

Медицинская

17 июня 2022 г.
пятница
№ 23 (8041)

Газета®

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

Сегодня врач боится пациента.

Стр. 5

Вопросы охраны труда остаются важной частью деятельности профсоюза.

Стр. 6-7

Есть сомнения в достоверности того, что эпидемический процесс ВИЧ-инфекции замедлился.

Стр. 10

С Днём медицинского работника!

В центре внимания

Две из трёх Госпремий — за медицину!

Охрана здоровья людей признана приоритетной



9 июня 2022 г. Президент России подписал Указ о присуждении Государственных премий в области науки и технологий за 2021 г. Тот удивительный факт, что две из трёх премий присуждены коллективам учёных за разработки в области медицины, не просто радует — он отражает особое внимание государства к развитию технологий в сфере охраны здоровья населения.

Лауреатами Государственной премии РФ стали научный руководитель Научно-исследовательского института биомедицинской химии им. В.Н.Ореховича академик РАН Александр Арчаков и главный научный сотрудник того же института академик РАН Андрей Лисица — за экспериментально-теоретические работы по медицинской протеомике. Огромным, несомненным и высокозначимым научным достижением авторов данного научного проекта является расшифровка протеома человека, которая позволила им разработать технологию оценки состояния здоровья. Используя хромосомоцентричный подход к исследованию протеома, академики А.Арчаков и А.Лисица определили биомаркеры патологических состояний: они первыми в мире всего в одном микролитре крови обнаружили единичные копии молекул-предвестников болезни.

Кроме того, А.Лисица смоделировал молекулярные структуры модифицированных белков и фос-

фолипидов, а затем разработал экспериментально-вычислительный алгоритм «От геномов — к лекарствам», объединив данные геномики, протеомики и метаболомики. Исследователи совместили возможности ультрачувствительных молекулярных детекторов с производством лекарственных препаратов в наноформе. В свою очередь А.Арчаков руководил процессом разработки препаратов для лечения заболеваний печени и атеросклероза, а также испытаниями лабораторных диагностикумов, которые позволяют выявлять ранние онкологические и нейродегенеративные заболевания на ранних стадиях.

Второй научный коллектив, удостоенный Государственной премии РФ в области науки и технологий 2021 г., объединяет троих учёных-онкологов: заведующего отделом анализа эпидемиологии опухолей в регионах Центра координации онкологической помощи Национального медицинского исследовательского центра онкологии им. Н.Н.Блохина члена-корреспондента РАН Давида Заридзе, директора центра академика РАН Ивана Стилиди и научного руководителя НМИЦ детской гематологии, онкологии и иммунологии им. Дмитрия Рогачёва академика РАН Александра Румянцева. Высокой наградой отмечена разработка ими профилактических и клинических методов, направленных на предотвращение онкологических заболеваний и снижение смертности от них, улучшение качества жизни больных и достижение значимого прогресса в демографичес-

кой ситуации в России. Речь идёт о масштабном многокомпонентном клинко-эпидемиологическом проекте, который объединяет исследования в области онкологии, онкогематологии, эпидемиологии рака, иммунологии взрослого населения и детей.

В Указе Президента РФ особо отмечено, что научная работа Д.Заридзе внесла большой вклад в развитие популяционной и клинической эпидемиологии не только злокачественных опухолей, но и других хронических неинфекционных заболеваний (ХНИЗ). В результате изучения региональных особенностей распространённости злокачественных опухолей идентифицированы факторы окружающей среды и образа жизни, которые определяют уровень заболеваемости и смертности от злокачественных опухолей и прочих ХНИЗ.

Академиком И.Стилиди разработаны инновационные научно-обоснованные методы хирургического лечения опухолей брюшной полости и забрюшинного пространства, главным отличием которых является баланс между радикализмом и органосохраняющим подходом.

А.Румянцев внёс существенный вклад в развитие профилактики и терапии онкогематологических болезней детского возраста.

Интервью с одним из лауреатов Госпремии Д.Заридзе читайте в ближайших номерах «МГ».

Елена БУШ,
обозреватель «МГ».

Дорогие коллеги, друзья!

День медицинского работника — праздник тех, кто выбрал самую гуманную и благородную профессию в мире, посвятив себя сохранению здоровья и спасению жизни людей!

Повод поздравить медицинских работников есть у каждого, самые первые руки в нашей жизни — руки акушерки, принимающей роды. Затем мы знакомимся с участковым педиатром и терапевтом, которые сопровождают нас всю жизнь. Задача каждого медицинского работника — направить человека на путь сохранения здоровья, сохранить жизнь.

Медики оказывают помощь всем, кто в ней нуждается. Именно благодаря сплочённой и самоотверженной работе врачей, медсестёр, фельдшеров, санитаров — в каждом, даже самом отдалённом уголке нашей страны, нам удалось сдержать натиск пандемии, сохранить миллионы жизней. У нас впереди новые задачи — сохранить здоровье тех, кто перенёс COVID-19, кто в пандемию отложил плановое лечение или профосмотры.

Популярность медицинских профессий растёт: в прошлом году завершили своё обучение более 50 тыс. студентов-медиков, большинство из которых уже пополнили наши ряды. Растёт конкурс на поступление в медицинские вузы.

Сегодня от медицинского работника ждут высочайшей компетенции и скорости принятия решений. Поэтому необходимо всё время развиваться, получать новые знания, повышать свой профессионализм. Врач учится всю жизнь!

От всей души, дорогие друзья, поздравляю с Днём медицинского работника всех, кто трудится в системе здравоохранения! Желаю успехов в профессиональной деятельности, личного счастья и семейного благополучия. Спасибо вам за ваш самоотверженный труд, за спасение жизней, исцеление от болезней, за то, что дарите людям счастье и надежду. Будьте здоровы!

