьменко, речь идёт о появлении «канала связи с населением», через который колымчане могут задать вопросы по медицинскому обслуживанию, а также сообщить о проблемах с записью на приём к врачу или с вызовом специалиста на дом, оставить жалобы на работу специалистов и качество питания в больницах, внести свои предложения по улучшению организации медицинской помощи. Справедливости ради надо отметить, что в чат-боте также есть возможность выразить благодарность в адрес медиков, однако, как показывает практика, питать иллюзий на этот счёт не приходится: люди куда охотнее пишут негативные отзывы, нежели позитивные.

Сначала данный проект обкатали в региональном чат-боте ЦУР применительно к Магаданской областной больнице: пациенты ставили оценки лечению и питанию в главном стационаре региона. Сейчас эта практика расширена на все лечебные учреждения.

– Все вопросы населения, касающиеся колымского здравоохранения, аккумулируются на единой площадке. Современный инструмент обратной связи с жителями позволит повысить оперативность реагирования, – подчёркивает руководитель ЦУР Павел Береговой.

Схема реагирования парадоксальная – длинная, но быстрая. Уточняется, что поступившее в чат-бот сообщение сначала будет направлено специалистам регионального Минздрава, оттуда – в медицинскую организацию, где специально назначенный работник обязан в течение нескольких часов дать ответ пресс-службе Минздрава, а та – разместить его в чат-боте.

Безусловно, обратная связь системы здравоохранения и людей, в чьих интересах она работает, необходима. Однако в последние пару лет создание подобных «коммуникаторов» превратилось в навязчивую идею государства, которое будто бы поставило целью руками населения вывести организаторов здравоохранения и врачей на чистую воду, показать их профессиональную несостоятельность.

Мало того, что в подобных чат-ботах, сайтах-«отзовиках» и прочих виртуальных «книгах жалоб» появляется немало недостоверной информации и необоснованных претензий к медикам, за которые авторы не несут никакой ответственности, так лечебным учреждениям ещё и вменено в обязанность молниеносно отвечать на все критические замечания. Кто-нибудь посчитал, сколько человеко-часов и денег тратится на это? И очень хотелось бы увидеть научный анализ эффективности новомодного «инцидент-менеджмента».

Елена ЮРИНА.

Магаданская область.

«Подарок» для юных омичей

Накануне Международного дня защиты детей в Омске после ремонта открылось детское отделение городской поликлиники № 3. Обновить медучреждение для юных пациентов удалось за счёт бюджета в рамках программы модернизации первичного звена здравоохранения Омской области.

В детском отделении полностью отремонтирована регистратура, выполнены отдельные входы и приёмы, позволяющие разделить потоки здоровых детей и ребятшек с температурой – здоровые с болеющими в поликлинике теперь не встречаются.

– После проведённого ремонта изменился внутренний облик поликлиники, стало красиво и ярко, детям нравится, когда всё цветное, праздничное, – говорит заведующая педиатрическим отделением Елена Афанасьева. – Переместили регистратуру, появился просторный холл, благодаря перепланировке теперь в холле есть зона комфортного пребывания для детей и их родителей, есть где поиграть и порисовать. Кроме того, у нас появился просторный и светлый «кабинет здорового ребёнка», где проводится приём здоровых детей...

В текущем году, сообщили в пресс-службе областного Минздрава, здесь планируется завершить ремонт на первом этаже и сделать полностью обновление второго этажа, а также выполнить замену кровли и фасадов. Таким образом, будет отремонтировано всё здание детского отделения поликлиники.

И это не единственный «подарок» для юных омичей к началу лета. Не так давно в городе на Иртыше так же после большого ремонта открылась детская городская поликлиника № 5. Здание этого медучреждения полностью преобразилось – и снаружи, и внутри. Пространство постарались организовать так, чтобы максимально комфортно было всем посетителям. Крыльцо оборудовали пандусами и кнопкой вызова медицинского персонала, а все информационные стенды дублируются шрифтом Брайля.

Как отметил на церемонии открытия министр здравоохранения области Александр Мураховский, на ремонт и реконструкцию этой поликлиники из регионального бюджета было направлено более 60 млн руб.: 50 млн – на строительные работы и ещё 12 млн – на оборудование, которым её укомплектовали, что называется, по последнему слову техники. Так, в кабинете офтальмолога появились пневмотонометр и авторефрактометр. Приобрели также современный гемоанализатор.

В обновлённой поликлинике сосредоточены основные функциональные подразделения, созданы все условия для комфортной работы медиков, детей и их родителей.

Татьяна БЕРЕЗОВСКАЯ,

Омск.

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

Профилактика

Отказаться от курения —
раз и навсегда

Ямал становится регионом, свободным от табачного дыма

В рамках Всемирного дня без табака в Ямало-Ненецком автономном округе прошла профилактическая акция «Бирюзовая лента». Более тысячи северян приняли участие в мероприятиях, организованных медицинскими работниками в каждом муниципалитете.

На «островках здоровья» специалисты оценили уровень артериального давления, холестерина, глюкозы, насыщение крови кислородом. У курящих определили мотивацию к отказу от пагубной привычки и рассказали, как эффективно противостоять соблазну закурить. Врачи подчеркнули, что отказываться от курения нужно раз и навсегда, без перехода на электронные сигареты, снюсы, кальяны и прочие заменители сигарет. Для тех, кто не может избавиться от курения сам, медики организовали анонимные консультации наркологов.

В Ноябрьске акция стала поистине объединяющей. В ней приняли участие медицинские организации города, волонтерские объединения, АО «Газпромнефть-Ноябрьскнефтегаз», страховые компании, спортивные организации.

Масштабная работа проведена с юным поколением в Губкинском, Ноябрьске, Аксарке, Тарко-Сале, Новом Уренгое, Надыме. Специалисты посетили колледжи и школы, работали с волонтерами и активистами-вожатыми на городских площадях. А в Лабытнангах медики привлекли ребят к ЗОЖ через творчество – в детских садах города они провели конкурс рисунков. Выразить своё отношение к курению призвали ребят и специалисты окружного центра общественного здоровья и медицинской профилактики. Они объявили конкурс видеороликов для детей. Победители получили ценные призы – лыжи и лыжные ботинки.

Опыт

Нет вариантов? Неправда!

Новосибирские хирурги подали надежду пациентке, казалось бы, в безнадёжной ситуации. В Национальный медицинский исследовательский центр им. Е.Н.Мешалкина поступила 39-летняя жительница Омска не просто с тяжёлой патологией, а с таким набором серьёзных проблем, что мужеству этой женщины можно только удивляться. Равно как удивляться и восхищаться профессионализмом врачей центра, которые успешно справились с неразрешимой задачей.

Итак, на момент обращения в НМИЦ у пациентки диагностирована гигантская пульсирующая аневризма наружной подвздошной артерии. А далее раскручиваем моток проблем, с которыми живёт этот человек: аневризма сформировалась на фоне (точнее – в результате) хронического гемодиализа, эти процедуры женщина получает уже 13 лет. До этого она перенесла несколько хирургических вмешательств по поводу врождённой аномалии развития мочевыводящей системы и почек, однако на фоне хронического пиелонефрита почечная недостаточность перешла



Профилактологи также встретились со старшеклассниками надымской школы, продемонстрировали ребятам макеты поражённых органов. Школьников особенно впечатлила челюсть курильщика, сердце, пострадавшее от инфаркта, кровеносные сосуды, заполненные холестериновыми бляшками. Специалисты вместе с ребятами развеяли самые популярные мифы о табаке, поговорили, как противодействовать сверстникам, предлагающим затянуться.

– Профилактическая работа проводится в округе постоянно, – отмечает заместитель главного врача центра Наталья Половодова. – В этом году мы реализовали региональный межведомственный проект «Бросай курить – вставай на лыжи!». Специалисты провели 325 школ по отказу от курения, в которых приняли участие более 1,5 тыс. человек, в том числе коренные жители. Отдельные тренинги были организованы для

будущих мам и подрастающего поколения – более 20 тыс. ребят услышали о вреде никотина из первых уст. Отдельным важным направлением работы стал флешмоб «Я свободен, я больше не курю!». Отказавшиеся от сигарет ямальцы рассказали свои истории борьбы с пагубной привычкой.

В округе постоянно работают 16 кабинетов по отказу от курения, за год к специалистам обратились более 3 тыс. человек и почти 400 северян бросили курить. В целом распространённость курения на Ямале за последние 10 лет снизилась на 15%.

Также ямальцы присоединились к Всероссийской акции «Я за некурящую Россию, а ты?» Сотни северян призвали в социальных сетях своих земляков жить здорово, дышать чистым воздухом без табачного дыма.

Александр МЕЩЕРСКИЙ.

Ямало-Ненецкий автономный округ.



в терминальную стадию и потребовала проведения гемодиализа. Две трансплантации почки оказались безрезультатными: в обоих случаях произошло отторжение донорского органа. И вот теперь в правой подвздошной области появилось мешотчатое расширение сосуда, угрожающее разрывом и массивным внутренним кровотечением.

– Пациентке было показано неотложное хирургическое лечение. Выполнить его открытым доступом было невозможно из-за неоднократных ранее проведённых операций в области брюшной полости. Выход был один – эндоваскулярное

протезирование поражённого сегмента подвздошной артерии с помощью стент-графта с полным исключением аневризмы из кровотока, – поясняет заведующий кардиохирургическим отделением сосудистой патологии и гибридных технологий Павел Игнатенко.

О том, насколько ювелирно была выполнена операция и успешен послеоперационный период, говорит тот факт, что из клиники омичку выписали уже через день после операции. Выписали с надеждой на лучшее.

Елена СИБИРЦЕВА.

Новосибирск.

Перемены

Осторожно, дети

Министерство юстиции РФ зарегистрировало приказ Минздрава России, утверждающий список заболеваний, при которых совершеннолетние пациенты смогут наблюдаться в детских медицинских организациях до 21 года. В обновлённый перечень вошли 29 заболеваний и состояний онкологического и онкогематологического профилей.

По сравнению с проектом этого документа список был рас-

ширен (исходно в нём было 18, а затем 22 позиции). В списке – гепатобластома, ЗНО переднего средостения, костей и суставных хрящей конечностей, периферических нервов грудной клетки, живота, таза, туловища и вегетативной нервной системы, головного мозга и других частей тела, а также лимфомы и лейкозы.

Формально федеральный Минздрав сможет определять и утверждать перечень заболеваний, при которых пациенты на протяжении

3 лет с момента достижения ими совершеннолетия смогут проходить лечение в детских медицинских организациях, с 29 июня 2022 г. Тем не менее первый перечень утверждён уже сейчас.

В июне прошлого года, что характерно, Министерство здравоохранения РФ представило проект поправок в программу госгарантий, предполагающий, что дети с определёнными видами онкозаболеваний при достижении 18 лет смогут до 21 года получать медпомощь в тех же медицинских организациях, где было начато лечение. В августе Правительство РФ согласовало возможность не прерывать курс

лечения пациента детской медорганизации по достижении им 18 лет, однако перечень заболеваний тогда не уточнялся.

Кроме того, весной 2021 г. вице-спикер Государственной думы РФ Ирина Яровая и депутат Андрей Исаев внесли законопроект, предполагающий изменения в Федеральный закон № 323-ФЗ «Об основе охраны здоровья граждан в РФ», в том числе касающиеся преемственности лечения онкопациентов, а в конце декабря прошлого года Президент РФ В.Путин утвердил закон.

Вячеслав ДАШКОВ.

Проекты

Гонка за баллами прекратится?

Министерство здравоохранения РФ разрабатывает типовую программу для дополнительного профессионального образования медиков. Предполагается, что новая форма обучения придёт на смену балльной системе непрерывного медицинского образования (НМО), которая превратилась в «гонку за баллами» и не отражает действительные профессиональные навыки врачей. Предлагаемые поправки в закон «Об образовании» разработали в Минздраве России, и сейчас он находится на этапе обсуждения.

Как известно, по закону врач обязан продолжать образование на постоянной основе. Полагающиеся за это баллы нужны в том числе для продвижения по службе. Для этого в России существует так называемая система НМО, которая включает в себя курсы и мероприятия для повышения квалификации после получения диплома. Медики должны повышать свою квалификацию и как минимум каждые пять лет проходить аккредитацию. Однако практика показывает, что де-факто получение дополнительного образования нередко превращается в формальную погоню за необходимыми баллами.

Предполагается, что типовые программы дополнительного профессионального образования, о которых идёт речь, должны прийти на смену баллам НМО. Об этом сказала Светлана Юшкова, заместитель декана по профессиональному образованию Финансового университета при Правительстве РФ, где реализуются программы дополнительного образования для медиков.

«Не секрет, что зачастую баллы начислялись за участие в конференциях и прочих мероприятиях, которые дополнялись какой-то частью образовательной программы. Однозначно типовые программы нужны для повышения квалификации по прикладным навыкам в области меняющихся медицинских технологий, например, работы на медицинском оборудовании, программном обеспечении и т.п.», – говорит С.Юшкова.

При этом, что характерно, разработка типовых программ для ДПО является не нововведением, а возвратом к прежней практике. Так, в 2013 г. тогдашнее Министерство образования РФ ввело единые требования к тому, как должны строиться программы повышения квалификации и профессиональной переподготовки, включая соотношения теории и практики. Тогда же федеральный Минздрав начал разрабатывать примерные программы, которые находятся в открытом доступе и представляют собой «скелет», который каждая образовательная организация дополняет собственным содержанием, актуальным для медиков в конкретном регионе. Эта практика используется сейчас.

«Поэтому внедрение предложенных поправок кардинально ситуацию не изменит, но позволит унифицировать требования к подготовке медиков и уровню их профессиональных компетенций, обеспечит преемственность при подготовке медицинских кадров в разных регионах, а значит, создаст равные условия для получения пациентами медицинской помощи в любом уголке страны», – отмечают эксперты.

При этом, по их мнению, Минздрав России как организация, которая курирует соответствующую сферу, может рекомендовать перечень областей, в которых необходимы программы ДПО для медиков, но их непосредственной разработкой должны заниматься вузы или образовательные площадки, имеющие лицензию.

Григорий МАТВЕЕВ.

Тенденции

Росздравнадзор подготовил вторую версию рекомендаций для стационаров

Национальный институт качества Росздравнадзора подготовил вторую версию Практических рекомендаций по внедрению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в стационаре, которая вступит в силу 1 сентября 2022 г. Об этом сообщил заместитель генерального директора института Олег Швабский в ходе рабочего совещания об итогах и перспективах реализации проекта «Внедрение практических рекомендаций».

Как пояснил эксперт, новая версия более удобна для использования,

в ней расширены те требования, которые раньше были описаны не совсем точно, изменения коснулись практически всех разделов. Появились и новые разделы, которых прежде не было: управление качеством и безопасностью медицинской деятельности в медицинской организации, безопасность среды в медицинской организации, организация ухода за пациентами (сестринские манипуляции), профилактика падений и пролежней, обеспечение принципов пациенториентированности при осуществлении медицинской деятельности.

«Причины, по которым мы начали делать вторую версию, это и желание пройти аккредитацию

в Международной организации по качеству в здравоохранении, новая версия разработана в соответствии с требованиями этой организации», – сказал он.

За прошедший год были разработаны также Практические рекомендации для станций скорой медицинской помощи. Со временем будут обновлены и другие действующие рекомендации Росздравнадзора – для поликлиники, медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь при стоматологических заболеваниях в амбулаторных условиях и условиях дневного стационара, медицинской лаборатории, центра диализа.

Национальный институт качества с 2016 г. осуществляет проект по внедрению Предложений (практических рекомендаций) по организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в медицинской организации. На данный момент в проекте участвуют более 320 медицинских организаций из 52 субъектов, 104 из них успешно подтвердили соответствие требованиям этих документов. За прошедший год проведено 135 внешних аудитов в медицинских организациях, а также более 70 образовательных семинаров и консультаций. О.Швабский призвал тех, кто пока ещё не участвует в проекте, получить рекомендации и начать их внедрять.

Рита ГРИГ.

Криминал

За отказ в переоформлении лицензии грозит срок

Советский районный суд Орла вынес приговор по уголовному делу в отношении бывшего руководителя Департамента здравоохранения Орловской области Ивана Залогина. Он признан виновным в совершении преступления, предусмотренного ч. 2 ст. 286 УК РФ (превышение должностных полномочий), сообщили в пресс-службе региональной прокуратуры.

По данным следствия, И.Залогин дал одному из своих подчинённых указания провести проверку компании «Диализный центр Нефрос – Калуга», которая обратилась для переоформления лицензии в связи с открытием отделения диализа в

области. При этом вне зависимости от результатов проверки планировалось отказать компании в переоформлении. В результате в акт проверки внесли формальные нарушения и И.Залогин подписал приказ об отказе в переоформ-

лении лицензии для медицинской организации. При повторном обращении представителей компании в департамент И.Залогин также отказал в переоформлении лицензии, законные основания для этого отсутствовали.

После рассмотрения дела по существу, суд признал его виновным. В результате он получил 3 года лишения свободы условно с испытательным сроком на 3 года. Кроме того, его лишили права занимать должности, связанные с осуществ-

лением функций представителя власти, а также организационно-распорядительных и административно-хозяйственных полномочий в органах власти, государственных учреждениях, муниципальных учреждениях и в органах местного самоуправления на срок 2 года 6 месяцев. Приговор районного суда не вступил в законную силу.

Андрей ДЫМОВ.

Орловская область.

Подписка-2022

ПОЧТА РОССИИ

Подписные издания

Официальный каталог Почты России на второе полугодие 2022

5 900 изданий на podpiska.pochta.ru



Уважаемые читатели!

Оформить подписку на «Медицинскую газету» можно воспользовавшись каталогами:

- ✓ Официальный каталог «Почта России» на второе полугодие 2022 г.
- ✓ Электронный каталог «Почта России».

Подписной индекс

ПН014 — на месяц.

- ✓ Каталог периодических изданий – газеты и журналы, второе полугодие 2022 г. («Урал-Пресс»).

Юридические лица могут подписаться через отделы подписки региональных почтамтов.

КАТАЛОГ периодических изданий газеты и журналы

II полугодие 2022 года

Избранные издания для бизнеса

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

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

За пределами Белокаменной не так много крупных дискуссионных площадок по обмену опытом и актуальной медицинской информацией, где формируются новые тренды и определяются реперные точки развития отечественного здравоохранения. Инновационный Петербургский медицинский форум, который в майские дни уже в пятый раз объединил лучших экспертов со всей страны, с каждым годом всё увереннее претендует на место флангового в нестолничной шеренге мероприятий Минздрава России.

Событие было объявлено мероприятием Центра персонифицированной медицины, созданного на берегах Невы при поддержке Министерства науки и высшего образования РФ в 2020 г. инициативой Национального медицинского исследовательского центра им. В.А.Алмазова с участием Института экспериментальной медицины. На этот раз в стенах центра им. В.А.Алмазова, в отличие от аналогичных научных бомондов прошлых лет, организаторы придали больше громкости «голосам» персонализированной медицины, современной биомедицины, искусственного интеллекта. Именно персонализация, персонализированная медицина становится парадигмой дня. Ключевые задачи, вытекающие из этого, перечислил в своём концептуальном докладе – одном из самых глубоких на форуме – генеральный директор «алмазовского» центра академик РАН Евгений Шляхто. Он сообщил, что в настоящее время в северной столице на базе медицинского научно-образовательного кластера «Трансляционная медицина» формируется медицинский инновационный хаб. Как убежден учёный, объединением предприятий в экосистему или хабы создаются предпосылки для устойчивого взаимодействия участниками цепи создания ценностей за эффективный обмен знаниями, опытом, лучшими практиками, для результативного внедрения инноваций.

Ориентиры

Персонализация интернациональна

В разговоре об инновациях вспомнили про таблицу умножения



Для обсуждения круга вопросов, составляющих сегодняшнюю повестку, за четыре дня было проведено 115 симпозиумов, 2 «круглых стола», 3 пленарных заседания, 4 семинара и 4 мастер-класса. При этом 62 симпозиума состоялись на полях IV Санкт-Петербургского артериального конгресса. Представленные с его трибуны доклады по различным темам (в их числе: клиническая и интервенционная аритмология; новые методы диагностики аритмий; внезапная сердечная смерть; картирование аритмий и катетерная абляция; нейроркардиология и нейромодуляция), вне сомнения, помогли отечественным специалистам-практикам систематизировать свежие знания. Подводя итоговую черту встречи,

вице-президент Всероссийского научного общества аритмологов профессор РАН Дмитрий Лебедев не без удовольствия констатировал как состоявшийся факт зарождение новой традиции ежегодного петербургского собрания кардиологов, занимающихся диагностикой, лечением и профилактикой сердечного ритма, отныне его обязательные составные части – антитромботический форум, форум аритмологов и форум молодых аритмологов.

Что касается доминирующего присутствия молодых улыбающихся лиц на некоторых площадках V инновационного Петербургского медицинского форума, то он был предопределён и проведением по той же системе «матрёшка в

матрёшке» Алмазовского молодёжного медицинского форума-2022.

Глубокому погружению молодых учёных, студентов и школьников в профессиональный разговор способствовали максимально насыщенная программа. Многочисленные симпозиумы чередовались с мастер-классами, была организована работа 21-й секции по различным научным программам, состоялись научная викторина-квест «Познакомься с Алмазовым», очный этап IV Всероссийской студенческой олимпиады по кардиологии, II Всероссийской студенческой олимпиады по сердечно-сосудистой хирургии, три индивидуальных образовательных турнира. Перед оглашением списка призёров и победителей турниров и олимпиад (первое место

в кардиологическом состязании досталось команде Пермского ГМУ им. Е.А.Вагнера, а лучшими в споре кардиохирургов признали представителей Северо-Западного ГМУ им. И.И.Мечникова) председатель жюри, заместитель генерального директора по научной работе Алмазовского центра, член-корреспондент РАН Александр Конради, обращаясь к залу, чрезвычайно высоко оценила уровень конкурсантов: «Каждый из вас талантлив и достоин самых лучших наград!».