Михаил МУРАШКО,
министр здравоохранения РФ.

Уважаемые коллеги!

В канун нашего общего профессионального праздника — Дня медицинского работника — примите самые искренние поздравления от Отделения медицинских наук РАН!

Исследовательская деятельность и клиническая работа неотделимы друг от друга, они не могут существовать врозь, потому что в противном случае развитие медицины просто остановится, и продолжительность жизни человека вновь скатится до обидного к коротким срокам. Мы с вами делаем общее дело — раскрываем тайны патогенеза заболеваний, ищем способы их предупреждения и избавления людей от страданий, вызванных болезнями, затем используем результаты своих открытий и разработок в клинике. И здесь крайне важным, первостепенным условием является возможность обеспечить трансляцию найденных решений в практическое здравоохранение. Если же механизмы передачи научных знаний и новых медицинских технологий от разработчиков врачам нет, то утрачивается смысл исследовательских усилий.

Создать такие механизмы и обеспечить их бесперебойную работу — задача государства. Мы же с вами продолжим вести совместный научный поиск и нарабатывать клинический опыт, позволяющий говорить о медицине будущего. Речь идёт о персонализированном подходе к определению факторов риска развития заболеваний у того или иного человека, о персонализированной профилактике и тактике лечения, основанных на уникальных данных о состоянии здоровья именно данного пациента. Фундаментальные знания и созданные на их основе медицинские технологии для персонализированной и высокоточной медицины уже есть.

Подчеркну: наиболее результативное взаимодействие медицинской науки и системы здравоохранения возможно тогда, когда исследовательской деятельностью занимаются не только собственно сотрудники академических институтов, но и практикующие врачи. Недавние выборы в Российскую академию наук показали, что именно эта когорта учёных получает максимальную степень доверия со стороны самого научного сообщества: членами-корреспондентами и академиками РАН избраны поистине выдающиеся российские хирурги, онкологи, терапевты.

В День медицинского работника желаю всем российским врачам не только достигать высоких результатов в своей профессии, но находить время для научного творчества, для реализации самых смелых замыслов.

Особую признательность хочу выразить врачам, медсёстрам, нянечкам, оказывающим помощь пациентам с ковидом, а также раненым и пострадавшим во время проведения спецоперации.

Владимир СТАРОДУБОВ,
академик-секретарь Отделения медицинских наук РАН.

Дорогие медики!

Сердечно поздравляю вас с профессиональным праздником – Днём медицинского работника!

Вы связали свою судьбу с самой гуманной и уважаемой профессией, в основе которой – спасение жизни и здоровья людей. То, что для всех остальных подвиг, для вас – просто ежедневная работа. Люди в белых халатах для всех нас являются символом надежды и веры. Поэтому вместе с медицинскими работниками этот праздник отмечают все россияне.

Пусть мир радует вас своими красками, близкие – теплом и душевной щедростью, коллеги – взаимопониманием и доброжелательностью. От всей души желаю крепкого здоровья и успехов в работе на благо российского здравоохранения.

Илья БАЛАНИН,
председатель
Федерального фонда обязательного
медицинского страхования.

Дорогие друзья!

В третье воскресенье июня мы говорим спасибо работникам здравоохранения и той огромной армии, которая участвует в великом деле спасения жизни людей и оказания помощи больным.

Это не только врачи, медсёстры и фельдшеры, но и бухгалтеры, инженеры, спасатели, кадровые и информационные работники, водители, технологи и, конечно же, сотрудники нашего профсоюза, а также представители других профессий.

«Нет искусства полезнее медицины». Такую фразу много веков назад произнёс древнеримский учёный-эрудит Гай Плиний Секунд. Слова философа не потеряли своей актуальности и теперь. Без медицины нет жизни, нет развития и нет спасения. За время пандемии коронавируса эти простые истины стали понятны всем без исключения. Работники здравоохранения почувствовали поддержку со стороны общества и власти, услышали искренние слова признательности.

Каждому стало отчётливо ясно: именно от наших слаженных действий зависит безопасность жизни и здоровья людей. Наш нелёгкий труд часто сопряжён со значительным риском, но его результат наполняет сердца гордостью за профессию. Это не просто слова: в приграничных районах нашей Родины медицинские работники вместе с солдатами стоят на страже не только своего региона, но и всего Отечества. Низкий поклон вам за самоотдачу, стойкость и высокое служение медицинскому долгу!

От имени Профсоюза работников здравоохранения РФ и от себя лично желаю всем медицинским работникам и целому сонму смежных профессий терпения, выдержки, мирного неба над головой. И пусть в ваших семьях всегда царит мир, покой, благополучие и хорошее настроение. Успехов, счастья и здоровья вам и вашим близким!

Анатолий ДОМНИКОВ,
председатель
Профсоюза работников здравоохранения РФ.

Новости

Ленинградский медгородок
в Енакиево

Медики Ленинградчины протянули руку гуманитарной помощи жителям Енакиево, что на востоке Донецкой Народной Республики. В рамках доброй воли властей российского региона, объявившего своей подшефной территорией шахтерский город, нуждающийся в восстановлении, сюда прибыла специальным автопоездом и уже приступила к работе группа специалистов во главе с председателем Комитета по здравоохранению Ленинградской области Сергеем Вылегжаниным.