Устроители форума подсчитали: в его мероприятиях очно и путём интернет-подключений в режиме реального времени приняли участие около 6 тыс. человек – учёные-эксперты и практикующие врачи, инженеры и химики, молекулярные биологи и физики, студенты, аспиранты и педагоги. Помимо россиян это граждане 15 государств, включая Украину.

Почему известным временным трудностям никогда не стать разрушительной лебёдкой, могущей направить сегодня книзу или даже совсем опустить научно-образовательный занавес как в «Алмазове», так и в других медицинских центрах страны, где существуют авторитетные площадки для профессионального интернационального диалога? За ответом выступивший на форуме председатель Комитета по науке и высшей школе Санкт-Петербурга Андрей Максимов отослал к цитате из записной книжки Антона Чехова: «Национальной науки нет, как нет национальной таблицы умножения; что же национально, то уже не наука».

Владимир КЛЫШНИКОВ,
соб. корр. «МГ».

Санкт-Петербург.

Проблемы и решения

Общественное здоровье столкнулось с рядом проблем, для их решения НМИЦ терапии и профилактической медицины Минздрава России подготовил предложения, которые позволят их решить и укрепить эту сферу. Об этом сказала директор центра, главный специалист по терапии и общей врачебной практике Минздрава России Оксана Драпкина на Международной научно-практической конференции «Неинфекционные заболевания и здоровье населения России».

Она уточнила, что предложения касаются нормативно-правового регулирования, обучения кадров и структурирования данной сферы. В федеральное законодательство предлагается внести термин «Укрепление общественного здоровья» и определить уровни ответственности. Эксперт указала на отсутствие активного межведомственного органа федерального уровня, который бы координировал работу по укреплению общественного здоровья – им мог бы стать соответствующий межведомственный совет под руководством премьер-министра или вице-премьера. Речь идёт также о введении новых требований по маркировке продуктов питания, налога на сахар, налоговых льгот работодателям, внедрившим программы укрепления общественного здоровья на рабочем месте. Кроме того, в НМИЦ считают, что следует на федеральном уровне законодательно ограничить направленный на детей маркетинг продуктов, не соответствующих рациональному питанию. И не допустить смягчения действующего законодательства в отношении маркетинга алкогольных напитков. А такие попытки

Общественное здоровье будут укреплять

предпринимаются, и необходимо осуществлять мониторинг ситуации и противопоставлять подобным попыткам аргументы об отрицательных эффектах таких мер, в том числе экономических, сказала О.Драпкина.

Общественное здоровье сейчас развивается в условиях фактического отсутствия специалистов с медицинским образованием, поэтому предлагается внедрять профессиональные стандарты и систему обучения лиц с высшим медицинским образованием по специальности «Специалист в области общественного здоровья» (магистратура), а также обучать по унифицированной программе повышения квалификации представителей администраций городов и районов на менеджеров здоровых муниципалитетов.

На региональном и муниципальном уровнях у широкого круга управленцев отмечается дефицит знаний по вопросам укрепления общественного здоровья, поэтому важной задачей становится обучение руководителей и оказание им методической поддержки. Координировать их работу мог бы межведомственный совет в области общественного здоровья под руководством губернатора. В каждой территории должны появиться региональные центры общественного здоровья и медицинской профилактики с межмуниципальными филиалами, а также менеджеры здоровых муниципалитетов.

Недавно появился термин Precise public health, то есть таргетное общественное здоровье, которое «протягивает руку» к таргетной профилактике и диспансеризации. О.Драпкина сказала: «Мы наверное должны прийти к тому, что помимо общего списка обследований для диспансеризации должен быть дополнительный – в зависимости от региона, от распространённости тех или иных факторов риска. Это приведёт к тому, что врач должен будет давать не только общие, но и адресные рекомендации, учитывая именно ту инфраструктуру, где находятся врач и пациент: где возможна физическая активность, где лучше купить продукты для пациента с сахарным диабетом и т.д.»

Что касается профилактических медицинских осмотров и диспансеризации определённых групп взрослого населения, то в течение двух последних лет этой работе был нанесён серьёзный урон из-за необходимости вести пациентов с новой коронавирусной инфекцией, посетовала О.Драпкина. Сейчас у специалистов развязались руки, и соответствующая работа возобновилась. Есть нормативно-правовые акты, методические материалы, подготовлены стандартные операционные процедуры (СОП). Кроме того, разработан скрипт приглашения для диспансеризации: «Потому что мы очень надеемся на помощь страховых компаний по привлечению граждан к прохождению дис-

пансеризации и диспансерного наблюдения. У нас есть карта маршрутизации, всё это доведено до кабинетов, отделений медицинской профилактики. Эту работу мы уже начали, чтобы вернуться к показателям 2019 г.».

Но в проведении диспансеризации есть сложности. Чтобы снизить показатель направления на второй этап диспансеризации, предстоит сформировать чёткую схему маршрутизации пациентов во всех медицинских организациях, а также решить вопрос нехватки кадров в структурах медицинской профилактики – планируется ввести специальность «Врач по медицинской профилактике». Фиксируются нарушения методик при выявлении факторов риска, а также при проведении онкоскрининга, что рассчитывают преодолеть внедрением СОПов в практическую деятельность, а чтобы поднять качество проведения диспансеризации, планируют внедрить KPI проведения диспансеризации в эффективный контракт руководителя. Должна измениться и система оплаты мероприятий по профилактическому консультированию – сегодня их финансирование отсутствует.

Главный специалист напомнила, что с 1 июля 2021 г. стартовала программа углублённой диспансеризации, есть соответствующие нормативно-правовой акт и методические материалы, разрабатывается СОП. Она обратила внимание, что здесь группу приоритета

составляют граждане, которые уже болеют неинфекционными хроническими заболеваниями и перенесли коронавирусную инфекцию. По её словам, есть серьёзные резервы для увеличения потоков углублённой диспансеризации, нужно сосредоточиться на увеличении доли граждан первой категории риска, потому что именно эти пациенты наиболее уязвимы в плане развития осложнений.

Разработанный в НМИЦ терапии и профилактической медицины алгоритм предполагает формирование приоритетных групп лиц для прохождения диспансерного наблюдения (в первую очередь это коморбидные пациенты, имеющие очень высокий риск заболеть), их проактивное приглашение для прохождения диспансерного наблюдения, формирование плана диспансерного наблюдения в медицинской организации, осмотр и обследование подлежащего контингента с определением целевых значений, коррекция лечения и профилактического консультирования. Проведение диспансерного приёма обязательно должно завершаться записью на следующий диспансерный приём и анализом результатов диспансерного приёма (ежеквартально).

«Точкой входа в профилактический континуум, на наш взгляд, должен быть любой визит к любому специалисту. Если человек пришёл на углублённую диспансеризацию, надо спросить, когда он был на диспансерном приёме, на диспансерном наблюдении по своему основному заболеванию, и решить, стоит ли его направить на прохождение медицинского профилактического осмотра и диспансеризации», – заключила О.Драпкина.

Римма ШЕВЧЕНКО,
корр. «МГ».

Две важные новости минувшего мая: одна плохая и одна обнадеживающая. Плохая заключается в том, что производство вакцин против новой коронавирусной инфекции КовиВак и ЭпиВакКорона приостановлено. Официальной причиной названо отсутствие заявок на данные препараты от российских регионов. Почему? Обычно препарат перестаёт быть востребованным, если он не доказывает свою эффективность на практике. Таким образом, в арсенале отечественной системы здравоохранения осталась только одна действующая вакцина против COVID-19 – Гам-КОВИД-Вак. И это тревожно.

Хорошая же новость заключается в том, что результаты доклинических и клинических исследований вакцины Конвасэл, разработанной учёными Федерального медико-биологического агентства, показали очень хорошие результаты по переносимости препарата и выработке антител к вирусу. В этом году начнутся испытания препарата на людях старше 60 лет, о чём недавно сообщила руководитель ФМБА России Вероника Скворцова. В Санкт-Петербургском НИИ вакцин и сывороток уже запустили промышленное производство вакцины Конвасэл мощностью до 2 млн доз в месяц. Так что без защиты не останемся.

Более двух лет Россия, как и весь остальной мир, живёт в условиях пандемии новой коронавирусной инфекции. При этом не просто живёт, а активно сопротивляется ранее незнакомому патогену, который оказался очень агрессивным. И успехи этого сопротивления налицо. Достигнуты значительные результаты в профилактике, диагностике, терапии COVID-19. Безусловно, главная заслуга в этом принадлежит медицинской науке, которая сумела мобилизоваться и в короткие сроки разработать способы и средства выявления вируса, лекарства и вакцины. В первые месяцы пандемии в эту работу включились и научные коллективы институтов и центров Федерального медико-биологического агентства. Хроника объявленной победы – в нашем обзоре.

Вероника Игоревна так сформулировала оптимальную, по её мнению, тактику действий отечественной биомедицинской науки и фармакологии в ситуации, подобных нынешней: когда речь идёт об инфекционной патологии, необходима разработка «инфекционных триад» – диагностических тест-систем; препаратов для этиотропного лечения (прямого противовирусного действия) и патогенетического лечения; а также профилактических вакцин.

При этом надо руководствоваться глобальной целью достичь фармнезависимости России от импорта, а для этого необходимо иметь наготове научно-технологические платформы, которые обеспечат возможность быстро организовать промышленное масштабирование производства вновь разработанных тест-систем и лекарств.

Все перечисленные задачи ФМБА России сумело решить.

Эпидконтроль и диагностика

Начнём с того, что пандемия в очередной раз обозначила важность системы эпидемиологического мониторинга в стране, потребовались быстро работающие тест-системы с высокой чувствительностью и определением вариабельности патогена, мутаций вируса. Начиная с марта 2020 г., Федеральное медико-биологическое агентство занимается молекулярно-генетическим мониторингом циркуляции генетических линий вируса SARS-CoV-2 на территории Российской Федерации. Исследование проводится на базе Центра стратегического планирования и управления медико-биологическими рисками здоровью.

Такой мониторинг – постоянное геномное секвенирование изолятов вируса – чрезвычайно важен как для оценки эпидемиологической ситуации в стране и особенностей инфекционного процесса, так и для контроля эффективности применяемых терапевтических и профилактических препаратов. Дело в том, что появление новых генетических линий SARS-CoV-2, имеющих мутации в составе вариабельных участков его генома, может изменять биологические свойства вируса и клинические

Акценты

Хроника объявленной победы

Коронавирус отступает под натиском научного интеллекта человека

проявления инфекции, а это в свою очередь снижает эффективность лекарственных препаратов и вакцин, которые разработаны в отношении более ранних вариантов данного вируса.

Специалистами агентства разработаны тест-системы для определения всех линий вируса, получивших распространение на территории нашей страны, от альфа до дельта+. Также предложена технологическая платформа, которую можно максимально быстро адаптировать для выявления новых линий. Именно платформенное решение позволяет максимально быстро реагировать и создавать тест-системы, которые могут выявлять новые штаммы вируса.

За прошедшие два года ФМБА России зарегистрировало шесть тест-систем. Причём их чувствительность постоянно возрастала: от ПЦР-диагностики перешли на изотермическую амплификацию, затем эта методика была модернизирована с помощью рекомбинантной полимеразной амплификации, что позволяет выявлять вирус даже в минимальной концентрации 100-500 копий на 1 мл, то есть в доклинической фазе, причём очень быстро.

Особое место в ряду таких разработок занимает единственный в своём роде набор реагентов «АмплиТест SARS-CoV-2 VOC v.2» для определения РНК коронавируса. Высокие показатели аналитической чувствительности позволяют выявить РНК коронавируса даже в инкубационном периоде и у бессимптомных носителей. Тест-система обнаруживает наиболее значимые генетические линии вируса всего за два часа. Это тот случай, когда в равной степени важны оба компонента – и точность результатов, и время их получения, поскольку от них напрямую зависят понимание особенностей возбудителя, прогнозирование клинической картины заболевания и принятие противоэпидемических и клинических решений.

Организация помощи

– Любая острая кризисная ситуация всегда способствует быстрому развитию и наработке жизненного опыта. И, конечно, пандемия, с которой столкнулось человечество, способствовала формированию новых антикризисных стратегий во всех отраслях народного хозяйства, в том числе в сфере охраны здоровья. Это касается и инновационных научных разработок, и организации оказания медицинской помощи, – говорит руководитель ФМБА России.

В части организации здравоохранения система Федерального медико-биологического агентства

среагировала так же быстро, как в части проведения научных исследований. Были оперативно сформированы механизмы реорганизации и перераспределения коечного фонда, что позволило агентству открыть 57 инфекционных госпиталей с большой коечной мощностью для лечения пациентов с COVID-19. Была пересмотрена логистика процессов внутри ковидного госпиталя, использованы принципы военно-полевой медицины, а именно распределение потоков пациентов, этапность оказания медицинской помощи, что само по себе стало серьёзной противоэпидемической мерой.

ционально значимых изменений генома вируса слишком высока, и это обосновывает необходимость искать дополнительные решения. Здесь возможны два варианта. Первый – постоянное обновление штаммового состава препаратов. Минус этого пути в том, что наука всё равно будет запаздывать за эволюцией вируса, учитывая отсутствие чёткой сезонности COVID-19, а также длительность наработки и производства вакцин.

Второй путь – разработка универсальных средств профилактики и терапии COVID-19, которые в качестве мишеней используют малоизменяемые участки генома вируса SARS-CoV-2.

носителя, устремляется к месту репликации вируса и «выключает» это свойство. В ходе доклинических испытаний препарата было обнаружено, что репликация генома SARS-CoV-2 за двое суток снижается в 10 тыс. раз. Ежедневные ингаляции препарата снижают вирусную нагрузку в лёгких в 50 раз на следующий день после заражения и в 25 раз – на шестые сутки после инфицирования.

Следующий препарат – лейтрагин – первый в мире представитель принципиально новой группы полипептидных противовоспалительных средств агонистов дельта-опиоидных рецепторов, предназначенный для патогене-



Особое внимание во время пандемии руководство ФМБА уделяет обеспечению здоровья и психологической устойчивости сотрудников подведомственных лечебных учреждений. Во избежание профессионального выгорания, которое в столь непростой ситуации происходит чаще и быстрее, в агентстве были разработаны специальные тесты-калькуляторы для самооценки психологического статуса медработников, им предложена целая серия программ психологического восстановления. Эти же программы, кстати, были внедрены в схемы лечения пациентов инфекционных госпиталей и оказались весьма востребованы.

Наконец, необходимо отметить работу мобильных бригад быстрого реагирования ФМБА России, а также больших сводных отрядов. Направляясь в «горячие» точки пандемии в разных регионах страны, эти бригады и отряды в очень короткие сроки – за 2-3 дня – способны погасить крупные эпидемические вспышки.

– У нас есть возможность очень быстро концентрировать ресурсы для того, чтобы реагировать на возникающие угрозы. С прошлого года мы научились оперативно организовывать сводные отряды: мультидисциплинарные медицинские бригады до 100 человек, оснащённые портативным оборудованием, необходимым транспортом, включая реанимобили, санавиацию. Более 20 регионов, включая Якутию, Камчатку, Крым в период эпидемии COVID-19 получили нашу помощь, – подчеркнула В.Скворцова.

Лекарства и вакцина

Специалисты-биотехнологи ФМБА России обращают внимание на то, что все разработанные к настоящему времени вакцины и препараты для специфической профилактики и терапии новой коронавирусной инфекции остаются, в целом, эффективными, однако скорость появления функ-

Федеральное медико-биологическое агентство выбрало второй путь. Здесь учёные работают над созданием универсальных противовирусных и вакцинных препаратов, обеспечивающих защиту против различных линий коронавируса SARS-CoV-2. В начале марта 2022 г. на заседании Координационного совета по противодействию коронавирусной инфекции Российского союза промышленников и предпринимателей были представлены разработки ФМБА России по всем трём составляющим «инфекционной триады»: уже упомянутая выше тест-система «АмплиТест» с высокой чувствительностью для выявления вируса SARS-CoV-2 и его штаммов от альфа до омикрона, высокоспецифичный противовирусный препарат для этиотропной терапии COVID-19 – МИР 19, препарат лейтрагин, предотвращающий развитие цитокинового шторма, а также инновационная вакцина Конвасэл.

За полтора года в системе ФМБА России создано несколько новых научно-производственных комплексов и технологических платформ, в том числе платформа по синтезу нуклеотидных последовательностей и пептидов на базе Института иммунологии и Научного центра биомедицинских технологий, что позволило создать несколько препаратов. В частности, ингаляционный этиотропный противовирусный препарат МИР 19 разработан учёными Института иммунологии и Санкт-Петербургского НИИ вакцин и сывороток.

Действующим веществом МИР 19 являются синтетические молекулы малых интерферирующих РНК (мПНК), которые направлены против консервативного участка в геноме вируса, кодирующего репликацию патогена в организме. Механизм действия таков: препарат проникает в цитоплазму инфицированных клеток в виде наноструктур из отрицательно заряженных молекул мПНК и специального пептидного

тической терапии и профилактики пневмонии, осложняющей течение новой коронавирусной инфекции. Его создали в Научном центре биомедицинских технологий. Препарат позволяет сократить время выздоровления с 14 до 8 суток и, что самое важное, предупредить развитие цитокинового шторма. Лейтрагин успешно прошёл все стадии испытаний и уже применяется в клинической практике лечения COVID-19.

И, наконец, то главное, что способно защитить человека от вируса – профилактическая вакцина Конвасэл (разработчик – Санкт-Петербургский НИИ вакцин и сывороток ФМБА России) создана на новой технологической платформе и нацелена, в первую очередь, на развитие клеточного иммунитета, а в качестве мишени используются консервативные белки вируса, наименее подверженные мутациям.

– Фактически речь идёт о разработке вакцинных препаратов следующего поколения. Мы создаём вакцину, которая отличается тем, что воздействует не на S-белок коронавируса, а на другие его белковые компоненты, и, прежде всего, вызывает развитие не гуморального, а клеточного цитотоксического иммунитета, преимуществом которого является длительность. Если антительный иммунитет, как правило, держится несколько месяцев, то клеточный годами, и в экспериментальных работах доказано сохранение этого иммунитета до 13-17 лет, – так презентовала новую вакцину В.Скворцова на встрече с Президентом России В.Путиным в марте 2021 г.

График создания препарата строго выполнялся. О том, что доклинические исследования вакцинного препарата успешно завершены и идёт подготовка к клиническим испытаниям, сообщалось в июне 2021 г. В доклинических исследованиях доказаны безопасность, иммуногенность и протективность (защитный потенциал) вакцины. А уже в январе 2022 г. Санкт-Петербургский НИИ вакцин и сывороток передал в Минздрав России пакет документов для регистрации вакцины второго поколения против COVID-19, названной Конвасэл. В марте 2022 г. регистрационное удостоверение на вакцину было получено.

Таким образом, идея создания «инфекционных триад», сформулированная в ФМБА России, реализована здесь в полной мере. Отличный пример эффективной организации научных исследований и создания производственных мощностей для трансляции разработок учёных в практическую медицину.

Елена БУШ,
обозреватель «МГ».

Свою профессиональную траекторию главный специалист кардиолог Министерства здравоохранения Республики Дагестан, главный врач Республиканского кардиологического диспансера, заслуженный врач республики Магомед ТОТУШЕВ выбрал давно. Он с отличием окончил Дагестанскую государственную медицинскую академию, затем интернатуру по терапии и ординатуру по семейной медицине. Имеет высшие квалификационные категории по организации здравоохранения и кардиологии. Автор 17 научных работ, 4 методических пособий, большинство из которых разработаны на собственном материале и имеют практическую значимость. За заслуги в области здравоохранения и многолетний добросовестный труд награждён Почётной грамотой Республики Дагестан и Благодарностью министра здравоохранения РФ.

Сегодня М.Тотушев наш гость. Он рассказал корреспонденту «МГ» Александру Алешину о работе кардиологической службы и о том, как организовать необходимую помощь населению в непростых условиях нашего времени.

– Магомед Умарпашаевич, Республиканский кардиологический диспансер создан в 1984 г., как изменилась за этот достаточно большой период система оказания помощи пациентам?

– В своё время основной целью создания диспансера стало повышение уровня специализированной помощи больным кардиологического профиля в регионе. На протяжении 38 лет диспансер развивался как в плане технического оснащения, так и в кадровом потенциале. Сегодня – это современное лечебно-диагностическое учреждение, позволяющее на высокоспециализированном уровне оказывать помощь амбулаторным больным кардиологического профиля.

Основная задача наших кардиологов – это выявление факторов риска, способствующих развитию болезней сердца, а также ранних стадий сердечно-сосудистых заболеваний на основании современных методов исследований. Лечение проводится по схемам доказательной медицины в соответствии с клиническими рекомендациями.

Кроме диспансерного отделения с дневным стационаром, отделения профилактики сердечно-сосудистых заболеваний с апреля 2000 г. в состав учреждения также входят детское кардиологическое и реабилитационное отделения, которые успешно проводят работу по реабилитации больного после «сердечных катастроф».

– Как вы оцениваете техническую оснащённость диспансера?