Помимо двух управленцев, в том числе руководителя областной клинической больницы, в состав ленинградской медицинской делегации входят семь человек – врачи узкого профиля и средний персонал Тихвинской межрайонной больницы им. А.Ф.Калмыкова, Всеволожской клинической межрайонной больницы, Гатчинской клинической межрайонной больницы и Кингисеппской межрайонной больницы им. П.Н.Прохорова. За пару дней на территории енакиевской горбольницы № 1 совместными силами принимающей стороны и гумконвоя был развернут медицинский городок, главными его составляющими стали три передвижных медицинских комплекса, прибывшие своим ходом из Ленинградской области: мобильная амбулатория, флюорограф и маммограф. Для обеспечения автономности их работы установлен доставленный тем же автопоездом электрический генератор. Независимы ленинградцы и в плане обеспеченности медикаментами и расходным материалом, необходимым при оперативных вмешательствах: лекарственные препараты для интенсивной терапии, высококачественные антибиотики и шовный материал приехали вместе с ними.

Основные направления шефской медицинской помощи определены ещё до начала бессрочной командировки – оказание неотложных медицинских пособий нуждающимся, а также проведение медицинских осмотров, в том числе профилактических, среди жителей Енакиево и близлежащих населённых пунктов. Сегодня лишь уточняются объёмы. После составления графика диспансеризации горожане получают приглашения на неё в социальных сетях и местной прессе. «Это только первый этап. Мы приехали надолго: будем вести работу столько, сколько надо и будем её расширять», – разъяснил по прибытии в Енакиево перспективы сотрудничества с Минздравом ДНР С.Вылегжанин.

Владимир ВЕНИАМИНОВ.

Донецкая Народная Республика.

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

Ориентиры

Два винта лучше,
чем один

Авиапарк летающих госпиталей пополнился

Новосибирская область приобрела второй вертолёт для службы санитарной авиации – на этот раз Ансат, предназначенный для полётов на небольшие расстояния. Маленькая, но дерзкая – так можно охарактеризовать эту винтокрылую машину, которая способна к вылету даже при ветре 25 м/секунду. Авиаторы говорят, что нелётной погоды для этой машины практически нет. Таким образом, теперь в распоряжении региональной службы скорой помощи и медицины катастроф два вертолёта – тяжёлый многоместный МИ-8 и лёгкий, рассчитанный на одного пациента и двоих медиков Ансат.

С тех пор, как в августе 2019 г. в области возобновила полёты санитарная авиация, из районов эвакуировали в городские лечебные учреждения более 800 пациентов. Трудяга МИ-8 показал себя как полноценный летающий госпиталь: по словам главного врача ССМП Александра Балабушевича, во время транспортировок были случаи остановки сердца и клинические смерти, однако благодаря мастерству экипажей и отличной оснащённости санитарного вертолёта врачам удаётся проводить



полноценную реанимацию и не допускать потерь.

Появление в авиапарке «скорой» ещё одного борта позволит увеличить интенсивность и экономическую эффективность работы санавиации за счёт распределения маршрутов с учётом вместимости машин и затратности их работы.

– Поскольку Ансат – лёгкая машина, её лётный час дешевле на 30%, чем у МИ-8. Это позволяет нам за счёт экономии средств выполнить больше вылетов и эвакуировать больше пациентов. Полёты на расстояние до 200 км – час туда и час обратно, учитывая, что скорость этого вертолёта 220 км

в час – оптимальнее совершать на Ансате, тогда как в отдалённые районы будет летать МИ-8. Этот борт также используется во всех случаях, когда нужна транспортировка сразу нескольких пациентов или в составе врачебной бригады требуются дополнительные узкие специалисты, – поясняет министр здравоохранения области Константин Хальзов.

Специально для санавиации в городе оборудовали вертолётную площадку, на которую можно приземляться даже в тёмное время суток.

Елена ЮРИНА.

Новосибирск.

Перспективы

Не первые,
но всё равно молодцы

В НМИЦ радиологии провели операцию по поводу рака щитовидной железы через преддверие рта. Для федерального онкоцентра это первый подобный опыт. Здесь убедились в том, что методика трансоральной эндоскопической гемитиреоидэктомии, давно применяемая за рубежом (известно более чем о 1000 случаях таких вмешательств), заслуживает внимания.

По словам заведующего отделением лучевого и хирургического лечения заболеваний головы и шеи Медицинского радиологического научного центра им. А.Ф.Цыба (филиала НМИЦ радиологии Минздрава России) Вячеслава Полькина, он и его коллеги взяли за освоение новой техники выполнения операций на щитовидной железе по той же причине, что и их предшественники – стремление уменьшить инвазию и тем самым добиться не только снижения частоты послеоперационных осложнений, но и более высокого косметического эффекта.

Главным недостатком традиционного подхода является формирование поперечного рубца длиной 6-8 см на передней поверхности шеи. Даже достигнутый клинический результат после удаления опухоли щитовидки омрачается для пациентов выраженным косметическим дефектом. Возможность применения эндовидеохирургии решает эту проблему: оказалось, что операции такого же объёма и при тех же диагнозах можно выполнять мини-инвазивно, используя



В операционной

не только цервикальный (шейный) доступ, но и экстрацервикальные (внешние) варианты доступа. В течение последних 20 лет в мире разработано несколько вариантов экстрацервикальных доступов для эндоскопической тиреоидэктомии: подмышечный, аксиллярно-маммарный, грудной, трансоральный и др. В НМИЦ радиологии решили опробовать как раз последний.

Первой пациенткой стала 62-летняя женщина, у которой диагностирована злокачественная опухоль размерами 26x12x25 мм в левой доле щитовидной железы. Небольшой размер новообразования позволил выполнить хирургическое вмешательство трансорально. В этом случае доступ к поражённому органу выполняется через преддверие рта с помощью

видеоэндоскопа. Операция прошла успешно. В.Полькин считает неоспоримыми преимуществами данного подхода минимальную травматичность и высокую прецизионность, которая обеспечивается использованием видеоэндоскопа. Кроме того, хирурги отметили снижение кровопотери, болевого синдрома и потребности в анальгетиках, а также отличную «косметику».

Справедливости ради необходимо сказать, что НМИЦ радиологии Минздрава России не первое учреждение в нашей стране, где апробировали технологию трансоральной эндоскопической гемитиреоидэктомии: с марта 2018 г. такие вмешательства на щитовидной железе выполняются на постоянной основе в ГКБ № 4

Москвы. Поэтому называть эту операцию уникальной – значит, сильно преувеличивать. В то же время данное событие действительно весьма значимо для онкологической службы страны, поскольку, являясь методологическим центром и куратором региональных онкослужб, НМИЦ радиологии призван содействовать внедрению новых технологий в практику онкологических клиник субъектов РФ. Это не просто необходимо, но и возможно, поскольку, по мнению ряда российских хирургов, имеющих опыт таких вмешательств, трансоральная операция на щитовидной железе может выполняться в любой среднестатистической операционной, оборудованной для эндоскопических вмешательств.

Ольга БЕРЕЦКАЯ.

Тенденции

Искусственный интеллект приживается медленно

Индекс готовности отрасли здравоохранения России к внедрению искусственного интеллекта (ИИ) составляет 3,27 балла из 10, только 15,9% медицинских организаций РФ используют системы ИИ в своей работе уже сейчас, а 19,3% планируют начать применять его в течение 3 лет. Об этом сказал заместитель руководителя Аналитического центра при Правительстве РФ Сергей Наквасин на конференции «Цифровая индустрия промышленной России».

По его данным, 21,1% организаций из числа использующих ИИ «самостоятельно разрабатывают технологические решения на основе ИИ», а 24,7% – оценивают эффект от применения цифровых технологий как существенный или многократный. Эксперт также отметил, что 73% организаций используют преимущественно российские технологии, 20%

применяют отечественные и зарубежные, и только 7% пользуются зарубежными разработками.

При этом 40,5% от всех отраслевых организаций испытывают недостаток квалифицированных специалистов, что сдерживает развитие искусственного интеллекта в сфере здравоохранения. Также среди факторов, тормозящих развитие ИИ, С.Наквасин со ссылкой на ответы медицинских организаций выделил финансовые ограничения (45%), низкий уровень совместимости с существующей инфраструктурой (32%), отсутствие четкой стратегии развития ИИ (30%), недостаток информации о возможностях использования ИИ (29%), отсутствие специального нормативного и технического регулирования (22%) и отсутствие поддержки от государства (21%).

О необходимости цифровизации сферы здравоохранения Президент РФ Владимир Путин начал говорить ещё в 2017 г. В феврале 2018 г. в НИИЦ им. В.А.Алмазова

в Санкт-Петербурге был подписан меморандум о создании национального консорциума «Цифровое здравоохранение». Консорциум призван развивать и внедрять цифровые технологии в здравоохранение, обеспечить рост конкурентоспособности компаний России на мировом рынке. Одновременно с созданием высокотехнологичных продуктов и услуг участники консорциума намерены разработать меры господдержки и регулирования в области их внедрения.

Примечательно, что в начале минувшего года был проведён опрос медиков об оценке цифровой зрелости клиник и регионов. Выяснилось, что для 63,8% респондентов важно иметь систему критериев и методику оценки цифровизации здравоохранения, но только 8,4% сообщили, что такая система в их регионе разработана полностью или частично.

Игорь КОРАБЛЁВ.

Спасибо, доктор!

Лишние пальчики больше не мешают

Я не первый раз с детьми госпитализируюсь в Нижневартовскую окружную клиническую детскую больницу. И дочь, и сын родились с достаточно редкой аномалией – шестью пальцами на руках и ногах (в семье есть генетическая предрасположенность к такой особенности развития).

На здоровье детей это не влияло, но было значимой эстетической проблемой и доставляло разного рода неудобства в повседневной жизни. Поэтому мы решились сделать детям операцию по разделению сросшихся пальцев и удалению лишних в травматолого-ортопедическом отделении детской больницы.

Заведующий этим отделением – травматолог-ортопед высшей квалификационной категории Владимир Александров провёл операции по разделению сросшихся пальцев на руке, а спустя время – по удалению сыну шестых пальцев на обеих ножках. И всё сделал настолько красиво, что я решилась на повторную операцию у дочери – ей в другом регионе провели такую же процедуру не совсем так, как хотелось бы. А здесь врачу удалось не только удалить лишние пальчики, но и скорректировать ширину стопы. При этом доктор сам приходил на каждую перевязку, с удовольствием общался с детьми.

И даже когда мы спустя несколько месяцев звонили, он нас вспомнил и поддержал наше желание довести до логического завершения весь процесс по исправлению особенностей у моих детей. Было приятно, что в таком потоке пациентов он нас узнал.

Сейчас мы с дочкой проходим очередной этап коррекции. На днях ей сделали операцию на ноге по удалению шестого пальца. Доверие к доктору помогло мне справиться с волнением за ребёнка, и я в очередной раз убедилась в профессионализме Владимира Владленовича, за что не устаю его благодарить.

Юлия БОРКОВСКАЯ.

Нижневартовск.



Перемены

Минздрав о цифровизации

Заместитель министра здравоохранения РФ Павел Пугачев выступил в ходе Всероссийского форума обучающихся медицине и фармации в Калужской области. Тема его доклада – работа с большими базами данных и регистре застрахованных лиц.

В начале своего выступления он отметил, что изменение подхода в области использования цифровых технологий связано с пандемией коронавирусной инфекции и необходимостью унификации цифрового контура здравоохранения. Основными задачами, стоящими перед цифровизацией, стали оценка той инфраструктуры, которая должна быть развернута, оперативный мониторинг информации и работа с большими данными в режиме реального времени.

– Это всё вместе изменило отношение в целом к цифре в здравоохранении с точки зрения принятия

управленческих решений. Решения уже сейчас принимаются на основании данных в режиме реального времени – системы маркировки, заболеваемости, вакцинации, – отметил П.Пугачев.