– Не могу сказать, что мы имеем всё, чем оснащена современная кардиология. Но мы стремимся постоянно поднимать планку используемого оборудования. Есть у нас современное ультразвуковое оборудование, с помощью которого мы обеспечиваем высококачественную визуализацию сердечных структур, что позволяет детально охарактеризовать внутрисердечную гемодинамику, параметры сократительной, насосной и релаксационной способностей сердца.

В кабинете ультразвуковой диагностики заболеваний внутренних органов наши специалисты выявляют ранние патологические процессы, уточняют диагностику различных форм заболеваний. Клинико-диагностическая лаборатория выполняет гематологические, общеклинические, биохимические и коагулологические исследования крови и мочи.

– Не только оборудование обеспечивает высокое качество медицинской помощи, но и квалифицированные специалисты. Можно ли сказать, что в республике уже сформировалась и собственная школа кардиологов?

– Я бы сказал, что мы шаг за шагом приближаемся к этому. За эти годы в стенах только кардиологического диспансера подготовлены один доктор и 2 кандидата медицинских наук. У нас работают 6 заслуженных врачей Республики Дагестан, 13 отличников здравоохранения республики. Среди среднего медперсонала есть заслуженный работник здравоохранения и 5 отличников здравоохранения республики.

– Насколько сложно попасть конкретно в ваше лечебное учреждение на консультацию?

Перед нами поставлены задачи достижения целевых значений федерального проекта – так называемых индикативных показателей. То есть нормативы того, чего мы должны достигнуть за 2021-2024 гг. Они достаточно объёмные, сложные для кардиологической службы. Ведь ряд наших показателей в разы ниже средних по стране. Задачи поставлены, мы нацелены на их выполнение, так как в конечном итоге это приведёт к снижению смертности от сердечно-сосудистых заболеваний.

Особо хочу подчеркнуть, что без поддержки федеральной и

ритма, пороки сердца после операции. То есть достаточно сложный контингент.

– Проводятся ли в диспансере дни открытых дверей и если да, то в каком формате они проводятся?

– Наш кардиодиспансер является открытым медицинским учреждением, в которое без ограничений может обратиться любой желающий и получить консультацию. Таким образом, можно сказать, что каждый рабочий день – день открытых дверей.

– Повлияла ли пандемия на работу диспансера?

сможет состояться в этой сложной профессии – это тоже является фактором ошибок в медицине.

Решая эти и множество других как медицинских, так и немедицинских проблем, мы сможем минимизировать ошибки в кардиологии и не только в ней.

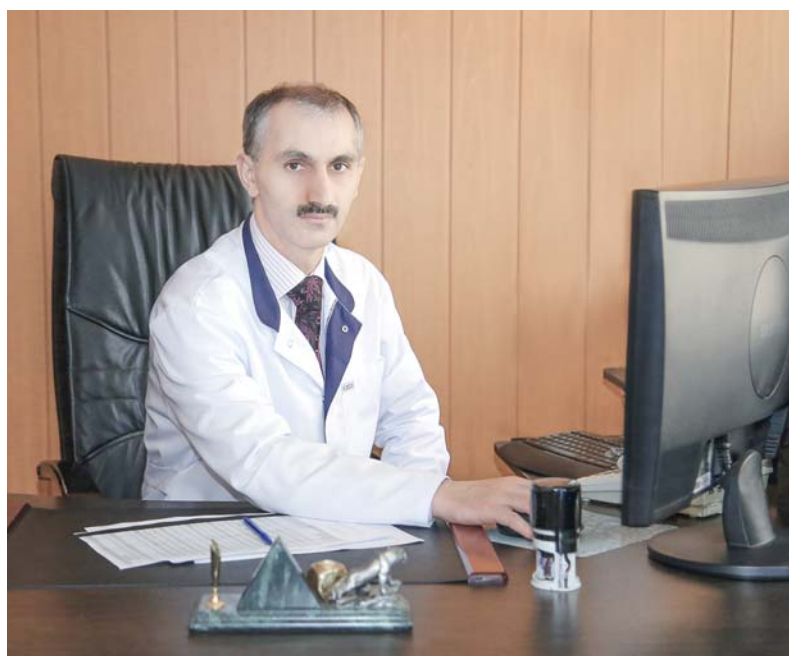
– Здоровый образ жизни, на ваш взгляд, это...

– Полноценное питание, правильный образ жизни – всё это первичная профилактика сердечно-сосудистых заболеваний, которой должен заниматься каждый человек, чтобы предупредить болезнь.

Наши интервью

Магомед Тотушев:

Каждый рабочий день — день открытых дверей!



И как вы оцениваете доступность кардиологической помощи в республике в целом?

– Несмотря на то, что Дагестан высокогорная территория, доступность кардиологической помощи обеспечивается. У нас ведётся приём пациентов любого возраста, имеющих подозрения на заболевания сердечно-сосудистой системы и врождённые пороки сердца. На консультацию в кардиодиспансер может обратиться любой пациент, имеющий страховой полис и документы, удостоверяющие личность. Во всех медицинских организациях мы разместили список обследований, с которыми можно прийти к нам на консультацию. Понятно, что уже на основании полученных сведений мы окажем необходимую помощь. В ряде случаев, когда к нам обращаются с жалобами на боли в области сердца и другими признаками внезапно возникшего сердечно-сосудистого заболевания, принимаем без каких-либо документов и после оценки состояния даём рекомендации.

Трёхуровневая система, конечно, создаётся. Но из-за специфики территории этот процесс не может идти быстро и легко. Хочу отметить, что основные задачи нашего кардиологического диспансера – это оказание консультативной, лечебной и диагностической помощи всем пациентам с болезнями системы кровообращения. Также мы проводим экспертизу сложных случаев, осуществляем подготовку и направление их в ведущие клиники страны на высокотехнологичное лечение. Помимо этого, неустанно внедряем в методику обследования и лечения новые практики.

республиканской власти развитие кардиологической службы, её техническое оснащение, льготное лекарственное обеспечение и ряд других мероприятий в рамках государственной программы «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями» были бы невозможны.

Мы видим и чувствуем заинтересованность, помощь, а где нужно, конечно, и контроль за развитием кардиологии республики, что помогает своевременно и оперативно реагировать на нужды медицинских организаций и в целом кардиологической службы.

– На ваш взгляд, должен ли кардиодиспансер «вести» пациента после курса лечения?

– Одна из наших задач – довести до пациента, что в кардиологии нет курсового лечения. Постоянство и контроль со своим лечащим врачом являются целью недопущения развития осложнений у больных с диагностированными сердечно-сосудистыми заболеваниями, это так называемая вторичная профилактика. Чем больше доверия к врачу и приверженности к лечению будет у пациента на этом этапе, тем выше вероятность, что при проведении лекарственной терапии он проживёт столько, сколько ему предопределено судьбой и без осложнений.

Конечно, кардиологический диспансер – это всё-таки учреждение специализированное. Оно работает с узкой группой пациентов. У нас нет прикрепленного населения, и мы по условиям оказания медицинской помощи берём определённые группы лиц на диспансерный учёт. Это люди, перенёвшие оперативное лечение, имеющие сложные нарушения

– Как и на все медучреждения в стране, в соответствии с нормативно-правовыми актами, регулирующими деятельность медицинских организаций в период неблагоприятной обстановки по COVID-19. На короткий период, апрель-июль 2020 г., временно был прекращён амбулаторный приём больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями. Затем мы возобновили свою деятельность и уже не прерывали её весь период пандемии, естественно, с использованием средств защиты пациентов и работников кардиодиспансера.

Совместно с Дагестанским государственным медицинским университетом мы провели оценку эпидемиологической ситуации по болезням системы кровообращения в регионе в контексте COVID-19 на основании статистических данных лечебно-профилактических учреждений, отчётно-статистических данных Минздрава республики, в том числе за предыдущие годы, не только по нашему региону, но и в целом по стране.

– В медицине в целом, а в кардиологии особенно, велика цена даже небольших врачебных ошибок. Можно ли их минимизировать?

– Со времён Гиппократа я думаю, что что-то особо изменилось. Да, наступили времена других технологий, современных методов лечения, но само человеческое отношение к больному должно оставаться неизменным. Даже если пациент ничего не может объяснить, врач должен уметь понять его, принять его боль. Врач – это тот, кто несёт надежду, облегчает страдания не только лекарством, но и словом, он находится в постоянном поиске и самосовершенствуется в профессии. Это одна из составных частей работы, позволяющей минимизировать ошибки.

Так же и в системе обучения. За счёт развития новых технологий сегодня она не такая, как вчера. Приходит молодой специалист, хорошо «подкованный» теоретически и сразу окунается в мир практических знаний, новых технологий. И дальше всё зависит от того, куда он попадёт. В дальних районах республики – своя специфика, в Махачкале – своя. И требовать от профессорско-преподавательского состава выпуска в свет специалистов готовых к любым испытаниям, мы, к сожалению, не можем. Да это и нереально. Формирование врача как грамотного профессионала занимает достаточно долгий срок: кому-то хватит и 5 лет, другому нужно больше 20, а кто-то так и не

В республике открыты центры здоровья, которые позволяют людям пройти тесты и выявить, есть ли у них какие-либо отклонения. И уже затем обратиться в лечебные учреждения, чтобы пройти развёрнутое обследование.

Вторичной профилактикой при возникновении заболевания начинаем заниматься мы. Не секрет, что желание вести здоровый образ жизни, увы, врачи наблюдают прежде всего у состоятельных слоёв населения. Чем ниже материальная обеспеченность пациента, тем меньше он соблюдает все условия, необходимые для выздоровления. Взять, например, сельское население Дагестана. В летний период им не до врачей, не до обследований – нужно обеспечивать семью, чтобы было на что жить.

Но несмотря ни на какие сложности врач должен довести до больного главную мысль, если на начальном этапе тратить время на своё здоровье, то в перспективе можно уменьшить затраты, не допустить осложнений той же ишемической болезни сердца и артериальной гипертензии. Ведь лечение инсульта, инфаркта и их последствий очень дорогое «удовольствие» как для государства, так и для больного.

– Приоткройте тайну, каковы ваши планы, как будет развиваться диспансер в 2023 г.?

– Ближайшие планы – это капитальный ремонт 3-го этажа кардиодиспансера, замена старого, отслужившего свой срок медицинского оборудования на современное оборудование экспертного класса, развитие не только современных информационных технологий, но и телемедицины, а также системы оказания медицинской помощи взрослому населению с хронической сердечной недостаточностью на территории республики.

– О чём мечтает главный врач кардиологического диспансера?

– Конечно, как и любой руководитель, я мечтаю о развитии своего учреждения, в котором работаю уже почти четверть века. О введении в строй современного, оснащённого по последнему слову медицинской техники нового кардиологического диспансера, способного в разы увеличить все виды помощи жителям республики. Чтобы каждый житель региона, имеющий проблемы с сердцем, мог получить помощь в кратчайшие сроки и в полном объёме.

А ещё мечтаю о создании условий, позволяющих медицинскому персоналу работать с полной отдачей и получать за свой нелёгкий труд достойную оплату.

Всероссийский форум «Здоровье нации – основа процветания России» прошёл в Москве в Гостином дворе. Основная его тема – «Сохранение и укрепление здоровья населения – стратегическая задача обеспечения устойчивого развития и стабильности России». В её обсуждении принимали участие основные ведомства и крупнейшие компании отрасли, представители научных медицинских кругов, практические врачи. Одним из традиционных заседаний, которое проходит в рамках этого крупного мероприятия, не первый год является «круглый стол», посвящённый роли профилактики в системе ОМС. В этом году его тема была: «Новые подходы к информированию и сопровождению застрахованных лиц при проведении профилактических мероприятий в рамках программ ОМС». Организатором его выступил Федеральный фонд обязательного медицинского страхования.

В эпоху перемен не забыть о профилактике

Вела заседание заместитель председателя фонда ОМС Светлана Кравчук. Во время своего выступления она подчеркнула, что руководство фонда считает профилактику заболеваний очень важным направлением в развитии отечественного здравоохранения.

О том, как на практике, этот тезис уже реализуется рассказал начальник Управления цифровой трансформации системы обязательного медицинского страхования Федерального фонда ОМС Николай Гонтаренко. Он говорил о новых подходах к информационному сопровождению застрахованных лиц при проведении профилактических мероприятий в рамках ОМС. Прежде всего это точное и адекватное информирование пациентов. Для этого создаётся единое информационное поле сведений о застрахованных лицах. Без последнего невозможно оценивать эффективность работы института страховых представителей в рамках расширенного информационного сопровождения застрахованных лиц. Совершенно на другой уровень такой работы выводит разработка централизованной системы проактивного адресного информационного сопровождения («Цифровой помощник застрахованных лиц»), ориентированная на заботу о здоровье. Здесь же и информационное сопровождение по событийному, а не заявительному принципу. Оно опирается на данные Государственной информационной системы ОМС (ГИС ОМС), современные информационные технологии и каналы цифровых коммуникаций: голосовые помощники мобильных устройств, чат-боты, «умные» устройства, портал Госуслуг. Анализ востребованности каналов и способов информационного сопровождения застрахованных лиц будет неточным, если заранее не определена единая база плановых показателей. При этом создание оперативного инструмента для страховых представителей «Цифровой помощник» позволит радикально снизить нагрузку последних, повысить оперативность информационного сопровождения. Как считает Н.Гонтаренко, такая работа не даст ожидаемой отдачи, если не заниматься планированием. Это подразумевает серьёзную проработку базы данных плановых показателей оказания медицинской помощи застрахованных лиц. Следующий шаг – создание единой базы информационного сопровождения застрахованных лиц по ОМС для прохождения углублённой диспансеризации взрослого и детского населения, наблюдения, реестров сведений по застрахованным с информацией о заболеваемости, вакцинировании из ЕГИСЗ. Для более точного информирования



А. Кравченко

выполнение целевых программ профилактических мероприятий. Компьютеризация даёт возможность быстро и чётко вести базы плановых показателей оказания медицинской помощи застрахованным лицам, формировать группы для информационного сопровождения, в том числе автоматического по различным каналам.

Этапы информационного сопровождения

Заместитель начальника Управления организации обязательного медицинского страхования Федерального фонда ОМС Наталья Клименко акцентировала внимание собравшихся на информационных ресурсах сферы ОМС, как инстру-

его прохождения. Открывается запись застрахованных лиц для прохождения диспансерного наблюдения в регистратуре, в том числе и электронной, через Единый портал государственных услуг не позднее 10 календарных дней до даты проведения диспансерного наблюдения. Шестое, осуществляется мониторинг прохождения (непрохождения) застрахованным лицом диспансерного наблюдения (ежедекадно, на основе сведений, предоставляемых медицинскими организациями или при посещении страховым представителем лечебного учреждения). Седьмое, предоставляет ТФОМС и СМО сведения по статусу прохождения застрахованными лицами диспансерного наблюдения и результатах

питал медицинское страхование» Надежда Гришина представила позицию своей страховой компании на углублённую диспансеризацию: методы, практику и решения.

Такую диспансеризацию в первоочередном порядке проходят граждане, перенёвшие COVID-19, при наличии двух и более хронических неинфекционных заболеваний. Вторая группа: перенёвшие COVID-19, не имеющие или имеющие одно хроническое неинфекционное заболевание. Наконец, граждане, переболевшие COVID-19, не ранее 60 календарных дней после болезни. Эти приоритеты, с некоторыми оговорками, выполняются. Первая группа является особым приоритетом. В 2021 г. углублённой диспансери-

ОМС: реальность и перспективы

Доступно, просто и важно

Информатизация помогает сделать профилактику более эффективной



В президиуме

о профилактических мероприятиях, нужно своевременно получать данные из лечебных учреждений (планы проведения профилактических мероприятий, сведения о постановке на Д-учёт). Далее, отслеживать выполнение автоматических правил заложенных в ГИС ОМС: учёт прошедших профилактических мероприятий, включение в базу плановых показателей по условиям (заболевание), показатели программ проведения профилактических мероприятий, актуализация планов по сведениям об оказанной медицинской помощи и статусов застрахованных лиц (ЕРЗ). И безусловно, нужен объективный анализ эффективности каналов и способов информационного сопровождения застрахованных лиц.

По мнению представителя ТФОМС, цифровой помощник застрахованных лиц должен быть доступен в формах: интеллектуального помощника в личном кабинете застрахованного лица на ЕГПУ, голосового помощника, работающего как на устройствах с использованием искусственного интеллекта, так и в специализированном мобильном приложении.

Вести работу на высоком уровне позволяет и цифровой помощник страхового представителя, который предоставляет данные по застрахованным лицам, подлежащим информированию. Также даёт понять, какой канал доведения информации до застрахованного лица лучше использовать. При этом, единая персонифицированная база позволит оперативно проводить анализ эффективности каналов и способов информационного сопровождения застрахованных лиц, формирование сводных отчётов по качеству сервисов, осуществлять мониторинг показателей проведения профилактических мероприятий, контролировать

мента персонифицированного подхода при сопровождении пациентов с хроническими неинфекционными заболеваниями. В 2019-2020 гг. вводился третий уровень страховых представителей (мотивирование застрахованных лиц к выполнению рекомендаций врача по результатам диспансеризации, повышение приверженности к лечению, оказание правовой помощи застрахованным лицам). Они должны оказывать содействие при организации плановой помощи для застрахованных лиц из групп риска, онкологических, сердечно-сосудистых, диабета и заболеваний органов дыхания. В этом им помогают сервисы информирования о проведении диспансеризации и рекомендованной застрахованным профилактической медицинской помощи. Представлены и этапы информационного сопровождения застрахованных лиц, в том числе и на индивидуальное информирование.

Первое, на основании реестра формирует списки застрахованных лиц, подлежащих диспансерному наблюдению по профилю заболевания, возрасту, риску возможных осложнений в разрезе страховая компания – лечебное учреждение (ежегодно, актуализация – ежемесячно). Второе, они передаются в клиники для формирования графика прохождения диспансерного наблюдения (ежегодно, актуализация – ежемесячно). После этого сформированный график прохождения диспансерного наблюдения передаётся в ТФОМС и СМО для формирования графика информирования застрахованных лиц (ежегодно, актуализация – ежемесячно). Четвёртое – информирование застрахованных лиц о необходимости прохождения диспансерного наблюдения происходит за месяц до даты, установленной в графике

(направление на госпитализацию, дополнительное обследование, в том числе и в федеральные клиники в течение 3 рабочих дней после проведения диспансерного наблюдения). Восьмое, страховой представитель выясняет причины непрохождения диспансерного наблюдения (путём проведения опроса – ежедекадно). Или осуществляет мониторинг результатов диспансерного наблюдения: наличие направления на госпитализацию, назначение дополнительного обследования (ежедекадно). После этого информирует СМО о фактах оказания скорой медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара, в том числе экстренной и плановой в рамках территориальной программы ОМС

зации подлежали 9,4 млн человек, прошли – 1 млн, более 60% из них рекомендовано дальнейшее диспансерное наблюдение.

Причины низкой эффективности этих профилактических мероприятий, по мнению эксперта, приостановка в субъектах РФ проведения профилактических мероприятий, включая углублённую диспансеризацию, при росте заболеваемости COVID-19. Кроме того, у граждан бытует мнение, что существует высокий риск повторного заражения COVID-19 при посещении медицинской организации и неудовлетворённость качеством организации её в поликлиниках и врачебных амбулаториях. В I квартале 2022 г. СМО в списки на углублённую диспансеризацию



«Круглый стол» проходил в очном формате

(ежедневно). На основании принятых к оплате счетов информирует ТФОМС о фактах госпитализации в федеральные клиники (ежемесячно, ВМП – ежедневно).

Новые подходы. Приоритеты

Продолжается формирование новых подходов информирования застрахованных лиц в получении медицинской помощи по ОМС для раннего (своевременного) выявления заболеваний, патологических состояний, заболеваний и факторов риска их развития).

Директор территориального фонда ОМС Иркутской области Евгений Градобоев продемонстрировал, как осуществляется оценка и управление эффективностью работы первичного звена здравоохранения. Как считает министр здравоохранения Калининградской области Александр Кравченко, только информационные технологии и современные организационные решения могут сделать профилактику более эффективной. А генеральный директор ООО «Ка-

через ГИС ОМС было включено 9,1 млн человек, прошли – 326 тыс., то есть около 3,6%.

В этом году есть особенность и у углублённой диспансеризации. Впервые организация её проведения стала осуществляться путём взаимодействия участников через ГИС ОМС. Исполнительный директор по организации обязательного медицинского страхования, маркетингу и развитию страховой компании «СОГАЗ-Мед» Людмила Зудина остановилась на особенностях индивидуального информирования застрахованных. Она показала актуальные практики в регионах и обозначила проблемы реализации проектов по информированию застрахованных.

«Круглый стол» ещё раз показал, что система ОМС нацелена не только на оплату предоставленной медицинской помощи, но и выделяет средства на диспансеризацию, осмотры и акции. Профилактика является одним из важных приоритетов.

Алексей ПИМШИН.

Фото
Александра ИЗОТОВА.

КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 20 (2332)

Синдром раздражённого кишечника (СРК) – хроническое функциональное заболевание кишечника, при котором боль в животе связана с дефекацией, изменением частоты и характера стула.

Этиология и патогенез заболевания или состояния. Этиология и патогенез синдрома раздражённого кишечника изучены недостаточно. В качестве одного из предполагаемых звеньев патогенеза рассматривается нарушение строения и функции слизисто-эпителиального барьера ЖКТ, причиной которых служит полиморфизм генов, ответственных за синтез его различных компонентов, перенесённые острые кишечные инфекции, антибиотикотерапия, изменения в составе микробиоты, психоэмоциональный стресс и особенности рациона.

Изменение микробиоты в сочетании с нарушением функции слизистозэпителиального барьера приводит к формированию воспалительных изменений в кишечной стенке. Хроническое воспаление нарушает механизм висцеральной чувствительности, что приводит к гиперактивации высших нервных центров (в первую очередь, лимбической системы) с усилением эфферентной иннервации кишечника. Это, в свою очередь, приводит к возникновению спазма гладкой кишечной мускулатуры и формированию симптомов заболевания. Сопутствующие эмоциональные нарушения (тревожность, депрессия, соматизация) способствуют формированию «порочного круга», при котором большой акцентуируется на соматических симптомах, что ещё в большей степени усиливает их.

Эпидемиология заболевания или состояния. СРК страдают от 10 до 13% населения. Доля лиц, испытывающих симптомы, соответствующие СРК, вероятно, выше, однако лишь 25-30% из них обращаются за медицинской помощью. Данным заболеванием чаще страдают женщины, а диагноз СРК в большинстве случаев устанавливается в возрасте от 30 до 50 лет. У большей части пациентов с СРК (13-87%) заболевание сочетается с функциональной диспепсией.

Наличие СРК не сопровождается повышением риска колоректального рака или воспалительных заболеваний кишечника и увеличением смертности. Несмотря на то, что СРК не оказывает влияния на смертность, заболевание может существенно ухудшать качество жизни пациентов и приводит к значительным прямым и непрямым затратам на его лечение и диагностику.

Клиническая картина заболевания или состояния. Жалобы, предъявляемые больными СРК, условно можно разделить на три группы:

- кишечные
- относящиеся к другим отделам желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) (например, тошнота, изжога)
- негастроэнтерологические (диспареуния, ощущение неполного опорожнения мочевого пузыря, фибромиалгия, мигрень).

Наличие симптомов, относящихся к другим отделам ЖКТ, а также негастроэнтерологических симптомов делает диагноз функционального расстройства более вероятным.

Кроме того, у больных СРК следует оценить наличие эмоциональных нарушений, таких как тревожное, депрессивное или ипохондрическое расстройство.

Кишечные симптомы при СРК имеют ряд особенностей:

- боль в животе не имеет чёткой локализации, но чаще возникает в левых отделах. Обычно боль усиливается после приёма пищи. Важной отличительной особенностью абдоминальной боли при СРК считается её отсутствие в ночные часы. У женщин боль усиливается во время менструаций;
- ощущение вздутия живота менее выражено в утренние часы, нарастает в течение дня, усиливается после еды.
- диарея возникает обычно утром, после завтрака, частота стула колеблется от 2 до 4 и более раз за короткий промежуток времени, часто сопровождается императивными позывами и чувством неполного опорожнения кишечника. Нередко при первом акте дефекации стул более плотный, чем при последующих, когда объём кишечного содержимого уменьшён, но консистенция более жидкая. Общая суточная масса кала не превышает 200 г. Диарея в ночные часы отсутствует.
- при запорах возможно выделение «овечьего» кала, каловых масс в виде «карандаша», а также проктообразного стула (выделение плотных, оформленных каловых

масс в начале дефекации, затем кашицеобразного или даже водянистого кала). Стул не содержит примеси крови и гноя, однако достаточно часто отмечается примесь слизи в кале.

Перечисленные выше клинические симптомы нельзя считать специфичными для СРК, так как они могут встречаться и при других заболеваниях кишечника.

При обследовании больных СРК обращает на себя внимание несоответствие между большим количеством предъявляемых жалоб, длительным течением заболевания и удовлетворительным общим состоянием больного.

Диагностика заболевания или состояния, медицинские показания и противопо-

показания к применению методов диагностики

Диагноз СРК устанавливается при соответствии жалоб пациента Римским критериям IV, исключении органических заболеваний ЖКТ и отсутствии «симптомов тревоги».

Согласно Римским критериям IV, синдром раздражённого кишечника (СРК) определяется как функциональное заболевание кишечника, проявляющееся рецидивирующей болью в животе, возникающей по меньшей мере раз в неделю, которая характеризуется следующими признаками (двумя или более):

1. Связана с дефекацией.
 2. Связана с изменением частоты стула.
 3. Связана с изменением формы стула.
- Эти симптомы должны отмечаться у больного последние 3 месяца при общей продолжительности не менее 6 месяцев.

Как и в случае других функциональных заболеваний ЖКТ, диагноз СРК может быть установлен на основании соответствия симптомов пациента Римским критериям четвёртого пересмотра при отсутствии органических причин для их возникновения.

К «симптомам тревоги» относятся приведённые ниже симптомы, которые могут быть проявлением органического заболевания и должны служить показанием к углублённому обследованию.

Жалобы и анамнез:
– потеря массы тела;
– начало в пожилом возрасте ночная симптоматика;

- рак толстой кишки, целиакия, язвенный колит и болезнь Крона у родственников;
- постоянная боль в животе как единственный и ведущий симптом поражения ЖКТ;
- прогрессирующее течение заболевания.

Непосредственное обследование:
– лихорадка;
– изменения со стороны внутренних органов (гепатомегалия, спленомегалия и др.).

Лабораторные показатели:
– снижение уровня гемоглобина лейкоцитоз;
– повышение СОЭ;
– наличие скрытой крови в кале;
– изменения в биохимическом анализе крови;

– стеаторея и полифекалия.
В Римских критериях IV пересмотра отмечается, что ряд состояний, к числу которых относятся хронические воспалительные заболевания кишечника, целиакия, непереносимость лактозы и фруктозы, микроскопический колит и др., могут протекать «под маской» СРК, в связи с чем с целью дифференциального диагноза может быть проведён ограниченный круг исследований. По мнению авторов, диагноз СРК должен основываться на четырёх составляющих: анамнезе заболевания, непосредственном исследовании больного, минимальных лабораторных исследованиях и – при наличии клинических показаний – результатах колоноскопии.

Однако такой подход чреват серьёзными диагностическими ошибками, поскольку целый ряд органических заболеваний, таких как хронические воспалительные заболевания кишечника, микроскопические колиты и даже опухоли толстой кишки, могут протекать с клинической картиной СРК при

отсутствии «симптомов тревоги». Поэтому целесообразно рассматривать СРК как диагноз исключения.

Физикальное обследование. Должно быть направлено на исключение органического заболевания и обязательно включать осмотр перианальной области и трансректальное пальцевое исследование.

Лабораторные диагностические исследования. Рекомендуется всем пациентам с подозрением на диагноз СРК проведение общего (клинический) анализа крови, анализа крови биохимического общетерапевтического для исключения изменений, характерных для органических заболеваний (снижение уровня гемоглобина, лейкоцитоз, повышение СОЭ и др.).

Рекомендуется пациентам с диарейным и смешанным вариантами заболевания определение содержания антител к тканевой трансглутаминазе в крови (АТ к tTG) IgA или, при селективном иммунодефиците IgA, IgG для исключения целиакии.

Рекомендуется всем пациентам с подозрением на СРК исследование кала на скрытую кровь для исключения органических заболеваний.

Рекомендуется пациентам с диарейным и смешанным вариантами заболевания проведение исследования кала с целью исключения инфекционной природы заболевания. Также иммунохроматографическое экспресс-исследование кала на токсины A и B клостридии (*Clostridium difficile*) с целью исключения антибиотикоассоциированной диареи и псевдомембранозного колита и исследование уровня кальпротектина в кале для исключения воспалительных заболеваний кишечника.

Инструментальные диагностические исследования. Рекомендуется пациентам с диарейным и смешанным вариантом заболевания выполнение водородного дыхательного теста с глюкозой или лактулозой для выявления синдрома избыточного бактериального роста.

Рекомендуется пациентам с подозрением на СРК проведение ультразвукового исследования органов брюшной полости для исключения органических заболеваний.

Также проведение эзофагогастродуоденоскопии для исключения органических заболеваний верхних отделов желудочно-кишечного тракта.

Рекомендуется пациентам с выявленными АТ к tTG в диагностическом титре или родственникам первой линии больных целиакией проведение эзофагогастродуоденоскопии с биопсией двенадцатиперстной кишки для исключения целиакии.

Рекомендуется всем пациентам с СРК проведение илеоколоноскопии с биопсией терминального отдела тонкой и толстой кишки для исключения органических заболеваний.

Иные диагностические исследования. Дополнительные инструментальные и лабораторные исследования выполняются преимущественно с целью проведения дифференциальной диагностики с рядом заболеваний.

- Лактазная и дисахаридазная недостаточность, при которой прослеживается связь симптомов с приёмом определённых продуктов. Диагностика проводится при помощи дыхательного водородного теста с нагрузкой лактозой или фруктозой
- Внешнесекреторная недостаточность поджелудочной железы
- Радиационный (постлучевой) колит
- Колит, ассоциированный с приёмом нестероидных противовоспалительных препаратов
- Ишемическая болезнь органов пищеварения
- Рак толстой кишки
- Лямблиоз
- Дивертикулит
- Гинекологические заболевания (эндометриоз, воспалительные заболевания, опухоли яичника).

К редким причинам развития симптомов, характерных для СРК, в первую очередь диарейного варианта заболевания, относятся болезнь Уиппла, амилоидоз с поражением кишечника, а также вирусные поражения толстой кишки (цитомегаловирус, вирус простого герпеса).

Лечение, включая медикаментозную и немедикаментозную терапию, диетотерапию, обезболивание, медицинские

показания и противопоказания к применению методов лечения

Основные принципы терапии. Создание терапевтического союза между врачом и пациентом включает в себя общий для врача и пациента взгляд на природу симптомов заболевания и диагноз, соглашение в отношении лечебной стратегии (выбор препарата, ожидание формирования эффекта, терпение при смене лекарств, адаптация к нежелательным эффектам), соглашение в отношении границы терапевтических ресурсов.

Диетотерапия. Диета пациенту с СРК должна быть подобрана индивидуально путём исключения продуктов, вызывающих усиление симптомов заболевания (элиминационная диета). Несмотря на противоречивые данные исследований по оценке эффекта от назначения конкретной диеты, всем больным с СРК следует рекомендовать:

1. Принимать пищу регулярно в специально отведённое для этого время, избегать приёма в спешке, в процессе работы.
2. Не пропускать приёмы пищи и не допускать длительных перерывов между ними.
3. Целесообразно рекомендовать пациенту «ведение пищевого дневника» для выявления

продуктов, употребление которых приводит к усилению симптомов заболевания.

4. Пациентам с диарейным и смешанным вариантами СРК возможно назначение аглютеновой диеты.

Эффективность диеты с низким содержанием олигосахаридов (лактоза, фруктоза, фруктан, галактан) и полиолов (сорбитол, ксилитол, маннитол) сомнительна.

Масштабные исследования эффективности увеличения физической активности при СРК не проводились. Тем не менее, пациентам с СРК следует рекомендовать умеренные физические нагрузки (ходьба, езда на велосипеде, занятия аэробикой), которые приводят к достоверному уменьшению основных симптомов заболевания.

Рекомендуется пациентам с СРК при недостаточной эффективности диеты назначение альфа-галактозидазы.

Медикаментозное лечение. Пациентам с СРК при наличии жалоб на боли в животе рекомендуется назначение спазмолитиков для купирования болевого синдрома. Эффективностью данной группы препаратов в сравнении с плацебо (58 и 46% соответственно) подтверждена в метаанализе 29 исследований, в которых приняли участие 2333 пациента. Показатель NNT (количество пациентов, которых необходимо пролечить, чтобы добиться положительного результата у одного больного) при применении спазмолитиков оказался равным 7.

При сравнении препаратов высокая эффективность была отмечена при применении гиосцина бутилбромид и пинаверия бромид (NNT=3); кроме того, по данным отдельных исследований назначение некоторых спазмолитиков (например, мебеверина), наряду с уменьшением боли в животе приводит к достоверному улучшению качества жизни пациентов с различными вариантами СРК. Также мебеверин обладает высоким профилем безопасности и хорошо переносится при длительном применении.

В целом, по данным различных авторов, уровень исследований, в которых подтверждалась эффективность данной группы препаратов, колеблется от 1 до 3.

Пациентам с СРК рекомендуется назначение лоперамида для купирования диареи. Снижая тонус и моторику гладкой мускулатуры ЖКТ, лоперамид улучшает консистенцию стула, уменьшает количество позывов на дефекацию, однако не оказывает существенного влияния на другие симптомы СРК, в том числе на абдоминальную боль.

Пациентам с СРК с диареей рекомендуется назначение смектита диоктаэдрического для купирования диареи. В рандомизированном плацебо-контролируемом исследовании F.Chang и соавторов (2007) оценивалась эффективность применения смектита диоктаэдрического в течение 8 недель у 104 пациентов с диарейным вариантом СРК. Ежедневный приём препарата (1 пакетик 3 раза в день) способствовал достоверному (по сравнению с данными на начальном этапе исследования и плацебо) улучшению качества жизни больных с СРК, а также уменьшению интенсивности боли в животе и метеоризма.

(Окончание следует.)

Врождённые аномалии костей черепа и лица, врождённые костно-мышечные деформации головы и лица (взрослые и дети)

Клинические рекомендации

(Окончание. Начало в № 21 от 01.06.2022.)

Рекомендуется проведение аудиометрии сурдологу с целью оценки слуха. Позволяет объективно оценить состояние слуха и его нарушения.

Рекомендуется проведение дакриоцистинографии офтальмологом с целью оценки системы слезоотведения, при наличии клинической картины нарушений со стороны системы слезоотведения.

Исследование позволяет получить наиболее полные данные о состоянии слезоотводящих путей.

Иные диагностические исследования. В разделе 2.4 описаны диагностические методики, наиболее полно охватывающие все аспекты описываемых заболеваний, однако патология настолько разнообразна, а сочетание симптомов в каждом конкретном случае столь специфично, что могут быть применены дополнительные методы в зависимости от клинических проявлений. Специфической иной диагностики, не описанной выше, не предусмотрено.

Лечение, включая медикаментозную и немедикаментозную терапии, диетотерапию, обезбоживание, медицинские показания и противопоказания к применению методов лечения

Консервативное лечение. Консервативное лечение рекомендовано только в случае деформационной лобной плагиицефалии, в возрасте 6-18 месяцев и заключается в применении индивидуальных моделирующих шлемов. В остальных случаях консервативное лечение не применяется.

Окружность головы ребёнка в первые 6 месяцев жизни вследствие роста мозга увеличивается на 8,3 см. После 18 месяцев рост мозга ослабевает и происходит утолщение костей свода черепа. Лечение детей с деформационной лобной плагиицефалией шлемом не рекомендуется проводить в возрасте до 6 месяцев, так как шлем может сдерживать быстрый рост головного мозга. В возрасте после 18 месяцев лечение шлемом не даст положительных результатов, так как рост мозга в этом промежутке времени уже ослабевает. В интервале между 6 и 18 месяцами медленный рост мозга увеличивает окружность головы ежемесячно приблизительно на 0,6 см. Это наиболее безопасное время для использования моделирующего шлема. Слабый в этом промежутке времени потенциал роста мозга не оказывает большого воздействия на стенки черепа, поэтому лечение шлемом может выполняться за счёт медленного роста мозга именно в течение этого периода.

Хирургическое лечение. В состав хирургической бригады рекомендуется включать челюстно-лицевого хирурга и нейрохирурга, при необходимости одновременных вмешательств на органе зрения или слуха – офтальмолога, оториноларинголога.

Во всех случаях описываемых патологий рекомендуется проведение устранения деформации и создания условий для нормального роста головного мозга, мозгового и лицевого черепа.

В настоящее время не существует единого универсального метода устранения той или иной деформации. В каждом конкретном случае необходимо индивидуальное планирование операции в зависимости от возраста пациента и типа деформации. Имея дело со всеми случаями, когда возникает угроза влияния на нормальный рост лица, челюстно-лицевой хирург вправе комбинировать известные методы реконструкции мозгового и лицевого черепа.

Вне зависимости от степени внешней деформации, приступая к лечению, рекомендуется оценивать заинтересованность всех отделов мозгового и лицевого черепа.

Во всех случаях имеется патология как мозгового, так и лицевого черепа. Рекомендуется проведение оперативных вмешательств в максимально раннем возрасте пациента.

При прочих равных условиях и удовлетворительных антропометрических данных оперируемой области, лучшие результаты лечения могут быть достигнуты при проведении операций в максимально раннем возрасте пациента.

У пациентов в возрасте до года удаление фиксирующих металлоконструкций рекомендовано проводить в срок не позднее 2 месяцев с момента операции. За этот период костные фрагменты срастаются в правильном положении, а более длительное нахождение пластин будет вызывать сдерживающий рост черепа эффект.

У пациентов в возрасте после года удаление фиксирующих металлоконструкций рекомендовано в срок не позднее 6 месяцев с момента операции. За этот период костные фрагменты срастаются в правильном положении, а более длительное нахождение пластин будет вызывать эффект, сдерживающий рост черепа.

Как при синдромальных, так и при несиндромальных формах краниосиностозов с целью устранения краниосиностоза и деформации мозгового и лицевого черепа рекомендовано проведение линейных краниоэктомий, ремоделирования и перемещения костей свода и основания черепа.

Устранение краниосиностоза путём только краниоэктомий возможно лишь у пациентов с изолированным синостозом сагиттального шва в возрасте до 3 месяцев. Во всех остальных случаях должно проводиться реконструктивное вмешательство путём проведения краниоэктомий, ремоделирования и перемещения костных фрагментов.

При синдромальных формах краниосиностозов с целью устранения гипоплазии средней зоны лицевого скелета рекомендовано проведение выдвижения костей средней зоны лицевого скелета (Le Fort III и/или Le Fort I), контурная пластика спинки носа аутоотрансплантатом со свода черепа.

При синдромальных формах краниосиностозов с целью контурной пластики нижней зоны лицевого скелета рекомендовано проведение ремоделирования и/или реконструкции нижней челюсти, ступенчатой geniопластики.

При синдромальных формах краниосиностозов ортогнатические операции рекомендовано проводить с 10-14 лет.

При синдромальных формах краниосиностозов с целью устранения деформации мягкотканного компонента лица рекомендовано проведение контурной пластики.

Устранение колобом век и нарушения слезоотведения рекомендовано путём проведения блефаропластики и дакриоцистиностомии, начиная с возраста 1-2 лет.

Устранение деформации, вызванной недоразвитием костей средней зоны лицевого скелета и нижней челюсти, рекомендовано путём проведения опорно-контурной пластики костей скулоглазничного комплекса, geniопластики, начиная с 5-6 лет.

Реконструктивные операции на ухе с целью устранения патологии, связанной с органом слуха, рекомендовано проводить начиная с 6-7 лет.

Ортогнатические оперативные вмешательства рекомендовано проводить начиная с 10-14 лет.

При сочетании ОГ с преждевременным синостозированием швов свода и основания черепа, приводящим к развитию плагиицефалии, брахицефалии, скафоцефалии, устранение ОГ рекомендуется проводить вместе с устранением различных форм краниосиностозов.

Метод черепно-лицевой реконструкции и сближения глазниц рекомендуется выбирать в зависимости от степени ОГ, его типа и глубины пролапса продырявленной пластинки решётчатой кости.

Хирургическое лечение больных с ОГ и сопутствующих ему деформаций рекомендовано проводить у детей начиная с 3-6 месяцев жизни.

Для устранения ОГ 1-й степени 1-го типа рекомендовано применение следующих хирургических приёмов: остеотомия глазниц

по методике Converse-Smith; остеозэктомия в области внутренних отделов глазниц; двусторонняя медиальная трансназальная кантопексия; экзентерация клеток решётчатого лабиринта; иссечение черепно-мозговой грыжи, ушивание твёрдой мозговой оболочки; пластика дефекта основания черепа с использованием костных ауто-трансплантатов со свода черепа; контурная пластика спинки носа аутоотрансплантатом со свода черепа; пластика кожи лица местными тканями.

Для устранения ОГ 1-й степени 2-го типа, 2-й степени 1-го и 2-го типа рекомендовано применение следующих хирургических приёмов: верхняя U-образная остеотомия, сближение глазниц; краниотомия; круговая орбитотомия, сближение глазниц; краниализация лобных пазух; пломбирование носолобного канала; костная пластика дефектов черепа с использованием аутоотрансплантатов со свода черепа; перемещение височных мышц; двусторонняя медиальная трансназальная кантопексия; экзентерация клеток решётчатого лабиринта; иссечение черепно – мозговой грыжи, ушивание твёрдой мозговой оболочки; пластика дефекта основания черепа с использованием костных аутоотрансплантатов со свода черепа; контурная пластика спинки носа аутоотрансплантатом со свода черепа; пластика кожи лица местными тканями.

Для устранения ОГ 3-й степени 1-го и 2-го типов рекомендовано применение следующих хирургических приёмов: краниотомия; круговая орбитотомия, сближение глазниц; краниализация лобных пазух; пломбирование носолобного канала; костная пластика дефектов черепа с использованием аутоотрансплантатов со свода черепа; перемещение височных мышц; двусторонняя медиальная трансназальная кантопексия; экзентерация клеток решётчатого лабиринта; иссечение черепно – мозговой грыжи, ушивание твёрдой мозговой оболочки; пластика дефекта основания черепа с использованием костных ауто-трансплантатов со свода черепа; контурная пластика спинки носа аутоотрансплантатом со свода черепа; пластика кожи лица местными тканями.

Иное лечение. Иное специфическое лечение для пациентов с описываемой патологией не предусмотрено.

Медицинская реабилитация, медицинские показания и противопоказания к применению методов реабилитации

Всем пациентам, перенёвшим хирургическое лечение, рекомендуется проведение реабилитационных мероприятий, целью которых является полное социальное и физическое восстановление пациента.