По его словам, данные о состоянии здоровья составляют значимую часть информации о человеке, так как образ жизни и экологическая обстановка вносят весомый вклад в состояние здоровья. Цифровое обеспечение здравоохранения должно поддерживать информирование по базовым профилям состояния здоровья пациента. Так, в рамках создания новой модели регистра застрахованных формируется понятие цифрового профильного центра.

– До конца года регистр застрахованных должен быть запущен по модели, когда мастер-данные должны быть сформированы на федеральном уровне, – подчеркнул он.

По вопросу документооборота П.Пугачев отметил, что медицинские организации активно переходят к электронным инструментам ведения документации. Такая возможность предоставляется на усмотрение главного врача медицинского учреждения. Так, в Москве отказ от бумажной документации проходит в детских поликлиниках. Белгородская область – первый регион, который отказался от бумажных рецептов. В Калужской области в 4 стационарах планируется отказ от бумажной документации к 1 июля.

Особое внимание было уделено рискам, с которыми сталкивается система здравоохранения в области цифровизации. Главные задачи с этой точки зрения должны решаться в области кибербезопасности и сохранности данных пациентов.

В конце выступления заместителем министра было анонсировано

мобильное приложение «Личный кабинет медицинского работника». Присутствовавшим студентам было предложено участие в пилотном тестировании приложения. Среди его основных особенностей П.Пугачев выделил следующее: образовательная часть портфолио формируется автоматически в структурированном, едином виде; профессиональная часть портфолио согласуется с руководством дистанционно, заявление на периодическую аккредитацию формируется автоматически в структурированном, едином виде, подача на периодическую аккредитацию осуществляется в электронной форме, дистанционно.

Можно отслеживать статус рассмотрения заявления на периодическую аккредитацию. Есть возможность просмотра и отслеживания корректности данных о себе в ФРМО и ФРМР, получения подборки новых статей в соответствии с интересами медицинского работника.

Андрей ДЫМОВ.

Идеи

Забота об «орфанниках»

Уполномоченный по правам человека в РФ Татьяна Москалькова предложила правительству расширить возможности применения материнского (семейного) капитала. Со ссылкой на общественников, она отметила, что нужно разрешить использовать маткапитал для покупки препаратов для детей с орфанными заболеваниями.

«Сохраняет актуальность проблема поэтапного расширения направлений использования материнского капитала. В частности, предлагается разрешить его использование для покупки лекарственных препаратов для лечения детей, страдающих орфанными заболеваниями, спинальной мышечной атрофией, сахарным диабетом и муковисцидозом. В пользу расширения направлений использования материнского капитала высказались участники заседания экспертного совета при уполномоченном в июне 2021 г. Поэтому предлагаем Правительству РФ продолжить работу по разработке соответствующих изменений законодательства и выражаем готовность принять в ней участие», – говорится в докладе о деятельности Уполномоченного по правам человека в РФ за 2021 г.

Примечательно, что член комитета Государственной думы РФ по труду, социальной политике и делам ветеранов Светлана Бессараб поддержала инициативу Т.Москальковой. В своём докладе Т.Москалькова также отметила, что в 2021 г. в адрес уполномоченного по правам человека поступило в три раза больше обращений по поводу трудностей в получении плановой медпомощи при хронических заболеваниях и в пять раз выросло количество жалоб на соблюдение прав граждан при оказании психиатрической помощи. Были инициированы прокурорские проверки в отношении должностных лиц клинической психиатрической больницы Саратовской области, Минздрава Оренбургской области и учреждений здравоохранения Оренбургской области.

Григорий МАТВЕЕВ.

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.

Есть люди, с уходом которых очень трудно смириться даже несмотря на то, что их жизнь, была длинной. Анатолию Покровскому – хирургу и учёному с мировым именем, основателю и почётному президенту Российского общества ангиологов и сосудистых хирургов, единственному российскому президенту в истории Европейского общества сосудистых хирургов (ESVS) – шёл 92-й год.

2 июня 2022 г. Анатолия Владимировича не стало. Тысячи его учеников и десятки тысяч спасённых им пациентов в эти дни мысленно спешат сделать то, что, возможно, не успели сделать при его жизни – сказать спасибо Учителю и Доктору с большой буквы.

Сначала о его достижениях. Анатолий Владимирович является основателем современной российской школы сосудистой хирургии. Под его руководством началось становление реконструктивного направления в хирургии сосудов. Одним из первых он приступил к разработке методик хирургического лечения ишемической болезни сердца. Ещё в начале 1960-х годов взялся создавать первые отечественные сосудистые протезы. В период 1960-1970 гг. А.Покровский был пионером хирургии артерий:

Вехи

Академик Анатолий Покровский. Памяти Учителя

резекция аневризмы восходящей аорты в условиях искусственного кровообращения, протезирование нисходящей аорты при расслоении III типа, одномоментная трансортальная эндартерэктомия из аорты и висцеральных ветвей, резекция аневризмы дуги аорты – все эти прорывные по тем временам технологии связаны его именем.

В области кардиохирургии А.Покровский знаменит тем, что именно он провёл первую в СССР успешную операцию по поводу расслаивающейся аневризмы аорты; наложил прямой маммарно-коронарный анастомоз; сделал орто-коронарное шунтирование; выполнил резекцию аневризмы левого желудочка в условиях искусственного кровообращения, а также аневризмэктомии и орто-межжелудочковое шунтирование. Все, кто работает в области сердечно-сосудистой хирургии, понимают, какое значение имели

эти успехи А.Покровского для дальнейшего развития мировой медицины.