Хирургическое лечение пациентов с черепно-лицевыми дизостозами является основополагающим, но только комплексная, своевременно и планомерно осуществляемая специализированная помощь пациентам с врождёнными пороками развития костей черепа позволяет обеспечить оптимальный анатомический и функциональный эффект лечения и полную реабилитацию. Регулярность наблюдений пациентов позволяет контролировать качество проводимого лечения на протяжении всего периода реабилитации и вносить коррективы в план ведения пациента в соответствии с возникшими изменениями.

Специфической реабилитации по поводу описываемых патологий не предусмотрено. Для оказания комплексной помощи и обеспечения полной реабилитации пациентов с краниосиностозами необходима скоординированная работа команды специалистов: челюстно-лицевого хирурга, нейрохирурга, невропатолога, офтальмолога, педиатра, оториноларинголога, генетика, ортодонта, анестезиолога, логопеда. Реабилитационные мероприятия проводятся исходя из конкретных клинических симптомов (неврологических, офтальмологических, логопедических и т.д.) и подлежат рассмотрению в соответствующих клинических рекомендациях.

Профилактика и диспансерное наблюдение, медицинские показания и противопоказания к применению методов профилактики

Профилактика. При появлении симптомов аномалий костей черепа и лица, а так же костно-мышечных деформаций головы рекомендуется консультация челюстно-лицевого хирурга для определения тактики ведения и лечения пациента с целью предотвращения прогрессирования болезни и развития осложнений.

Специфической профилактики возникновения описываемых патологий не существует. При внутриутробном выявлении патологии, профилактика заключается в плановом рациональном ведении беременности, при выявлении случаев заболеваний – обследовании у генетика.

Диспансерное наблюдение. В качестве минимального комплекса послеоперационного наблюдения рекомендованы регулярные (не реже раза в 6 месяцев) осмотры челюстно-лицевого хирурга, невролога, офтальмолога, педиатра.

При наличии подозрений о возникновении рецидива, вторичной деформации, ухудшении местного, неврологического, офтальмологического и других статусов пациента, рекомендовано проведение КТ всего черепа, МРТ головного мозга, ЭЭГ и других исследований, исходя из клинической картины.

Организация оказания медицинской помощи

Показания для госпитализации в медицинскую организацию:

– Необходимость проведения инструментальных методов исследования под наркозом.

– Необходимость проведения оперативного вмешательства по устранению черепно-лицевой аномалии.

Показания к выписке пациента из стационара:

– выполнение запланированных диагностических исследований;

– устранение или улучшение черепно-лицевой аномалии;

– отсутствие признаков послеоперационных осложнений.

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

– проведение оперативного вмешательства на костях мозгового черепа, верхней зоны лица и верхней половине средней зоны лица в возрасте старше 1-1,5 лет отрицательно влияет на результаты и прогноз лечения;

– применение только линейных краниоэктомий для лечения краниосиностозов (за исключением синостоза сагиттального шва в возрасте до 3 месяцев) приводит к неблагоприятным результатам и осложнениям.

– при лечении синостоза сагиттального шва путём краниоэктомии, выкусывание слишком широкого дефекта в области сагиттального шва (более 3 см) приводит к неблагоприятным результатам, вторичным деформациям и осложнениям.

Виктор БЕЛЬЧЕНКО,
главный специалист по челюстно-лицевой хирургии Департамента здравоохранения Москвы, главный врач Челюстно-лицевого госпиталя для ветеранов войн департамента, член правления Общероссийской общественной организации «Общество специалистов в области челюстно-лицевой хирургии», доктор медицинских наук, профессор.

Игорь ГЛАЗЕР,
челюстно-лицевой хирург Морозовской детской городской клинической больницы, член Общероссийской общественной организации «Общество специалистов в области челюстно-лицевой хирургии».

Павел ГОЛОВАНЕВ,
челюстно-лицевой хирург Научно-практического центра специализированной медицинской помощи детям им. В.Ф.Войно-Ясенецкого Департамента здравоохранения Москвы, член Общероссийской общественной организации «Общество специалистов в области челюстно-лицевой хирургии».

Конгресс посвящён 165-летию со дня рождения выдающегося учёного Владимира Бехтерева и 115-летию созданного им психоневрологического института (ПНИ). На открытии были зачитаны приветствия министра здравоохранения РФ Михаила Мурашко, Комитета по науке и высшей школе Санкт-Петербурга и президента Независимой психиатрической ассоциации России (НПАР) Юрия Савенко. По словам последнего, прежние директора психоневрологического института (ныне НМИЦ психиатрии и неврологии им. В.М.Бехтерева) – Владимир Бехтерев, Владимир Мясисев и Модест Кабанов – являют «достойный пример научных достижений и гражданского мужества в годы, намного более тяжёлые и опасные, чем ныне».

Школа Бехтерева

Научная программа открылась докладом директора НМИЦ им. В.М.Бехтерева профессора Николая Незнанова о необычной истории возглавляемого им учреждения. Психоневрологический институт был первым частным российским университетом, куда принимали независимо от половой и конфессиональной принадлежности (в Императорские университеты женщин не принимали, а приём евреев жёстко лимитировался процентной нормой). «Общими усилиями к общему благу» стало девизом нового учреждения. В 1909 г. открылись педагогический и юридический, в 1910 г. – основной (т.е. подготовительный), а в 1911 г. – медицинский факультеты.

Конгресс проходил в здании бывшего Противоалкогольного института при ПНИ, построенном в 1910 г. архитектором Мельцером. В 1918 г. ПНИ, где за 10 лет получили образование 12 тыс. студентов, был преобразован во 2-й Государственный Петроградский университет (правопреемником его медицинского факультета сейчас является Северо-Западный университет им. И.И.Мечникова). За прошедшие 115 лет ПНИ внёс существенный вклад в клинические нейронауки. Здесь появилось в 1910 г. первое в мире нейрохирургическое отделение, в 1932 г. был создан сектор социальной психоневрологии с лечебно-трудовыми мастерскими, в 1962 г. – проблемная комиссия по медицинской психологии, а в настоящее время ведутся пионерские работы по фармакогенетике. Около 50 человек работали в ПНИ более 30 лет, но немало и молодёжи. Свидетельством этому стал прошедший во время съезда симпозиум Совета молодых учёных НМИЦ им. В.М.Бехтерева, на котором звучали доклады на английском языке.

Затем в записи был показано выступление академика РАН Александра Скоромца о вкладе Бехтерева в отечественную неврологию. Однако речь шла не столько о Бехтереве, сколько о заведующих созданной им в 1900 г. кафедры нервных и душевных болезней Санкт-Петербургского женского медицинского института (ныне Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. И.П.Павлова). С 1915 по 1937 г. кафедру нервных болезней возглавлял ученик Бехтерева профессор Михаил Никитин, затем (с 1938 по 1954 г.) другой его ученик – профессор Евгений Вендерович. С 1954 по 1970 г. кафедрой руководил профессор Дмитрий Богородинский, с 1970 по 1975 г. – профессор Аркадий Шварев, а с 1975 г. по настоящее время её возглавляет докладчик. Каждому из этих заведующих были посвящены монографии, включавшие переиздание их трудов.

Точка безумия

Профессор Пётр Морозов (Москва) начал своё выступление, посвящённое эвтаназии душевнобольных, с упоминания о минировании подвалов с душевноболь-

ными в Мариуполе и опытах над ними в Харькове. Сторонниками эвтаназии были ведущие немецкоязычные психиатры, такие как Эмиль Крепелин и Ойген Блейлер. С 1907 г. в Швейцарии практиковалась принудительная стерилизация душевнобольных, а в 1928 г. был принят специальный закон. Ученик Крепелина Эрнст Рюдин разрабатывал в нацистской Германии программу эвтаназии Т4. С декабря 1940 по сентябрь 1941 г. там было уничтожено более 70 тыс. пациентов психиатрических клиник. После массовых протестов программа была прекращена, но продолжалась «дикая» эвтаназия с помощью фенobarбитала, морфина, газовых камер, голода и пыток холодом. С 1942 по 1945 г. от голода по-

для всех видов деятельности будет принят после внесения изменений в ст. 6 «Закона о психиатрической деятельности». Возникает вопрос, где же взять столько психиатров для поголовных осмотров? Как избежать злоупотреблений в столь деликатной сфере? Почему не предусматривается обязательное психиатрическое освидетельствование претендентов на высшие государственные должности?

Главный специалист психиатрии Департамента здравоохранения Москвы профессор Георгий Костюк рассказал о территориальной модели психиатрической помощи. За последние четверть века наблюдалось «драматическое снижение коечного фонда» – число психиатрических коек в столице

Маркёры депрессии

Психиатрию XXI века иллюстрировал доклад доктора медицинских наук Александра Кибитова (Москва – Санкт-Петербург) «Возможности онлайн фенотипирования депрессии в популяционных когортах с использованием HADS и DSM-5: российское полногеномное ассоциативное исследование (GWAS) 4520 участников». Это первое в РФ полногеномное исследование депрессии, которой, как известно, подвержено до 5% населения. Если технология генотипирования давно разработана, то с фенотипированием депрессий есть нерешённые проблемы. Существуют разные методы фенотипирования, и в итоге получается история с ощупывани-

Символично, что конференция проходила в бывшей операционной основоположника хирургической неврологии профессора Л.Пуссеса, превращённой в лекционную аудиторию. Председательствовали невролог, нейрохирург и психиатр. Её центральной темой была эпилепсия.

Вице-президент Российской противозаболевающей лиги доктор медицинских наук Сергей Бурд (РНИМУ им. Н.И.Пирогова) рассказал о лекарственных взаимодействиях противозаболевающих препаратов (антиконвульсантов), которые часто назначаются с адъювантами (что позволяет снизить дозу антиконвульсантов), такими как антиоксиданты, антиаритмики, бета-блокаторы и т.д.

Деловые встречи

Психиатры против безумия

В Санкт-Петербурге состоялся Всероссийский конгресс «Психоневрология: век XIX – век XXI»



гибло около миллиона пациентов психиатрических клиник Германии. На оккупированных нацистами территориях СССР душевнобольные уничтожались (газовые камеры и расстрелы). Впрочем, эвтаназия предполагает желание больного уйти из жизни, и можно ли назвать этим словом зверства нацистов? В современных Нидерландах врачи могут умертвить больных с психическими расстройствами, если те сделали предварительные распоряжения. На недавнем заседании исполкома Европейской психиатрической ассоциации (ЕПА) докладчик предлагал осудить эвтаназию.

Выступление директора НМИЦ психиатрии и наркологии им. В.П.Сербского (Москва) доктора медицинских наук Светланы Шпорт было посвящено совершенствованию нормативного регулирования психиатрической помощи. Разрабатываемые документы «определяют развитие психиатрии на ближайшие десятилетия». В Минздраве России подготовлены проекты следующих приказов: «Порядок оказания медицинской помощи по профилю «психиатрия» (290 страниц!), «Порядок проведения медицинского психиатрического освидетельствования», «Об утверждении порядка диспансерного наблюдения за лицом, страдающим хроническим и затяжным психическим расстройством с тяжёлыми стойкими или часто обостряющимися болезненными проявлениями», «Об утверждении Порядка прохождения обязательного психиатрического освидетельствования работниками, осуществляющими отдельные виды деятельности, его периодичности, а также видов деятельности, при осуществлении которых проводится психиатрическое освидетельствование». Освидетельствовать предлагается всех педагогов, включая воспитателей в детских садах, всех медиков и т.д. Перечень медицинских противопоказаний

уменьшилось с 16 тыс. до 7 тыс. Вместе с тем активизировалась амбулаторная помощь – посещаемость психиатра за последние 10 лет выросла почти в 1,5 раза. Увеличилось в разы назначение нейролептиков в виде инъекционных пролонгов. Отмечается ежегодный рост продаж антидепрессантов, причём препараты выпускаются не психиатрами. В марте 2022 г. резко увеличилось число людей, принимающих антидепрессанты (по России в ритейле) – на 79% по сравнению с мартом 2021 г. (вероятно, это связано с событиями в Украине).

Единственным клиническим докладом первой части пленарной сессии было выступление патриарха отечественной психиатрии академика РАН Анатолия Смулевича (Первый МГМУ им. И.М.Сеченова), посвящённое ипохондрии. В современной классификации (DSM-V) она отнесена к невротическим расстройствам. Ссылаясь на работы Эрнста Кречмера, Андрея Снежневского и ван Оса, докладчик рассматривает психоз как многомерный феномен, находящийся в континууме нормы, отвергая категориальную модель болезни по принципу «всё или ничего». Предложенная трансологическая модель ипохондрии представлена как непрерывный процесс, начинающийся психосоматическими расстройствами и завершающийся систематизированным ипохондрическим бредом (преследования, отравления, мнимой болезни и т.д.). Ипохондрия разделяется на первичную и вторичную. Первичная (ипохондрическое развитие личности) – проявляется увлечением экстремальными видами спорта, диетами, алкоголем и т.д. Речь идёт о «психозоподобных признаках», «получертах-полусимптомах». В качестве метафоры был представлен всадник (ипохондрия) на лошади (психосоматические реакции). Вторичная ипохондрия не имеет самостоятельного значения и входит в состав разнообразных синдромов. Ипохондрическая паранойя трактуется как одержимость собственным телом. Но если рассматривать психопатологию как континуум, то как определить то, что Осип Мандельштам назвал «точкой безумия»? Грань между психотическими и непсихотическими расстройствами размывается.

Подводя итоги первого пленарного заседания, член-корреспондент РАН Юрий Александровский (Москва) охарактеризовал доклад академика Смулевича как образец классической психиатрии XIX – первой половины XX века. В большинстве докладов, по мнению Александровского, использовался количественный (статистический) анализ (цифры и баллы по разным шкалам). Данные легче объективизировать, но происходит отрыв от конкретного больного.

ем слона людьми с завязанными глазами – один описывает хвост, другой – хобот и т.д. Предлагается стратификация популяции с помощью полигенных шкал риска для определения индивидуумов с высоким уровнем генетического риска развития аффективных расстройств. Этот амбициозный проект, проводимый Российским национальным консорциумом по психиатрической генетике, нацелен на поиск работающих биомаркёров депрессии.

Необходимость такого поиска продемонстрировал доклад профессора Елены Костюковой (НМИЦ психиатрии и наркологии им. В.П.Сербского), зачитанный в режиме онлайн. Если верить статистике, распространённость биполярного аффективного расстройства (БАР) в РФ на порядок ниже, чем в других странах, а шизофрении, наоборот, выше. «Ставят диагноз шизофрении вместо БАР», – объясняет Е.Костюкова. Если в США при БАР назначаются антипсихотики второго поколения, а антидепрессанты – в исключительных случаях. К сожалению, биомаркёров терапии БАР мало.

Оригинальное решение проблемы комплаентности путём добавления морфина к принимаемому препарату предложил профессор Владимир Козловский (НМИЦ им. В.М.Бехтерева). «Эффективность плацебо растёт из года в год», – отметил он.

Пленарная сессия завершилась выступлением профессора Галины Мазо (НМИЦ им. В.М.Бехтерева) о терапевтической резистентности при депрессии. В 80% случаев так называемая резистентность является следствием диагностических ошибок. В 42% депрессия обусловлена генетическими факторами. Исходя из моноаминовой гипотезы, применяются антидепрессанты быстрого действия (кетамин и т.д.).

В поисках блуждающего нерва

В рамках конгресса состоялась научно-практическая конференция «Традиции и инновации в психоневрологии». Она открылась докладом профессора Марины Акименко (НМИЦ им. В.М.Бехтерева), посвящённым альбому, подаренному Бехтереву его учениками в 1910 г. по случаю 25-летия врачебной деятельности учителя. В нём 81 фотопортрет. Ученики Бехтерева возглавили 20 кафедр нервных и душевных болезней. Среди его учеников основоположник отечественной нейрохирургии Людвиг Пуссеп, известный физиолог Борис Бабкин, невропатолог Захарченко и т.д. К нынешнему конгрессу хранящийся в музее НМИЦ им. В.М.Бехтерева альбом издан в виде книги, включающей бехтеревские автобиографии разных лет.

Доктор медицинских наук Анна Лебедева (также из РНИМУ) говорила о когнитивных и эмоциональных нарушениях при эпилепсии. Сейчас лечением эпилепсии занимаются, как правило, неврологи. Среди психиатров эпилептологов почти не осталось. «Последним из могикан» является профессор Михаил Киссин (городской эпилептологический центр, Санкт-Петербург), посвятивший доклад клинике и терапии эпилепсии с коморбидными психическими расстройствами. Направлять больных эпилепсией к психиатру рекомендуется в случае неудачного лечения двумя антидепрессантами. Многие антиконвульсанты обладают психотропным действием. Например, ламотриджин является антидепрессантом. Наоборот, барбитураты, бензодиазепины и вальпроаты характеризуются седативными и анксиолитическими эффектами. Ламотриджин и карбамазепин рекомендованы как препараты первой линии при фокальных эпилептиках. «Должен быть чёткий алгоритм взаимодействия невролога с психиатром», – отметил М.Киссин.

Аффективным расстройствам и суицидальным мыслям у больных эпилепсией было посвящено выступление профессора Владимира Михайлова (НМИЦ им. В.М.Бехтерева). По числу суицидов Россия занимает одно из первых мест в мире, а каждый четвёртый или каждый третий самоубийца – душевнобольной. У больных эпилепсией риск самоубийства повышается. Некоторые антиконвульсанты провоцируют психические расстройства (депрессию, агрессию или психоз), о чём также говорил предыдущий докладчик. Риски суицидального поведения изучались психометрическими методами (с помощью специальных шкал и опросников).

Ряд докладов касался хирургии эпилепсии. Профессор Алексей Улитин (Российский научно-исследовательский нейрохирургический институт им. А.Л.Поленова (РНИНХИ)) осветил вопросы организации нейрохирургической помощи больным эпилепсией в Санкт-Петербурге. Ежегодно в городе делается около 100 операций по поводу эпилепсии (выполняются только в федеральных центрах). Планируется оперировать височную эпилепсию в городских стационарах и развивать функциональную нейрохирургию. Хирургическому лечению фармакорезистентной эпилепсии были посвящены доклады доктора медицинских наук Вагара Касумова (Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет) и кандидата медицинских наук Анны Василенко (НМИЦ им. В.А.Алмазова). Показаниями к операции являются

безуспешность лечения двумя антиконвульсантами в течение 2 лет, частые эпилептические приступы, чёткий эпилептический очаг по данным ЭЭГ-мониторинга и соответствующий ему очаг на МРТ. «Без грамотного медикаментозного сопровождения хирургическое лечение эпилепсии приобретает пессимистический вектор динамики», – подчеркнула А.Василенко.

При фармакорезистентных формах генерализованной эпилепсии применяется хроническая электрическая стимуляция блуждающего нерва – СБН (VNS). Это паллиативная процедура. Механизм её противосудорожного действия неизвестен. Пожалуй, самый большой опыт имплантации стимуляторов блуждающего нерва в нашей стране накоплен в нейрохирургическом отделении НМИЦ им. В.М.Бехтерева. С 2009 г. там проведена СБН у 52 больных, у которых отсутствовали показания к интракраниальной хирургии (либо больные от неё отказывались). Менее чем у 10% оперированных отмечалось полное прекращение припадков через год после операции. Поиски предикторов хорошего исхода СБН продолжаются. Профессор Тарас Скоромец, возглавляющий это отделение, выступил на конференции с докладом «Ренессанс психохирургии», упомянув перспективное мультицентровое рандомизированное контролируемое слепое испытание безопасности и эффективности СБН при фармакорезистентной депрессии RECOVER, в котором предполагается участие 6,8 тыс. человек. Собственный опыт докладчика – три случая СБН при депрессии.

Профессор Наталья Иванова (РНИНХИ) рассказала о необходимости нейрореабилитации после хирургии эпилепсии, которая должна быть персонализированной и мультидисциплинарной, а профессор Виктор Помников (Санкт-Петербургский институт усовершенствования врачей-экспертов) остановился на особенностях медико-социальной экспертизы при эпилепсии. Мужчин освидетельствуют втрое чаще, чем женщин. Почти три четверти больных эпилепсией не работают. Реабилитация имеет социальный и профессиональный аспекты. Необходимо создание специальных рабочих мест для больных эпилепсией. Они идеально подходят туда, где необходима точность и скрупулёзность (например, работа бухгалтера). Нужна система реабилитации с межведомственным взаимодействием. «Как только «подвисает» экономика, больных с фармакорезистентной эпилепсией становится больше», – отметил В.Помников. – У нас почти нет нормальных психиатров».

В рамках конгресса также состоялась научно-практическая конференция «Мир аддикций», секционные заседания по медицинской психологии, психотерапии, психическому здоровью, персонализированной наркологии, II Всероссийская конференция «Персонализированная психиатрия и неврология», посвящённая памяти академика РАН Вячеслава Новицкого, четыре спателлитных симпозиума, пленум правления РОП по подготовке МКБ-11 к применению в РФ и т.д. О каждом из этих мероприятий можно было бы написать отдельно. Однако самым главным достоинством очных форумов является живое общение в кулуарах. Один из ведущих отечественных психиатров выдвинул идею создания международного движения «Психиатры против ядерного безумия». Как известно, в 1980 г. советскими и американскими медиками была создана организация «Врачи мира за предотвращение ядерной войны», удостоенная в 1985 г. Нобелевской премии мира. Сейчас угроза ядерной войны выросла многократно. Когда мир сходит с ума, остаётся надеяться на помощь психиатров.

Болеслав ЛИХТЕРМАН,
корр. «МГ».

Москва – Санкт-Петербург.

Сотрудничество

В приоритете – здоровье женщин и детей

Об этом говорили специалисты на VI Международном саммите «Женское здоровье»



Л.Адамян

В Российском национальном исследовательском медицинском университете им. Н.И.Пирогова состоялся VI Международный междисциплинарный саммит «Женское здоровье», организованный вузом совместно с Международной федерацией акушеров-гинекологов (FIGO).

Научная встреча прошла в гибридном формате: очном и онлайн. Зарегистрировались 750 специалистов, из которых 150 делегатов прибыли в РНИМУ. В саммите приняли участие представители из 10 стран, в том числе Австрии, Армении, Азербайджана, Грузии, Италии, Сербии, США, Чили. Уникальная научная встреча стала важным шагом к укреплению международного сотрудничества и повышению качества акушерско-гинекологической и перинатальной помощи по всему миру.

«Женское здоровье является первоочередной задачей здравоохранения во всех странах мира. Самые современные составляющие лечения должны быть направлены в эту сферу. Я как генетик, молекулярный биолог, безусловно, вижу применение молекулярных

технологий в диагностических и терапевтических подходах в данной области. Уверен, что те секции, которые вы посетите, а также направления, затронутые вами, дадут лучшее понимание разработок и инноваций, актуальных сегодня в женском здоровье», – обратился к гостям саммита ректор по научной работе РНИМУ им. Н.И.Пирогова профессор РАН Денис Ребриков.

В рамках конгресса широко освещались вопросы по акушерско-гинекологической и перинатальной тематикой, а также рассматривались решения ключевых проблем в повседневной практике специалистов. Роды и беременность высокого риска, лечение бесплодия, урогинекологические и инфекционные заболевания, контрацепция и эстетическая гинекология, миома матки и эндометриоз, онкозаболевания у беременных. Эти и многие другие аспекты были представлены



Д.Ребриков

ционального медицинского исследовательского центра акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И.Кулакова, главный специалист по акушерству и гинекологии Минздрава России, заведующая



Во время открытия форума

в докладах ведущих специалистов отрасли.

Масштабность саммита и важность его проведения отметила в приветственном слове почётный член президиума, заместитель директора по научной работе На-

кафедрой репродуктивной медицины и хирургии МГМСУ им. А.И.Евдокимова, академик РАН Лейла Адамян.

«Этот саммит – действительно праздник. Времена сейчас непростые, но дорогу осилит идущий.

Тенденции

Высокие технологии заботы о сердце

В столичном сегменте отрасли ведётся непрерывная работа по улучшению качества и повышению доступности высокотехнологичной медицинской помощи. Одно из ключевых направлений этой работы – лечение сердечно-сосудистых заболеваний, для чего в прошлом и текущем году в практику врачей городских больниц внедрили пять новых видов высокотехнологичных операций. Об этом сказала главный врач городской клинической больницы им. И.В.Давыдовского Департамента здравоохранения Москвы, главный кардиолог департамента, профессор Елена Васильева.

«В Москве была создана и много лет успешно работает инфарктная сеть, которая позволяет оказывать экстренную высокотехнологичную помощь пациентам с острыми кардиологическими патологиями. Многие оперативные вмешательства, которые раньше казались фантастикой, сегодня стандартно выполняются столичными врачами. В их числе, например, тромбоэкстракции у пациентов с ишемичес-

ким инсультом и стентирование коронарных артерий. При этом в городское здравоохранение продолжают внедряться новые методы высокотехнологичной помощи,

чтобы пациенты с сердечно-сосудистыми заболеваниями могли получать самое современное лечение. За прошедший год мы начали использовать пять новых высокотехнологичных лечебных методик. Теперь они доступны пациентам не только федеральных центров, но и городских больниц. Это самые сложные операции, которые проводят врачи на самом современном оборудовании», – сообщила Е.Васильева.

Такие вмешательства необходимы пациентам с наиболее тяжёлыми формами заболеваний. В числе внедрённых методов можно выделить гибридный метод взаимодействия двух сосудистых бригад в рамках одной операционной, который применяется у больных с многоуровневым поражением артерий нижних конечностей. Для части пациентов это единственная возможность спасти конечность от ампутации. Также в городских стационарах внедрили эндоваскулярные методики восстановления

лёгочного кровотока у пациентов с последствиями тромбоэмболий лёгочной артерии.

Подобные операции, разумеется, требуют филигранной работы на лёгочном сосудистом дереве. В результате к повседневной активности возвращаются пациенты, которые долгие годы испытывали постоянную одышку и необходимость в кислородной маске. Ещё одним нововведением стало использование кардиологами Москвы новых видов кардиостимуляции – оптимайзеров. Эти приборы используются у пациентов с тяжёлой сердечной недостаточностью. Также в московских больницах стали доступны сложные методики удаления ранее имплантированных, но уже не нужных для пациента электродов электрокардиостимуляторов.

Помимо этих методов, в столичных стационарах проводятся уникальные высокотехнологичные операции, которые являются единичными в мировой практике. Например, гибридные вмешательства у пациентов с ишемическим инсультом, когда при сложных многоуровневых поражениях сосудов головного мозга двумя бригадами

Мы с вами те самые идущие, которые должны при любых обстоятельствах быть на высоте. От нас зависят образование врачей, просвещение нашего женского населения, демография, настроение и комфорт в семье, – подчеркнула Лейла Владимировна. – Поздравляю вас с великолепной программой, она имеет огромный охват. Уверена, что все те, кто нас видит и слушает, будут обогащены новыми знаниями. Это послужит очень серьёзным напутствием для дальнейшего развития нашей науки».

Организатор саммита заведующая кафедрой акушерства и гинекологии лечебного факультета РНИМУ им. Н.И.Пирогова, президент Национальной ассоциации акушеров-гинекологов и репродуктологов «Женское здоровье», заслуженный врач РФ Юлия Доброхотова рассказала об истории проведения подобных встреч и поблагодарила всех присутствующих за продолжение традиции профессионального обмена опытом.

«Несмотря на трудности с перелётом, к нам приехали специалисты из западных стран и ближнего зарубежья. Мы благодарны всем, кто прислал доклады и будет работать онлайн. Мы остались едины, преданы своей профессии, специальности. Самое главное для нас – здоровье наших пациентов: женщин и детей», – отметила Юлия Эдуардовна.

Также свои доклады представили заместитель директора НМИЦ акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И.Кулакова, директор Института онкогинекологии и маммологии, академик РАН Левон Ашрафян и почётный секретарь Международной федерации акушеров-гинекологов, декан факультета акушерства Университета Перуджи, директор Международной и европейской школы по перинатальной и репродуктивной медицине Жан Карло Ди Ренцо.

Научная программа включала в себя прекурс и посткурс, в ходе которых проводились трансляция из операционных, мастер-классы по акушерству и гинекологии.

Участники встречи поблагодарили организаторов за возможность существенно повысить уровень профессиональных знаний, принять участие в дискуссиях с самыми известными представителями своей специальности и наладить рабочие контакты.

Александр ГЕОРГИЕВ.

Москва.

хирургов – сосудистых и эндоваскулярных – восстанавливается мозговой кровоток с применением как методов открытой хирургии, так и внутрисосудистых техник удаления тромбов. Без такого взаимодействия восстановить кровоток, а значит спасти жизнь у наиболее тяжёлых пациентов, ранее было технически невозможно. Такие вмешательства стали проводить в ряде московских стационаров.

В прошлом году пациентам городских стационаров столицы, а также москвичам в федеральных и частных центрах было проведено рекордное количество высокотехнологичных операций – более 171 тыс. При этом чаще всего такую помощь оказывали именно в области сердечно-сосудистой патологии.

Такой уровень развития плановой и экстренной кардиологической помощи в столице отвечает лучшим мировым стандартам как с точки зрения доступности, так и в части использования новейших подходов к диагностике и лечению всего спектра сердечно-сосудистых заболеваний.

Борис ЕФИМОВ.

Министр науки и высшего образования страны Валерий Фальков 24 мая 2022 г. сделал долгожданное заявление о том, что Болонская система себя изжила и России пора от неё отказаться. Это уже «прожитый этап». По словам чиновника, в основе новой системы образования «должны лежать интересы национальной экономики и максимальное пространство возможностей для каждого студента». Поэтому «будущее – за нашей собственной уникальной системой образования». Чем же так «провинились» Болонская система, ЕГЭ и ряд других новаций последних десятилетий, и что надо исправить?

Ветер перемен и паруса высшей школы

О том, что нам следует отказаться от «конвейера колонизации» и Болонского процесса, говорилось давно, нелицеприятно и аргументировано. С предложением вернуться к «собственному, лучшему в мире опыту подготовки специалистов», к российско-советской классической образовательной системе выступил секретарь Совета безопасности России Николай Патрушев. Сегодня, по причине колоссальных геополитических сдвигов, наших студентов и преподавателей фактически отстранили от любого участия в западной научно-образовательной сфере. Поэтому присоединение России к Болонской системе себя не оправдало.

Сильное недовольство граждан вызывает также навязанный извне ЕГЭ. Вице-спикер Государственной Думы РФ Пётр Толстой справедливо отмечает, что ЕГЭ – не только калька западных стандартов, но и «насилие над детьми и самой идеей образования». Если всё так будет продолжаться и дальше, Россия рискует потерять целое поколение, которое сейчас ходит в школу или учится в университете. Ведь в вузы поступают на основании результатов ЕГЭ!

Впрочем, сама Болонская система напрямую ввода ЕГЭ не требовала. Важно было обеспечить равные права при поступлении в вузы для всех абитуриентов, а инструменты и средства для этого государства предлагали сами. В Германии, например, такую функцию выполняет экзамен Abitur. Однако наши старшеклассники стали жертвами ЕГЭ или, как ехидно прозвал народ, Бабы-яги. Ничего лучшего чиновники, увы, не придумали!

Будучи доцентом Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И.Евдокимова и четверть века обучая студентов разных факультетов, я лично убедился в следующем. ЕГЭ – это неэффективная система оценки знаний, вынуждающая учеников тратить несколько лет на то, чтобы запоминать/угадывать правильные ответы и заполнять бланки. Абитуриентов, а значит, и первокурсников не учат в средней школе мыслить! Как же трудно им будет овладеть клиническим мышлением!

Педагоги, психологи и психиатры обоснованно полагают, что многие старшеклассники и студенты вузов не умеют фиксировать внимание, адекватно воспринимать и запоминать длинные тексты, углубляться в суть предлагаемой на занятиях информации. А это снижает коэффициент усвоения знаний, умений и навыков. Вот почему, читая лекцию-монолог, преподаватель зачастую не достигает поставленных целей и задач, говоря психологическим языком, не может «достучаться» до ума и сердца слушателя.

Исследование индивидуальных особенностей памяти у студентов 1-го курса медицинского вуза показало, что плохо развиты слуховой тип, образная и оперативная память. Длительность произвольной памяти у половины опрошенных удовлетворительная,

а у остальной половины – на низком уровне.

«Клипное мышление» уменьшает и способность к длительной концентрации. Сосредоточенности хватает порой всего на 5-10-15 минут. После этого такие обучающиеся смотрят (слушают) материал невнимательно, ненадолго оставляя в памяти лишь обрывочные поверхностные факты, то есть не развивается долгосрочная память. Внимание акцентируется обычно на общих формулировках, но не

последипломного образования: интернатуру (год) и ординатуру (2 года). Именно там выпускник углублённо осваивал выбранную специальность, участвовал в обследовании и лечении пациентов крупных стационаров, учился под контролем опытных врачей, способных подстраховывать от ошибок. А затем на протяжении всей профессиональной деятельности совершенствовал своё мастерство на практике и курсах повышения квалификации. Советская систе-

не вписалась в образовательное пространство западного мира в соответствии с общеевропейскими требованиями. Фактически у нас ввели Болонский процесс в худшем варианте. С 1996 по 2011 г. действовал закон, предполагавший добровольность участия в Болонском процессе, с 2011 г. это стало принудительным.

По оценкам экспертов врачебного сообщества, результат оказался плохим: снижение качества высшего медицинского образования.

С 2011 г. в медицинских вузах России преподавание идёт по обновлённым программам, с сокращением и так недостаточного количества часов лекционных и практических занятий. Зато около 40% объёма учёбы передано студенту на самоподготовку и дистанционное обучение. Увы, доля самостоятельной работы несоизмеримо огромна по сравнению с долей аудиторных занятий. С точки зрения «оптимизации здравоохранения» и сокращения кадров, это выгодно, а с позиций студента и педагога – проигрышно. В итоге «качество медицинских знаний обучающихся чудовищно снизилось».

Одновременно в образовательный процесс ввели симуляционные методики. У них много плюсов, о чём неоднократно писала «МГ». Однако студенты советских медицинских вузов получали знания, что называется, из первых рук – от опытных врачей-педагогов, а также «у постели больного». С введением Болонской системы общение с пациентами свелось к минимуму. Умения и навыки студенты отрабатывают на фантомах и муляжах, моделирующих разные клинические ситуации. Но, по словам экспертов, «сердечные тоны» или «ритмы перепела» запомнишь на всю жизнь лишь тогда, когда «слушаешь живого человека, а не кусок пластмассы, пусть и напигированный электроникой».

Итак, мало продуманные реформы и новшества закономерно аукаются неверными диагнозами, этико-деонтологическими ошибками и, как следствие, неправильным лечением больных с множеством побочных эффектов и осложнений.

Ломать – не строить!

Профильный комитет Государственной Думы по науке и высшему образованию совместно с правительством начали делать практические шаги по выходу России из Болонского процесса. Всё должно быть продуманно и поэтапно, чтобы не усугубить сложившуюся ситуацию и не создать дополнительных стрессов для педагогов, обучающихся и их родителей. Образцом новой системы послужит советский стандарт, хотя возврат к нему невозможен в силу принципиально другого строя нашего общества и экономики. В перспективе, надеюсь, произойдёт изменение или отмена ЕГЭ в российских школах.

Министерство просвещения РФ с помощью профессионального сообщества уже сформировало программу «Ядро высшего педагогического образования». Она содержит единые принципы и подходы к подготовке педагогических кадров. При этом опирается на специалитет, способный давать полноту предметных знаний, а не на Болонскую систему с бакалавриатом и магистратурой. Отказ от неё и переход на программы специалитета усилит качество подготовки педагогов по всей стране. Минпросвещения взаимодействует с Минобрнауки по «переходу на специалитет как основной формат». Подчеркну, что программу «Ядро высшего педагогического образования» готовы внедрять в вузах страны уже с 1 сентября 2022 г.

Из всего вышеизложенного можно сделать чёткий вывод: нецелесообразно слепо копировать западные принципы медицинской подготовки, науки и практики. Нам нужен синтез зарубежных достижений и лучших традиций отечественной медицинской школы – дореволюционной и советской. Это и призвано стать вектором развития национальной системы медицинского образования и здравоохранения.

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

Ситуация

«Болонка» и «Баба-яга» вцепились в наше медицинское образование Не реформировать, а реанимировать высшую школу!



А признание дипломов – ради чего собственно вводился Болонский процесс – не состоялось до сих пор!

Подводные мины Болонской системы

Ещё в 2005 г. участники совещания ректоров медицинских и фармацевтических вузов России подчёркивали, что в медицинских вузах европейских стран обучение ведётся по 4 базовым специальностям – лечебное дело, фармация, стоматология и высшее сестринское образование. А в России медицинских специальностей девять, и в их числе далеко не «докторские», например, кибернетика, биофизика, биохимия и экономика. Кроме того, более 100 медицинских специализаций, а в Европе – от 17 до 54.

Но при вхождении в Болонский процесс требовалось, чтобы медики в наших вузах готовили по международным стандартам. Тогда российские ректоры настаивали, что не надо заставлять наши медицинские вузы переходить на двухуровневую систему. В России отдали предпочтение интегрированной одноуровневой структуре с последующей последипломной подготовкой (интернатура, ординатура и докторантура). К сожалению, сейчас интернатуры тоже нет. Об этом много сетовали специалисты разного профиля на страницах «МГ».

Болонское соглашение взломало не только сложившиеся уровни образования, режим государственного контроля и управления вузами. Оно потребовало коренной перестройки содержания и форм обучения. Речь идёт о модулях, разрабатываемых кафедрами. Вместо традиционного обучения на основе логики изложения медико-биологической, гуманитарной или клинической дисциплины предлагалось перейти к освоению учебных модулей. Планировалось, что они реализуются в соответствии с выбором студента: путём прослушивания лекций, участия в семинарах, тренингах и т.п. Вроде бы вполне компетентный подход, позволяющий перейти от схемы «субъект (педагог) – объект (студент)» к реальному превращению студента в активного и ответственного участника образовательного процесса. Однако на деле это привело к отказу от традиционной организации образовательного процесса в пользу модульной, что означало и коренную ломку кафедральной жизни. В новой образовательной ситуации немалую роль играет самостоятельная работа студента-медика, нацеленная на проекты и задания с прикладным значением.

конкретных фактах и понимании главного. Снижение способности к аналитическому мышлению приводит к незрелости и ментально-эмоциональной деградации личности. А поскольку информация воспринимается обрывочно, без синтетического анализа, то и словесное выражение мысли примитивно, косноязычно. Следствие этого – неумение грамотно выразить свои соображения, чётко сформулировать вопросы и ответы, поспешные суждения и выводы, скудный словарный запас, обильное цитирование мемов из социальных сетей.

Проиллюстрирую все эти факты типичными рассуждениями студентов-медиков: «Вот, блин, зачем думать самостоятельно, если можно спросить Google или Яндекс?!»; «Для чего разбираться в этиологии, патогенезе, симптоматике, лечении и профилактике болезней, когда проще заучить или угадать ответы на тесты?»; «Сегодня не так важно знать информацию: главное уметь вовремя найти её. Так нас учили в школе».

Привычка к поверхностному потреблению информации мешает логически анализировать, решать сложные задачи и усваивать многоплановые тексты. Разве это совместимо с формированием грамотного клинического мышления и приобретением профессиональных компетенций?! В немалой степени такие проблемы – побочный результат ЕГЭ и вообще обучения в средней школе. Но вернёмся к Болонскому процессу.

«Таперича не то, что давеча»

В советское время существовала единая государственная система медицинского додипломного и последипломного образования. Чтобы стать полноценным специалистом, выпускнику вуза необходимо было пройти две ступени

ма медицинского образования отвечала принципам советского здравоохранения: государственность, бесплатность, общедоступность, профилактическая направленность, единство науки и практики. Всё способствовало тому, чтобы врач успешно работал на Родине и в командировках.

Однако в последние 30 лет был взят курс на децентрализацию, дегуманизацию, бюрократизацию и коммерциализацию. В 90-х годах произошла переориентация системы образования в пользу тех, кто будет работать за рубежом или в международных компаниях.

На основе Сорбонской декларации 19 июня 1999 г. в Болонье (Италия) было подписано «Совместное заявление Европейских министров образования», названное впоследствии Болонской декларацией. Её ключевые позиции таковы: двухцикловое обучение (бакалавр и магистр); кредитная система (создание единой системы зачётных единиц и более сопоставимых степеней); контроль качества образования (развитие единых критериев оценки качества преподавания и обучения); расширение мобильности (создание интегрированных программ обучения и проведения научных исследований); обеспечение трудоустройства выпускников и привлекательности европейской системы образования.

В сентябре 2003 г. в Берлине было принято решение о присоединении России к Болонской декларации. Подписав её, мы приняли на себя вполне определённые обязательства по реформированию высшей (в том числе медицинской) школы. Разумеется, на словах заявлялось о сохранении исторических традиций отечественного медицинского образования и опоре на богатейший опыт подготовки медицинских кадров.

Звучало красиво! Но благи намерениями, как известно, устлана дорога в ад! Россия так и

Вывод

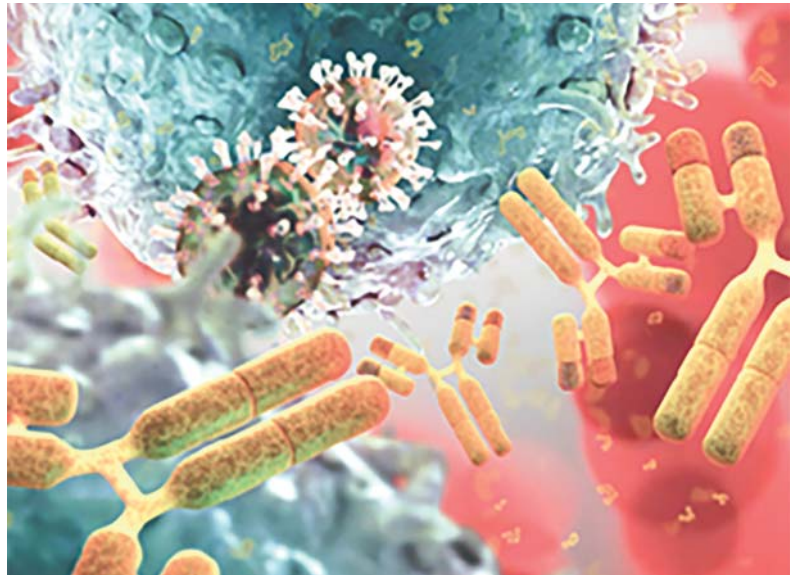
Упражнениями по вирусу

Известно, что диабет 1-го типа, или инсулинозависимый, развивается вследствие аутоиммунной атаки Т-лимфоцитов на изменённые бета-клетки островков Лангерганса. Атака может развиваться и в результате изменений в иммунных клетках (как это происходит, например, при таком заболевании мозга как рассеянный склероз).