В лечении больных с сосудисто-мозговой недостаточностью, с хронической артериальной ишемией конечностей, поражениями брюшного отдела аорты Анатолий Владимирович и его коллеги не просто говорили новое слово в науке, но и доказывали правильность своих гипотез в клинической практике.

С начала 1980-х уже можно было говорить о том, что сформировалась научно-клиническая школа академика А.Покровского. Важная деталь: под его руководством защищено 167 диссертаций, включая 56 докторских и 111 кандидатских. Многие ли из академиков могут показать такие результаты? Анатолий Владимирович не был сторонником теории «звезда должна быть одна», он выделял талантливых молодых хирургов и делился с ними своим



опытом в операционной, помогал в научной работе.

А теперь о главном – о человеческом начале великого хирурга.

Заслуги академика А.Покровского оценены по достоинству: он был награждён орденами «За заслуги перед Отечеством» II, III и IV степени, становился лауреатом Государственной премии СССР (1975), Государственной премии РФ (2002), премии Правительства РФ (2004). Но при всём немалом количестве наград и премий Анатолий Владимирович оставался удивительно скромным человеком. Можно даже сказать – нетипично скромным по нынешним временам.

Мягкая улыбка академика А.Покровского обезоруживала. Он был из категории настоящих русских интеллигентов и по происхождению (родился в семье врачей), и по мировоззрению – подчёркнуто корректный в общении и смелый в решениях. Для того, чтобы стать первым, хирургу просто необходимо было смелым.

Елена БУШ,
обозреватель «МГ».

Акценты

Совпадения неслучайны, или паника надумана?

Тема оспы обезьян захватывает всё больше места в мировой и российской информационной повестке. Но заслуживает ли она такого внимания?

Руководитель Роспотребнадзора Анна Попова на встрече с членами Комитета Госдумы РФ по охране здоровья дала максимально чёткие ответы на все возможные вопросы в этом плане. Западно-Африканский вариант вируса оспы, с которым в настоящее время имеют дело эпидемиологи и врачи разных стран, относится к категории низкопатогенных. Вирус оспы не мутирует, поэтому предполагать, что он опасно изменится – нет никаких оснований. Главный санитарный врач России деликатно напомнила, что нынешний эпидемиологический процесс, вызванный обезьяньей оспой, имеет особенности: возбудитель изначально попал в «особенную» социальную группу (мужчин, имеющих секс с мужчинами. – **Ред.**), а это также снижает вероятность пандемических масштабов распространения инфекции. В то же время система эпиднадзора и реагирования в РФ находится в полной готовности.

– Семинары с врачами-инфекционистами проводятся. ПЦР-тест на четыре вируса оспы в России есть, мы готовы начать тестирование моментально. Отечественные вакцины против оспы тоже есть. Но сейчас необходимости в массовой вакцинации нет, даже для медработников. Прививать людей нужно от того, от чего действительно нужно прививать. На сегодняшний день правильнее было бы говорить о вакцинации против ветряной оспы, – подчеркнула А.Попова.

Излишне большое внимание не самому значимому событию, по её мнению, неоправданно.

– Это посткоронавирусный синдром: теперь каждое «нечто» будет сопровождаться громким информационным шумом, – предположила глава Роспотребнадзора, подчеркнув, что у данного заболевания нет никакой сложности, кроме особенностей его воспри-

ятия. Высокий интерес СМИ и спекуляции на этой теме сделали её такой популярной.

Выслушав сообщение главного санитарного врача России, председатель Комитета по охране здоровья Дмитрий Хубезов сделал вывод, что опасность обезьяньей оспы минимальна, а сенсация раздута. Он также предостерег коллег по депутатскому корпусу от соблазна давать комментарии на данную тему, назвав самым компетентным источником информации именно Роспотребнадзор.

Со своей стороны заместитель председателя Государственной Думы Ирина Яровая полагает иначе. Она обращает внимание на одновременное появление в разных странах случаев заболевания людей оспой обезьян, а также одновременное появление в разных регионах мира «неясного» гепатита, которым заболевают дети в тяжёлой форме. По мнению вице-спикера, которая является сопредседателем Парламентской комиссии по расследованию деятельности зарубежных биологических лабораторий, эти совпадения неслучайны. Со слов И.Яровой, к настоящему времени комиссия выяснила, что в марте 2021 г. на Мюнхенской конференции по безопасности уже звучал прогноз о вспышке обезьяньей оспы именно в мае текущего года. А канадские учёные, якобы, ещё в 2018 г. опубликовали результаты исследования по созданию нового вируса лошадиной оспы.

– Сейчас это называют не более чем совпадением, но цепочка совпадений весьма странная. И в ней отправной точкой является большой интерес США к оспе, – отметила И.Яровая на очередном заседании комиссии.

Таким образом, одни депутаты призывают к взвешенным оценкам, а другие склоняются в сторону поиска врагов. Тут хочется напомнить, что сказала глава Роспотребнадзора А.Попова на встрече с парламентариями: «Главное сегодня не допустить паники в обществе».

Елена СИБИРЦЕВА.

Конференции

В стенах Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И.Пирогова прошло масштабное событие – Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием: «Морфологические школы сегодня». Посвятили мероприятие 110-летию со дня рождения академика РАМН лауреата Государственной премии СССР Василия Куприянова.

Анатомия музыки и музыка анатомии продолжают звучать

Имя этого выдающегося учёного в вузе знает каждый, его научная и педагогическая деятельность тесно связана со Вторым Методом. В сферу научных интересов В.Куприянова входило изучение морфологии нервной системы и морфологии микроциркуляторного русла. Он возглавлял кафедру нормальной анатомии 2-го МОЛГМИ им. Н.И.Пирогова с 1959 по 1982 г., был заведующим лабораторией микроциркуляции и электронной микроскопии и советником ректора. Научная мысль и творческая деятельность Василия Васильевича шла ещё по трём направлениям: история медицины; методология анатомии как науки и её роль в формировании научного мировоззрения и методологические аспекты преподавания анатомии человека.