клеток Т-хелперам. Именно поэтому макрофаги называют APC, или антигенпрезентирующие клетки, а «хелперы» – помогающими запустить иммунный ответ в виде нейтрализующих белковых антител и атакующих изменённые клетки CTL и NK (цитотоксических лимфоцитов и натуральных киллеров). COVID как и ВИЧ, а также опухоли отличаются своей способностью

лишний раз подтвердили в Эдинбургском университете. Авторы проанализировали геномы 7491 тяжёлых пациентов с ковидной инфекцией, сравнив их с геномами 48 400 контрольной группы, выявив при этом 23 варианта, определяющих тяжесть заболевания. Речь в первую очередь идёт о генах, контролирующих синтез интерферонов, являющихся упомянутыми сигнальными цитокинами, подстёгивающими кинетику иммунных клеток. Важны также гены, определяющие развитие лейкоцитов (первыми реагирующими на иммунные «вызовы») и антигенов крови. Анализ транскриптомов, или активности генов выявил у больных снижение активности переносящего фосфолипиды через мембрану фермента флиппазы, который важен для функции АТФ. Известно, что вирус атакует клетки альвеол лёгких и эпителия слизистой воздухоносных путей, который выделяет защитную слизь с её белком муцином (mucin). При тяжёлом течении болезни ген муцина проявляет повышенную активность, что наблюдается также при кистозном фиброзе (муковисцидозе). Можно упомянуть также нарушение генов коагуляции крови и миелоидных клеток, дающих лейкоциты.

Человека выписали из клиники, а ему всё ещё плохо. Решение проблемы сотрудники Биомед-центра в городе Батон-Руж (США), видят в физических упражнениях, которые модулируют продолжающиеся изменения в эндокринной системе, приводя её в порядок. Авторы обращают внимание на то, что вирус ведёт к выбросу глюкозы, требующейся для поддержания энергетического равновесия (гомеостаза) при борьбе с инфекцией. Но глюкоза стимулирует образование в клетках альвеол лёгких и эпителия слизистой, а также бета-клетках островков инфламмасом, представляющих собой большие белковые комплексы воспаления. Последние стимулируют реакцию макрофагов, атакующих бета-клетки, что, как известно, ведёт к развитию диабета 1-го типа. И лишь физические упражнения, «сжигание» в мышцах лишнюю глюкозу, позволяют уменьшить реакцию макрофагов и одновременно поднять регенерацию островковых клеток.



Жёлтые антитела с длинной тяжёлой (H) цепью и короткой лёгкой (L)

Клеточными сенсорами изменений являются мечниковские макрофаги, которые бывают «сдерживающими» воспаление – M1 и «развивающими» его M2 (некоторые источники определяют функции этих клеток противоположным образом). Происходят макрофаги из моноцитов, приходящих из костного мозга. Считается, что именно M1, образовавшийся из моноцита, «следит» за состоянием клеточных мембран, сигнализируя с помощью выявленных антигенов

подавлять иммунный ответ: первый с помощью цитокинового шока-шторма, а второй убивая макрофаги и Т-хелперы, опухоли же вызывая лимфоцитарное истощение. Известно, что продукты некоторых трав, например ревеня и японской крушины, способствуют нормализации иммунного ответа.

С момента дешифровки первого генома человека стало ясно, что подверженность заболеваниям определяется не только внешними, но и геномными факторами, что

Взгляд

Ограда мозга

В целом анатомия мозга известна уже более века, но только сегодня стало возможно изучение функции отдельных клеток, не говоря уже об образованиях.

Пять лет назад благодаря флюоресцентным протеинам был найден гигантский нейрон, отростки которого «окружают» весь мозг мыши. Об этом сообщили сотрудники Института мозга в Сиэттле. Спустя три года учёные Центра по изучению мозга в Сайтаме (Япония) показали, что клаустрин координирует работу коры мозга, «посылая» медленные волны сна и покоя. Чуть позже нейробиологи Каролинского института в Стокгольме выявили связь клеток коры и ограды, образующих функциональные модули. Речь идёт о нейронах лобной коры и переднего отдела поясной извилины (ACC), «отвечающей» за наши эмоции, образующих связи с клетками ограды. В свою очередь клаустрин и ACC посылают сигналы в различные области лобных долей.

Опять же японцы из Осакиского университета нашли небольшую группу нейронов, которые контролируют поведение в стрессовых условиях. Ещё в 2020 г. сотрудники Университета Эмори в Атланте показали, что нейропептид (цепочка аминокислот), названный



Зелёная клетка микроглии, «курирующая» синий синапс между двумя нейронами

«галанин» обеспечивает мышам устойчивость к стрессам. Пептид имеет аминокислоты глицин на одном конце своей цепи и аланин на противоположном. Народная мудрость гласит, что «работа лечит», увязывая «лечение» от стресса с физической активностью. В Атланте показали, что галанин действует на белковые рецепторы нейронов, передающие сигнал в цитоплазму последних. Оказалось, что физические упражнения мышей (бегание в круге) ведут к повышению уровня

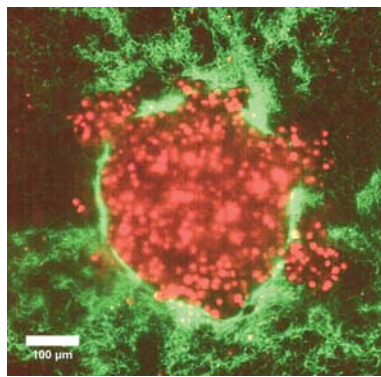
галанина в LC, клетки которого посылают сигналы из ствола мозга, «успокаивающие» нейроны коры и подкорковых образований, возбуждённые адреналином, тем самым повышая устойчивость мышей к стрессу. Авторы из Осаки нашли в особых нервных клетках переключатель, который подобно предохранителю защищает мозг мышей от стресса. Неудивительно, что «свитч» расположен в клаустрине, и его включение снижает уровень беспокойства у животных с химико-генетической моделью хронической обеспокоенности. Помимо клаустринума авторы «обследовали» ещё 21 область мозга, но ограда вышла по важности на первое место.

Чуть ли не в последний день марта в Оксфорде открыли, что клаустрин «регулирует» ещё и наше ощущение боли, не говоря уже о цикле сна и бодрствования. Оказалось, что нейроны ограды имеют многочисленные связи с разными отделами коры, получая сигналы и от их нейронов. Получается что-то вроде обратной, или реципрокной связи (сравни: реципрокная любовь, т.е. взаимная). Указанные связи в обоих направлениях могут нарушаться или даже прерываться при воспалении и аутоиммунных атаках, что приводит к повышению болевых ощущений. Тем самым оксфордцы выявили ещё одну мишень в мозге, на которую необходимо обратить внимание при разработке новых болеутоляющих, не вызывающих развития привыкания и зависимости.

Исследования

Комплексный подход даёт результат

Изменённые клетки используют самые разные молекулы для того, чтобы «обезопасить» себя от иммунной атаки со стороны Т-лимфоцитов. Известно, что поверхность клеток усеяна функциональными протеинами, которые распознаются клетками иммунного надзора – теми же макрофагами и их аналогами дендритными клетками в органах и тканях, а также циркулирующими натуральными киллерами и цитотоксическими лимфоцитами (НК и ЦТЛ).



Красный метастаз

Придают белкам антигенные свойства различные сахара, например, манноза, представляющая собой изомер всем известной глюкозы (оба сахара относятся к гликанам). Именно по антигенам идёт распознавание нормальных клеток и изменённых, трансформированных. Манноза послужила учёным Университета Джона Хопкинса надёжным показателем мезенхимных клеток стромы при исследовании с помощью MPT (NBE). Можно напомнить, что клетки мезенхимы представляют собой эмбриональное состояние, а строма переводится как подстилка или подложка.

Глюкоза является естественным энергоносителем, расщепление которого в митохондриях даёт аденозинтрифосфат (АТФ). Клетки «сидят» на волокнистом матриксе, за которым следует более плотная базальная мембрана, которую приходится проходить при клеточных миграциях в ходе развития плода. В Университете Дьюка (США) показали, что глюкоза поступает в клетки благодаря работе её белковых транспортеров, после чего она поступает в митохондрии. Синтезированная в результате этого АТФ «фокусируется» затем для прохождения базальной мембраны и последующей инвазии окружающих опухоль тканей (DC). В качестве сенсора АТФ был взят «персеваль» (Perceval). Анализ РНК в отдельных клетках показал активность генов двух транспортеров глюкозы и нетрина, представляющего собой протеин направления клеточных выростов, которые необходимы для инвазии. Можно добавить, что инвазия «плохо» влияет на соседние здоровые клетки, что показали учёные Кембриджа и Гарварда, а также Амстердамского университета. В нью-йоркской клинике Маунт Синай (Синайская гора) для замера и подавления инвазивности больше полагаются на испытанные блокаторы-ингибиторы клеточных киназ, то есть ферментов «переноса» энергоёмких фосфорных групп. Речь идёт о киназе Аврора, названной в память о богине утренней зари, так как её активность приводит к ранним опухолям лёгких. Рост последних у мышей прерывался благодаря использованию блокатора AMG.

Влияет на неё и белковый рецептор глюкокортикоидов (ГР), синтезируемых корой надпочечников. Эти стероидные (жироподобные) молекулы, к которым относится широко известный гидрокортизон, называемый гормоном стресса, «оснащаются» молекулами глюкозы, откуда их название. Сотрудники университетов в немецком Ульме и Вене обратили внимание на то, что ГР локализован в цитоплазме

клеток, но под действием сигналов от подмембранного белка Ras (Rat sarcoma – саркома крыс) транслоцируется в ядро, где выполняет функцию транскрипционного фактора, включающего транскрипцию, или переписывание генов клеточного деления. Последнее «требует» ультраструктурной реорганизации хроматина, представляющего собой ДНК в комплексе с различными протеинами. При подготовке к митозу хроматин конденсируется и становится видимым как хромосомы. Учёные Питтсбургского университета предложили небольшую молекулу, флюоресцирующую после освещения лазером с длиной волны 325 нм, для «выявления» хроматина с разрешением 20-30 нм. Хроматин становится видимым благодаря эмиссии с длиной волны 642 нм и позволяет говорить о патогенезе рака.

Ещё один рецептор, в данном случае мужского андрогена, своей активностью блокирует эффективность иммунотерапии с помощью Т-лимфоцитов, что установлено в Орегонском университете здоровья и науки. Для преодоления этого онкологами используется терапия с депривацией андрогена (ADT – Androgen Deprivation Therapy). Дело в том, что гормон стимулирует рост и размножение различных клеток, в результате чего вокруг очага скапливается «капсула» из иммунных клеток и моноцитов, гранулоцитов и фибробластов, а также эндотелиальных клеток, выстилающие монослоем сосуды изнутри. Последние необходимы для ангиогенеза, или новообразования сосудов, питающих новообразование. Наличие клеточного «окружения» препятствует прохождению Т-клеток, синтезирующих интерферон-гамма, что получило название «истощение». С ним специалисты Ракового центра в Нью-Йорке борются – помимо химиотерапии – с помощью антител (мабов) ниволу – и ипилиумаб. Первые блокируют чрезмерно активные HER-рецепторы эпидермального фактора роста человека, а вторые помогают иммунным клеткам ЦТЛ. Сходными с ними свойствами обладают и «натуральные киллеры» (НК), антитуморная активность которых «подстёгивается» облучением, на что указывают в Гейдельберге. Сочетание двух подходов с применением антител и «химического» гемистабилана было успешно опробовано на мышинной модели нежелательного роста в поджелудочной железе. Комплексный подход позволил направить в нужном направлении миграцию НК, улучшив тем самым контроль над опухолью.

Подготовил Игорь ЛАЛАЯНЦ, кандидат биологических наук.

По материалам Exercise and Sport Sciences, Nature, Brain, Current Biology, JNS, Nature Neuroscience, Physorg, Science Advances, Developmental Cell, Nature Biomedical Engineering, Nature Communications.

Осторожно!

День без табака

ВОЗ бьёт тревогу по поводу воздействия табачной промышленности на окружающую среду

В конце мая отмечался Всемирный день без табака. Вредное воздействие табачной промышленности на окружающую среду огромно и оно постоянно растёт, создавая излишнюю нагрузку на и без того скудные ресурсы и хрупкие экосистемы нашей планеты. Почти 600 млн деревьев подвергаются вырубке для производства сигарет. В атмосферу выбрасывается 84 млн тонн CO₂, наносится ущерб 200 тыс. гектаров земли, что приводит к росту температуры во всём мире. Почти 22 млрд литров воды используется для производства сигарет.



Ежегодно табак убивает более 8 млн человек и разрушает окружающую среду, нанося дополнительный вред здоровью человека в процессе его выращивания, производства, распространения, потребления и воздействия отходов после потребления.

Всемирная организация здравоохранения обнародовала новую информацию о том, в какой степени табак наносит ущерб окружающей среде и здоровью человека, и призвала предпринять шаги, чтобы привлечь к ответственности промышленность за причиняемые им разрушения.

Большая часть табака выращивается в странах с низким и средним уровнем дохода, где вода и сельскохозяйственные угодья часто крайне необходимы для производства продуктов питания для региона. Но вместо этого они используются для выращивания смертоносных табачных растений, в то же время всё больше и больше земель очищается от лесов.

В отчёте ВОЗ «Табак: отравление нашей планеты» подчёркивается, что углеродный след отрасли от производства, переработки и транспортировки табака эквивалентен одной пятой CO₂, ежегодно производимого

коммерческой авиакомпанией, что ещё больше способствует глобальному потеплению.

«Табачные изделия – это самый замусоренный предмет на планете, содержащий более 7 тыс. токсичных химических веществ, которые при выбросе попадают в окружающую среду. Примерно 4,5 трлн сигаретных фильтров ежегодно загрязняют наши океаны, реки, городские тротуары, парки, почву и пляжи», – сказал директор ВОЗ по укреплению здоровья Рюдигер Креч.

Такие продукты, как сигареты, бездымный табак и электронные сигареты, также способствуют накоплению пластикового загрязнения. Сигаретные фильтры содержат микропластик и составляют вторую по величине форму пластикового загрязнения в мире.

Несмотря на маркетинг табачной промышленности, нет никаких доказательств того, что фильтры имеют доказанную пользу для здоровья. ВОЗ призывает лиц, определяющих политику, относиться к сигаретным фильтрам как к одноразовому пластику и рассмотреть вопрос о запрете сигаретных фильтров

для защиты здоровья населения и окружающей среды.

Затраты на уборку засоренных табачных изделий ложатся на налогоплательщиков, а не на отрасль, создающую проблему. Ежегодно это обходится Китаю примерно в 2,6 млрд долл., а Индии – примерно в 766 млн. Стоимость для Бразилии и Германии составляет более 200 млн долл.

Такие страны как Франция и Испания и такие города как Сан-Франциско, Калифорния в США, заняли такую позицию: следуя принципу «загрязнитель платит», они успешно внедрили «законодательство о расширенной ответственности производителя», которое возлагает на табачную промышленность ответственность за устранение создаваемого ею загрязнения.

ВОЗ призывает страны и города последовать этому примеру, а также оказать поддержку табачным фермерам в переходе на устойчивые культуры, ввести высокие налоги на табачные изделия (которые также могут включать экологический налог) и предложить услуги поддержки, чтобы помочь людям бросить курить.

Кстати

Потребление антибиотиков снизилось во время пандемии

В период с 2013 по 2019 г. потребление антибиотиков в амбулаторных условиях в Португалии несколько возросло, однако с прошлого года отмечается резкое сокращение потребления антибиотиков в связи с пандемией COVID-19, говорится в докладе Главного управления здравоохранения (DGS).

«В амбулаторных клиниках снижение заболеваемости бактериальными респираторными инфекциями за счёт ограничения передвижения и скопления людей и широкого использования масок, а также снижение доступности медицинских консультаций определили явное снижение потребления антибиотиков», – говорится в ежегодном отчёте Программы профилактики и контроля инфекций и устойчивости к противомикробным препаратам (PPCIRA) DGS.

В документе, опубликованном во Всемирный день гигиены рук, говорится, что в период с 2013 по 2019 г. потребление антибиотиков в амбулаторных условиях имело «слегка возрастающую тенденцию», но всегда оставалось ниже среднеевропейского уровня.

«В связи с пандемическим контекстом, произошло заметное снижение потребления, которое, похоже, сохранится. Это сокращение было более заметным, чем в среднем по Европе», – добавляют данные PPCIRA.

Однако соотношение антибиотиков широкого и узкого спектра действия в период с 2018 по 2021 г. увеличилось, причём более резко, чем в среднем по Европе, что делает Португалию «пятым худшим общеевропейским результатом по этому показателю», предупреждает доклад, опубликованный DGS.

Что касается потребления антибиотиков в больницах, в документе говорится, что оно остаётся стабильным с 2013 г. и ниже среднеевропейского уровня.

«Потребление группы антибиотиков для использования в больницах, в большей степени связанное с лечением инфекций, вызванных бактериями с множественной лекарственной устойчивостью, остаётся стабильным с 2014 г., преодолевая тенденцию роста, наблюдавшуюся в период с 2011 по 2014 г.», – также отмечается в докладе.

Бывает и такое

Ландрасы, клонированные роботом

Впервые в мире были полностью клонированы поросята с помощью робота. Учёные из Нанькайского университета в Китае создали методику клонирования свиней, в которой все действия, от оплодотворения самки до рождения, производит только робот, говорится в пресс-релизе научного учреждения. Первые семь поросят породы ландрас уже появились на свет. Каждый шаг процесса клонирования был автоматизирован, ни в одной операции в ходе клонирования человек задействован не был, – сказано в сообщении.



По словам учёных, клонирование с помощью робота более эффективны, так как действия машины точнее.

В институте сообщили, что самка обыкновенной свиньи, прошедшая процесс оплодотворения, на каждом этапе которого участвовал робот, родила в конце марта семерых поросят – ландрасов.

«Каждый шаг процесса клонирования был автоматизирован, ни в одной операции в ходе клонирования человек задействован не был», – сказал один из членов исследовательской группы Лю Яовэй, чьи слова приводит South China Morning Post.

По его словам, клонирование с помощью робота повышает

вероятность успешности клонирования в целом, так как действия робота более точные, они реже повреждают клетки, что довольно часто случается, когда операцию осуществляют люди.

Как отмечает издание, в 2017 г. учёные Нанькайского университета вывели первых в мире поросят, клонированных с использованием робота, однако тогда они всё же принимали участие на некоторых этапах клонирования.

По мнению Лю Яовэя, новая технология поможет Китаю, крупнейшему потребителю свинины в мире, стать более независимым от импорта этого продукта, особенно учитывая торговые запреты США и других западных стран.

Гипотезы

Выхлопные газы могут вызывать аутоиммунные заболевания

Связь между долгосрочным воздействием загрязнений воздуха и тяжёлыми болезнями показало новое исследование. Заболеваемость и распространённость аутоиммунных заболеваний за последнее десятилетие неуклонно возрастает, но точные причины этой ситуации учёным не совсем ясны. Итальянские специалисты решили выяснить, как связано загрязнение воздуха с повышенным риском аутоиммунных заболеваний.

В исследовании, опубликованном в журнале открытого доступа RMD Open, утверждается, что долгосрочное воздействие загрязнённого воздуха всё-таки связано с повышенным риском аутоиммунных заболеваний, особенно

ревматоидного артрита, системной красной волчанки, воспалительных заболеваний кишечника, таких как язвенный колит, заболеваний соединительной ткани, таких как остеоартрит, и рассеянного склероза.

Как утверждают учёные, загрязнение окружающей среды выхлопными газами автомобилей и промышленности может вызвать адаптивный иммунитет, при котором организм реагирует на конкретный возбудитель болезни. Но иногда эта адаптивная реакция даёт осечку, вызывая системное воспаление, повреждение тканей и, в конечном счёте, аутоиммунное заболевание.

Экспертами были изучены данные 81 363 мужчинах и женщинах в период с июня 2016 по ноябрь 2020 г. Большинство из участ-

ников были женщинами (92%) со средним возрастом 65 лет, а 17 866 (22%) имели по крайней мере одно сопутствующее заболевание.

Каждый участник был связан с ближайшей станцией мониторинга качества воздуха, находящейся в ведении Итальянского института охраны окружающей среды и исследований. В период с 2016 по 2020 г. у 9723 человек (12%) было диагностировано аутоиммунное заболевание.

По данным исследования, длительное воздействие транспортных и промышленных загрязнителей воздуха было связано с повышением риска ревматоидного артрита примерно на 40%, воспалительных заболеваний кишечника на 20% и заболеваний соединительной ткани на 15%.

Подготовила
Юлия ИНИНА.

По материалам The Portugal News, South China Morning Post, RMD Open.

Как любит повторять академик РАН Виктор Малеев, инфекции были, есть и будут с нами всегда. Не случайно советский кинематограф – «важнейшее из искусств» уделял этой теме серьёзное внимание. Оказывается, существует более полусотни фильмов, где так или иначе упоминаются эпидемии и болезни. Вспомнить их, проанализировать, сопоставить происходящее в жизни и его отражение на экране помог приглашённым на показ журналистам фильм «Эпидемии в кино» (автор проекта врач Евгений Кесарев).

Общеизвестно: борьба с эпидемиями и болезнями была одной из важнейших задач молодого советского государства. Сначала по стране косою прошлась испанка, затем разбушевался сыпной тиф, буквально «выползший» из окопов Первой мировой, так как его главными разносчиками стали вши. Не случайно крылатой стала фраза вождя пролетариата: «Или вши победят социализм, или социализм победит вшей».