Участников и гостей конференции встречал оркестр РНИМУ с символическим для этого мероприятия названием «Анатомия музыки». Открыл конференцию ректор РНИМУ им. Н.И.Пирогова академик РАН Сергей Лукьянов, который отметил: «Такие консолидирующие конференции крайне важны. Университеты – это, прежде всего школы, а за школами стоят их великие основатели. Те люди, которые дают импульс развития, выходящий за рамки их собственной жизни. Это удивительное явление дать такой заряд, который продолжает движение, когда человека уже нет, а мы по-прежнему объединены его идеями, достижениями».

Президент научного медицинского общества анатомов, гистологов и эмбриологов России, директор Федерального исследовательского центра питания и биотехнологии Дмитрий Никитюк сказал: «В.В.Куприянов долгое время возглавлял Всесоюзное общество анатомов, гистологов и эмбриологов. Он был великим человеком, расцвет его деятельности пришёлся на славное время отечественной морфологии.

В своей работе он всегда искал разные методические подходы и был одним из немногих среди морфологов, удостоенных государственных премий. Он сочетал в себе широчайшую эрудицию и высокую личную скромность».

О жизни и профессиональном пути В.Куприянова рассказали его ученики: профессор кафедры анатомии человека лечебного факультета вуза Владислав Куликов и заведующий кафедрой анатомии человека РУДН профессор Валентин Козлов. О периоде работы В.Куприянова в Кишинёвском медицинском институте рассказал профессор Илья Катеренок, который в настоящее время возглавляет кафедру анатомии Государственного университета медицины и фармакологии им. Николая Тестемицану Республики Молдова.

Среди почётных гостей присутствовал президент международной ассоциации морфологов СНГ, заведующий кафедрой гистологии, цитологии, эмбриологии Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И.Евдокимова, член-корреспондент РАН Виктор Банин, который в своё время работал с В.Куприяновым.

Специалисты-морфологи из разных уголков России, а также Азербайджана, Белоруссии, Молдовы и даже Малайзии прибыли в Москву, чтобы обсудить накопившиеся вопросы, поделиться разработками, обменяться опытом. Так, на пленарном заседании прозвучало около 10 докладов.

Заведующий кафедрой анатомии человека лечебного факультета, сопредседатель оргкомитета Сергей Шемаков особо отметил доклады старшего преподавателя кафедры анатомии человека РНИМУ Карины Васяниной «Пейерова бляшка крыс и моделируемая гипокинезия», представитель Первого МГМУ им. И.М.Сеченова Вячеслава Варенцова и Владимира Николенко «Механизмы дифференцировки и миграции

нейробластов в стволовых нишах головного мозга», профессора Рамили Эмиль Кызы Бабаевой из Азербайджанского медицинского университета «Структурные закономерности механизмов кровотока в стенке кишечника». В общей сложности было представлено около 30 устных и posterных докладов.

Научная конференция проходила в смешанном формате. Очно участвовали представители 25 отделений. «Это все московские медицинские вузы, включая факультет фундаментальной медицины МГУ им. М.В.Ломоносова и университет «Синергия», медицинские университеты Санкт-Петербурга, Уфы, Саранска, Астрахани, Ижевска, Тюмени, Тамбова, Томска, Твери, Екатеринбург, Смоленска и др. Ряд докладов был представлен дистанционно. Онлайн подключились 32 отделения», – пояснил С.Шемаков.

Кроме того, в рамках конференции прошёл пленум правления Научного медицинского общества анатомов, гистологов и эмбриологов России. Специалисты обсудили создание и развитие анатомических музеев в медицинских вузах. Работа конференции завершилась экскурсией по кафедре анатомии человека и мультипрофильному аккредитационно-симуляционному центру. Гости познакомились с работой интерактивного анатомического стола «Пирогов».

Иван АЛЕКСАНДРОВ.

На одном из недавних заседаний секции неонатологов Московского общества детских врачей речь шла о проблемах, имеющихся в различных субъектах РФ, выявленных в результате аудита.

Как известно, выездные мероприятия ставят своей целью показать людям, где есть системные неточности, в чём причины и как избавиться от этих огрехов. Они проводятся с учётом ряда направлений, таких как управление персоналом, обеспеченность и подготовка медицинских кадров, эпидемиологическая и лекарственная безопасность и т.д. и охватывают все основные аспекты деятельности врачей и медицинских учреждений. Так, анализируя оказание помощи, в том числе экстренной и неотложной, директор Института неонатологии НИИЦ акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И.Кулакова, доктор медицинских наук, профессор Виктор Зубков отмечал:

– Надо понимать, как она организована, кто и за что отвечает, чтобы не было судебных дел, которые постоянно шумят.

Устраняя недочёты

Касаясь профилактики падений, он упомянул, что до сих пор медсёстры переносят детей на руках, чего не должно быть. Казалось бы, мелочь, но всё может закончиться серьёзно. Или медсестра идёт с каталкой, в которой рядком уложены новорождённые, остановилась, разговаривает с коллегой, отвернувшись от младенцев. А расстояние от последнего ребёнка до бортика каталки такое, что при толчке малыш может удариться об бортик.

Встречаются недочёты и при заполнении документации. Бывает, что в одном учреждении на одного новорождённого ведутся 2 истории. Ребёнок родился – завели историю его развития, её закрывают при переводе в отделение реанимации и заводят другую. Так не должно быть. В одном лечебном учреждении нужно вести одну историю развития новорождённого.