О масштабе эпидемии можно судить по заключению известного эпидемиолога и иммунолога Льва Тарасевича, утверждавшего, что тифом в России болели не менее 25 млн человек. Лечить заболевание приходилось только симптоматически, поэтому главный упор был на превентивные меры. Это упоминается во многих литературных произведениях о том времени, например, в прекрасной детской книге «Кондуит и Швамбрания» Льва Кассила. Открывались санпропускные пункты, где можно было вымыться и продезинфицировать одежду. Интересно, что уже тогда понимали смысл социального дистанцирования: людям настоятельно не рекомендовалось обниматься и целоваться. Создавались чрезвычайные комиссии по борьбе с инфекционными болезнями, а в 1922 г. была образована государственная санитарная служба. Поэтому в одних фильмах различные массовые заболевания упоминаются вскользь, в других являлись сюжетобразующим элементом, а в-третьих – становятся главными героями.

Первым резонансным фильмом о микробиологах, которые борются с эпидемией неизвестной смертельной болезни, внезапно вспыхнувшей в далёком таёжном городке, стала картина «Четверо» (1957). Как и в большинстве фильмов того времени, сюжет, в общем-то прост: для «принятия мер» в городок от-

Грани

Эпидемии в кино и жизни

Реальные случаи в зеркале искусства



Кадр из фильма «Открытая книга»

правляются четверо столичных вирусологов. Они вынуждены создавать на месте вакцину против этой болезни, но испробовать её можно только на себе. Кульминацией становится момент, когда герои тянут жребий, на котором нарисован подопытный кролик. Здесь в полной мере раскрываются характеры и жизненные установки каждого. Консультантом картины был один из самых известных в мире советских вирусологов Михаил Чумаков. Аналогия очевидна: созданную им и его коллегами живую вакцину от полиомиелита они испытывали на собственных детях. Сыновья Чумакова и внучка руководителя отделения вирусологии института экспериментальной медицины Анатолия Смородинцева первыми проверили препарат – съели кубик сахара, на который «капнули» вакцину. Вскоре, в мае 1959 г., Ленинградская кондитерская фабрика им. Марата по заказу Института экспериментальной медицины запустила производство драже из сахара и крахмала, которое стало оболочкой для препарата.

Успех подобной профилактики был ошеломительный, резонанс прокатился по всему миру. Это отразилось в мало кому известном нынче фильме «Шаг» (1988). Главная героиня привозит сына из Японии в Москву с целью получить недоступную в её стране вакцину против полиомиелита, поскольку на

тот момент там заключён контракт на поставку американской инактивированной вакцины, которая эффективна всего на 60%. Ей удаётся встретиться с разработчиком, доктором Гусевым, которого играет Леонид Филатов, и привить ребёнка. Об этом становится известно в Японии, начинается бунт матерей, требующих подобной защиты и для своих детей. В результате вскоре вакцина поступила в Страну восходящего солнца, и эпидемия там прекратилась через 3 недели. Было спасено около 10 млн детей. А все-таки живая советская вакцина против полиомиелита была поставлена в 60 стран. Говорят, этот фильм заставил по-новому взглянуть на нашу страну.

Никого не оставившая равнодушным сатирическая комедия «Добро пожаловать, или Посторонним вход воспрещён» (1964) тоже в определённой степени отразила представления людей об инфекционных заболеваниях. И момент, когда ребята с помощью крапивы имитируют ветрянку, чтобы лагерь закрыли на карантин, и разговоры старших о коклюше – всё это приметы времени. По словам члена-корреспондента РАН Александра Горелова, коклюш тогда входил в десятку основных причин детской смертности, особенно в первые 3 месяца жизни, то есть до вакцинации. «Благодаря прививкам удалось снизить заболеваемость коклюшем почти в 25 раз, и сегодня это единственный способ защиты детей», – говорит он. – Как известно, комплексную прививку АКДС – от коклюша, дифтерии и столбняка – делают ребёнку в 3, 4 и 5 месяцев и повторяют в 1,5 года. Но, к сожалению, мы не проводим ревакцинацию шести-семилеткам, поэтому у нас заболеваемость коклюшем сместилась сейчас на подростков 10-14 лет».

А в фильме Гайдая «Кавказская пленница, или Новые приключения Шурика» эпидемию имитируют уже не дети. Шурик и его приятели, переодетые врачами, заходят к Трису, Бывалому и Балбесу и объявляют: «В районе эпидемия. Поголовные прививки. Ящур!». Помимо того, что выбор данного заболевания – уже сам по себе насмешка над троицей мошенников, им и инъ-

екцию делают огромным шприцем Жане, который обычно используется для отсасывания из организма избыточных жидкостей или газов, например, при пневмотораксе для откачки воздуха из плевральной полости. И приговаривают: «Это новейшая вакцина замедленной усвояемости». Говорят, подобного эпизода в сценарии не было, его предложил, конечно же, Никулин, чему Моргунов не очень-то обрадовался, опасаясь, что укол придётся не в подложенную специально для этого подушку...

А если говорить непосредственно о ящуре, он в Советском Союзе в 1989 г. был ликвидирован, причём исключительно благодаря вакцинации (это одно из достижений советской ветеринарии, признанное во всём мире). После распада СССР ящур снова стал регистрироваться в нашей стране, проникая из стран Восточной Азии, однако до эпидемий, к счастью, не доходит.

Популярным в своё время был фильм «Коллеги» (1962), действие которого происходит на фоне эпидемии гриппа. Здесь даже зафиксирован масштаб заболеваемости: как отмечает с тревогой один из героев фильма, болеют 40% строителей, простаивает 50% бульдозерного парка. Хотя ко времени выхода фильма прошло несколько десятилетий с момента изобретения А.Смородинцевым первой в мире аттенуированной вакцины против гриппа, эпидемии бушевали нешуточные. «Вирусам свойственно постоянно развиваться, чтобы сохраниться, – комментирует А.Горелов. – Поэтому идёт постоянная борьба вируса с тем, что запомнил организм для того, чтобы преодолеть антительные барьеры и иметь ареал для распространения». По его словам, советская Россия – одна из немногих стран, которая активно стала развивать производство вакцин. Достаточно вспомнить победу над оспой: именно наша суперэффективная вакцина позволила победить этот грозный недуг в масштабах человечества. Вакцинация в советское время шла «по разнарядке», и искусство было призвано такую государственную политику разъяснять и поддерживать.

Трудно не провести параллели с нашей сегодняшней жизнью, вспоминая фильм «Карантин» (1968) и звучащую там фразу: «Мы все остаёмся здесь, пока не закончится инкубационный период болезни. На это время будет действовать только один закон – закон карантина». Фильм вообще полон предвидений и предчувствий: по сюжету, при испытании вакцины против некоей болезни Джоссера в лаборатории происходит авария аэрозольной камеры, и вирус оказывается на свободе. Вымышленная болезнь смертельна, лекарства от неё нет, вакцины тоже. Чтобы предупредить её распространение, начальник лаборатории принимает решение запечатеть помещение и остаться в нём вместе с сотрудниками. Обречённые люди, тем не менее, продолжают выполнять свои повседневные обязанности и даже строят планы на будущее. Примечателен диалог, пожалуй, один из важнейших в картине и характеризующий, к слову, отношение общества в ту эпоху к медикам вообще.

«Я хочу в институт поступить. Посоветуйте, куда», – говорит молоденькая лаборантка (Зоя Недбай).

«В медицинский, конечно, – отвечает опытный врач (Людмила Хитяева) и добавляет: «Вы знаете, что такое врач? Просто хороший врач? Это не просто профессия. Это религия».

(Протягивая ниточку к современности: хотелось бы, чтобы на таком же уровне были сняты и получили такой же отклик фильмы о врачах, которые добровольно шли работать в «красную зону», понимая, что они оттуда могут не вернуться. И многие не возвращались...)

С удовольствием смотрели зрители 50-80-х годов и другие популярные в то время фильмы: «Непо вторимая весна» (1957), «Авиценна» (1959), «В город пришла беда» (1966), «Комитет девянацати» (1971), обе части «Открытой книги» (1973 и 1977). Они разные, но в каждом, даже юмористическом фильме, медицинский аспект отступает на второй план. Ситуация становится поводом для проверки убеждений, характеров, профессиональных качеств, умения быстро реагировать, принимать правильные решения, заботиться о других. Попросту оставаться человеком.

Алёна ЖУКОВА,
корр. «МГ».

Москва.

Пути-перепутья

30 лет назад, в марте 1992 г. было введено высшее почётное звание страны – Герой России. Одним из первых «Золотую Звезду» получил Иван Леонов.

В одном из залов Брянского государственного краеведческого музея есть необычный экспонат – оригинальное металлическое приспособление, с помощью которого, лишившись в воздушном бою руки, боевой пилот И.Леонов продолжал вылетать на боевые задания.

О том, какую роль суждено было сыграть в судьбе будущего Героя России бывшей медсестре и лечащим врачам, И.Леонов не раз рассказывал, когда жил и работал в Брянске. Сражение, которое предопределило дальнейшую жизнь военного лётчика, произошло в небе Орловско-Курской дуги 16 июля 1943 г. Первой же пулёмётной очередью пилот буквально распорол вражеский истребитель, который, оставляя за собой длинный хвост дыма, стремительно понёсся к земле. И вот тут-то случилась беда. Изрядно уставший, И.Леонов не заметил подкравшегося к нему сзади немецкого «фоккера». Он лишь почувствовал, как занемела левая рука, упав с рычага сектора газа. По кабине стала растекаться

Однорукий пилот

кровь, а из-за приборной доски полыхнуло пламя...

Очнулся военный лётчик уже в воздухе, под куполом парашюта. А потом... Потом, собственно, и началась та самая история, после которой И.Леонов стал единственным за всю историю Второй мировой войны одноруким пилотом.

...Помню нашу первую встречу. Напротив меня сидел мужественный человек. Густо выбеленные сединами волосы, цепкие живые глаза с волевым прищуром, на пиджаке – несколько боевых наград (орден Красного Знамени получил за боевое мастерство и бесстрашие 18-летним пареньком зимой 1942 г., Золотую звезду Героя – весной 1992 г., перешагнув свой 70-летний рубеж). А рядом, приготовив обжигающе горячий чай, примостилась на краешке стула боевая подруга бывшего пилота Нина, Нинулечка, как он её ласково называл.

В госпитале, когда ампутировали у плечевого сустава раненую руку, молоденькая хирургическая

медсестра без колебаний отдала пилоту свою кровь для прямого переливания. А потом сутками, рискуя свалиться в изнеможении, просиживала у его кровати. После операции он быстро пошёл на поправку. И только одно приковывало к себе, лишь только просыпался: неизбежная теперь инвалидность, которая навсегда, конечно же, вырвала из стройного звена «ястребков». Не раз он видел во сне так полновышея ему бесконечно высокое небо, снова и снова переживал подробности своего последнего воздушного боя...

– Может, всё-таки попробуете? – услышал как-то рано утром И.Леонов доносившийся из-за закрытой двери палаты её тоненький голосок. – Он же не сможет жить без неба...

Нина ещё долго что-то горячо доказывала кому-то невидимому, иногда переходя на шёпот, пока ей басовито не ответил голос лечащего врача:

– А что? Чем чёрт не шутит... Эскиз я, пожалуй, сделаю...

О том, что было задумано врачом и медсестрой втайне от него, И.Леонов узнал чуть позже. В один из дней ему принесли в палату сделанный местным умельцем по эскизу доктора металлический протез... руки.

– Не всё, конечно, может медицина, – сверкнув глазами из-под очков хирург. – Но помочь, думаю, всё же возможно. Ведь первым делом, как говорится, самолёты...

Вместе с женой (а поженились они сразу же после окончания курса лечения) он прошёл через массу всевозможных комиссий, порой удивляя, а порой даже раздражая тех, от кого зависело, пускать или не пускать его снова в небо. Везде ему дружно отказывали. Всё, казалось, «форточка» в небо навсегда захлопнулась.

– Может, к командиру обратиться? – посоветовала как-то Нина Васильевна. Он собрался с духом и обратился. Лично к командующему 1-й воздушной армией Михаилу Грому. Тому самому легендарному пилоту, который совершил

когда-то с товарищами перелёт в Америку через Северный полюс. И командарм понял собрата по оружию, дав добро на боевые полёты. Он стал вести воздушную разведку на По-2, не раз летал за линию фронта, совершая посадки на партизанские аэродромы. Однажды, возвращаясь из очередного полёта, вновь был ранен, теперь уже в ногу. Подлечившись в медсанбате, вновь поднялся в небо. Уже после войны подсчитал, что совершил 110 боевых вылетов.

После войны бывший военный лётчик был в Брянске директором профтехучилища, затем работал в аэроклубе ДОСААФ. Вместе с Ниной Васильевной, которая всё также продолжала работать медсестрой, воспитали семерых детей (из них пятеро – усыновлённых сирот). В ознаменование боевых заслуг Героя России одну из улиц в Орле назвали именем бывшего военного лётчика Ивана Леонова.

А мне всё вспоминаются те давние встречи с Иваном Антоновичем и его проникновенные слова, обращённые к жене:

– Это она рядом со мной летела – без Нинулечки я бы снова не встал на крыло...

Василий ШПАЧКОВ,
собр. корр. «МГ».

Брянск.

2040 г. Страна победившей цифровизации. Понедельник. Доцент кафедры фундаментальных дисциплин медицинского университета Кирилл Неучев перед тем, как пойти в учебную комнату, где должен провести зачётное занятие со студентами 5-го курса, слегка трясущимися после вчерашней выпивки руками с трудом вскрыл в своём кабинете склянку с белоснежными брикетами таблетированного виски. Положил под язык сразу две таблетки, опустил в кресло, расслабился. Порошковое виски начало медленно, пощипывая слизистую рта, растворяться. Мучившее доцента лёгкое подташнивание (напрасно вчера опустошил в одиночку целую ёмкость ядреной «Путинки»!) стало уходить, появилось весёлое настроение, желание дерзать, учить, трудиться!

Спустя десять минут Кирилл Русланович проверил машинально наличие в левом чипированном ухе микрооптического блока искусственного интеллекта, облегчённо вздохнул полной грудью – и энергичным шагом направился в учебный класс.

Студент-пятикурсник медицинского университета Гусейн Несдамшин, запыхавшись, опаздывая, как всегда, на занятие, успел на несколько минут раньше доцента Неучева заскочить в учебную комнату. Однокурсники встретили его дружным смехом:

– Опять задерживаешься, Несдамшин! Наверное, всю ночь провёл в компьютерном секс-клубе, Гусь?!

Запахивая на ходу давно неглаженный медицинский халат, Гусейн плюхнулся на ближайший свободный стул, игриво приобняв за талию взвигнувшую блондинку Люсю:

– Люсьен, выручай – есть лишний блок искусственного интеллекта, а то я свой забыл дома впопыхах!

Люся тайно обожала Несдамшина, поэтому отзывчиво протянула ему маленький прозрачный приборчик, вставляемый в слуховой проход уха:

– Так и быть, красавчик, держи, для тебя у меня всегда всё есть. Хотя ты меня давненько не навещал на виртуальном секс-сайте... Наверное, нашёл что-то новенькое?

– Спасибо, Люсьен, я исправлюсь, сегодня же вечером загляну на твою страничку! – Гусейн вставил в своё ухо блок искусственного интеллекта.

– А таблетки мартини у тебя не найдётся случайно для меня?

Ироничной строкой

Так оргазм или перелом?!



– Для тебя, милый, у меня есть всё, что пожелаешь!

Гусейн едва успел отправить божественный таблетированный напиток под язык, как дверь аудитории открылась – и появился розовощёкий доцент Неучев.

Он взгромоздился в своё скрипящее жалобно кресло, раскрыл на столе перед собой электронную книжку:

– Так-с, коллеги, приступим к зачёту... Начнём с экспресс-опроса... Гундеева! – взгляд Кирилла Руслановича рассеянно уперся на сидевшую рядом с Несдамшиным, закинувшую друг на друга стройные ноги в чулках с блестками, Люсю. – Скажите, пожалуйста, Гундеева, что такое перелом?

Люся медленно, так что перед взором отмокающего после вчерашнего доцента промелькнули многообещающе её серебристые трусики, поменяла местами положение своих аппетитных коленок, прошептала вопрос про себя, предназначая его блоку искусственного интеллекта, смонтированному в золотые клипсы, вдетые в её аккуратные ушки.

Услышала, как блок включился, что подтверждал раздавшийся лёгкий писк в ушах, а затем приятный мужской баритон начал зачитывать ответ, который студентка просто повторяла вслух, обращаясь к доценту Неучеву:

– Перелом – это такое повреждение, при котором наблюдается нарушение анатомической целостности кости с образованием костных отломков...

Кирилл Русланович, ощущая уже пятую волну прилива тепла к голове и к некоторым другим частям тела из-за рассасываемой под языком таблетки виски, незаметно для студентов слегка надавил на блок искусственного интеллекта в ушной раковине, так как отвлёкся на похмелье, забыв это сделать вовремя, в ухе безотказно пискнуло – связь восстановлена.

– Так-с, Гундеева, пожалуйста, почётче повторите свой ответ! – повторил доцент.

Люся про себя ругнулась, но мысленно направила запрос блоку искусственного интеллекта повторно.

– Пожалуйста, Кирилл Русланович, перелом – это такое повреждение... – улыбаясь, начала вторить ушной подсказке студентки.

«Какие же, всё-таки у неё чертовски аппетитные ножки, надо будет сегодня вечером посетить её сайт», – подумал Неучев.

– ...Ответ закончен, Кирилл Русланович! – подвела черту Гундеева.

Доцент покраснел, неловко коснулся блока искусственного интеллекта в ухе, чтобы пошла дифференциация правильности прозвучавшего ответа на вопрос:

«Ответ оценен в 985 баллов из тысячи», – услышал Неучев в ушном наномикрофоне.

– Что же, Гундеева, вы как всегда на высоте, радуете меня, – расплылся в широкой улыбке доцент. – Ставлю вам за зачёт 985 баллов, так держать!

– Спасибо, Кирилл Русланович.

– Так-с, пойдём дальше... Несдамшин, а скажите-ка, что такое открытый перелом? – обратился Неучев к Люсиному соседу по столу.

– Сейчас отвечу, Кирилл Русланович, одну минутку! – с этими словами студент нежно коснулся блока искусственного интеллекта в своём ухе. В ответ услышал характерный писк, и приятный женский голос начал излагать ответ, а Несдамшин вслух принялся озвучивать доносившееся из наноблока:

– Оргазм – это эмоциональный и гормональный пик, которого может достигнуть женщина или мужчина во время полового акта...

Люся больно толкнула Гусейна в бок локтём. Доцент Неучев почувствовал по изменившейся интонации ответа студента неладное, захлопал нервно отёкшими веками глаз:

– Одну минутку, Несдамшин, повторите ответ ещё раз! Я что-то отвлёкся!

Гусейн на автомате попросил блок искусственного интеллекта ответить ещё раз, покорно повторяя за ним:

– Оргазм – это эмоциональный и гормональный пик...

Неучев прислушался к голосу из наноблока искусственного интеллекта в своём ухе:

ОБ АВТОРЕ. В. Сапожников заведующий кафедрой педиатрии Тульского государственного университета, доктор медицинских наук, профессор. В студенческие годы был лауреатом Смоленского областного литературного конкурса «Пою моё Отечество». Лауреат литературной премии им. Л. Н. Толстого, дипломант всероссийской литературной премии им. А. Толстого, в 2019 г. стал лауреатом Всероссийской литературной премии им. М. А. Булгакова. С 1999 г. – член Союза писателей РФ, автор 30 поэтических и прозаических книг. Печатался во многих периодических изданиях России, Белоруссии, Киргизии.

(Следующий номер «МГ» выйдет в пятницу 17.06.2022.)

Опера Генделя	Пят- нистый тюлень	Рас- стагай	Служ. собака	Резин. обувь	СКАНВОРД										Антич- ный сосуд	Малина	Меч персов	"... и ласто- чки", Юон	Лекар. форма			
Галоген	Аргент. гитар- истка			Тамсу- лозин							Ориен- тир, судно				Абрикос							
			Неско- лько звздов		Бахча	Бай- дарка		Отрос- ток, мозг		Нетлен. кровь богов (греч.)	Сюжет		Экскур- совод			Деньги, Кирги- зия	Англ. кино- режис- сер					
Направ- ление	Краше в ... кладут			Локатор				Эгирин		Частица света					В оди- ночку							
			Эмбле- ма страны		Спор	Вандал							Орни- дазол									
	Пермь, река	Ангора		... кто идет!	Анчар			Удале- ние водой		Палка рыбака	Врем. жилье				Вост. пель- мень							
				Вдох- новение			Турге- нев, рассказ				Крик		Э С Х И Л Ф О А Ш П А Т Г А А Б Е Л Ь В Е Н Т А В И С Р А Е Р А Н Ч О О Я З Р Е О Р А К У Л С Е К С О В К О В И Д К А Г И Т А Р А У З И А Т Т А Р И С К А К В А Н А В О Б А Н Р А Д Ж Е К Л А Д Ш О Х О Т А А Л А									
	Детская болезнь	Семья пчел			Брег- вадзе	Буква кирил- лицы			Кумир				К А Л П О С И Л А Е М О Р О А И Ч И Т А Д И К Т А Т О Р Я В Ь П И А Л А Т А Н К									
Автор Валерий Шаршуков			Хоровая песня			"Сузу- ки", модель							Ответы на сканворд, опубликованный в № 19 от 18.05.2022.									

Ответы на сканворд,
опубликованный
в № 19 от 18.05.2022.