Говоря о профилактике внутрибольничных инфекций, В.Зубков привёл картинки из жизни, которых не хотелось бы видеть. Медсестра работает в отделении реанимации новорождённых, как будто всё хорошо, она в перчатках, но в то же время у неё на руке часы. Ношение сотовых телефонов в кармане врача – тоже не редкость.

– Перед входом в реанимационный зал оставляйте телефон и шариковые ручки в специальном боксе для этого, – рекомендует В.Зубков. – И не носите фонендоскоп на шее. Это признак дурного тона. К тому же на нём скапливается много микроорганизмов.

Ещё наблюдение в ходе аудита. Оборудовано место для мытья рук, где есть антисептики, одноразовые полотенца. Но рулон с ними повесили на ленту из куска клеенки, явно перед приездом аудиторов. Видимо, из-за отсутствия специального полотенцедержателя.

– Спрашивается, как вы вытираете руки? Ведь приходится брать за него, промочив всю кассету. Существует такая беда как вранье наше. Кому врёшь? – вопрошал В.Зубков.

Не всегда диагностика и лечение соответствуют выполнению клинических рекомендаций. Имеет место недооценка течения инфекционного процесса, отсутствие преемственности. Один врач назначил препарат, другой отменил.

– Обосновывайте. Напишите, почему так поступили. Есть чёткие показания к антимикробной терапии, к её отмене, – напомнил профессор.

Довольно часто встречается нерациональная комбинация препаратов, неадекватный режим дозирования, необоснованные назначения антибиотиков. Каждый третий ребёнок в России при постановке диагноза инфекционно-воспалительного заболевания необоснованно получает антимикробную терапию. Порой игнорируются инструкции к

Деловые встречи

От тюрьмы и от сумы

Знание обходится дешевле, чем незнание

препаратам, тогда как необходимо не просто их читать, а следовать им. – Это – единственный нормативный документ, – подчеркивает В.Зубков. – Ни лекции, ни чьё-то авторитетное мнение не являются нормативным документом для судебных органов.

Профессор отметил также, что в последние 3 месяца в структуре младенческой смертности на первый план выходят внешние причины: утопления, алкогольные отравления и т.п., что напрямую связано с социально неблагополучными семьями.

– Почему врачи должны отвечать за это, когда есть органы опеки? – задаётся вопросом В.Зубков. По его мнению, необходимо развести проблемы, чтобы медики понимали, когда и в каком формате они отвечают за случаи смерти на дому.

Обратило на себя внимание, что на заседании секции, где шёл честный и открытый разговор между профессионалами о повышении качества работы, неоднократно упоминалась нависающая угроза судебных исков. Что отнюдь не случайно. В 2021 г. в Следственный комитет России поступило более 6,5 тыс. сообщений о ненадлежащем оказании медицинской помощи, было возбуждено около 2 тыс. уголовных дел. В суды направлено 332 дела. Для сравнения в 2019 г. – 303. Это, конечно, не может не волновать врачей.

Помощь или услуга?

Тема предупреждения дефектов медицинской помощи нашла отражение и на Гиппократовском форуме, который проходил в рамках XIX съезда педиатров России.

– Мы принципиальны. И если видим ошибку коллеги, отрицать её не станем, – заявил президент Российской ассоциации специалистов перинатальной медицины академик РАН Николай Володин, много делающий для повышения уровня знаний докторов и решения имеющихся проблем.

Не секрет, что ряда недочётов в работе можно было бы избежать, будь надлежащая обеспеченность кадрами. Однако низкая оценка общественной значимости медицинских работников, юридическая незащищённость приводят к тому, что наиболее тяжёлые специальности (анестезиология-реаниматология, неонатология и др.) испытывают огромный кадровый дефицит. По результатам того же аудита, основная проблема, касающаяся всех учреждений, – неуклюжесть. Как врачами, так и медицинскими сёстрами. В некоторых медицинских учреждениях дефицит неонатологов, анестезиологов-реаниматологов достигает 60%. И восполнить его сложно из-за недостаточного количества подготовки ординаторов. По мнению В.Зубкова, существующая система требует пересмотра, надо что-то менять, чтобы был приток молодых специалистов. Их меньше там, где больше ответственности, например, в неонатологии.

– Сегодня все хотят стать пластическими хирургами, стоматологами, косметологами, а ещё репродуктологами, чтобы заниматься вспомогательными репродуктивными технологиями, – полагает юрист Российского общества неонатологов кандидат юридических наук Диана Мустафина-Бредихина. – Эти направления наиболее интересны потенциальному абитуриенту. Изначально он думает о том, не как служить, врачевать, а какую зарплату будет получать и где. Но даже те, кто идёт в медицину по велению сердца, оказываются загнанными в угол, потому что образ врача демонизирован в обществе.



У обывателя имеется потенциальное недоверие к доктору. Даже пандемия коронавирусной инфекции не сильно изменила ситуацию. Как показали исследования, за 2 года доверие к врачу выросло на 7% и на сегодняшний день составляет 41%. Остальное население всё равно перепроверяет диагноз, не уверено в профессионализме специалистов, назначенные лекарства воспринимает как лоббированные, считая врача подкупленным фармацевтическими компаниями.

По её словам, наряду с демонизацией, привычным стало отношение к доктору как к обслуживающему персоналу. Для обывателя парикмахер и врач стоят где-то рядом, он считает, что доктор должен оказывать ему медицинскую услугу. (Услуга – от слова «служение», а это и есть помощь). Успешное включение понятия «услуга» в законодательство привело к тому, что к медицине начал применяться закон о защите прав потребителей, и пациентские сообщества очень умело им пользуются.

«Медицинская помощь – это помощь или услуга?» – размышляет медицинский юрист, судмедэксперт, по первой профессии хирург Руслан Калинин.

Сейчас все шире применяется 238 статья Уголовного кодекса РФ к медицинским работникам «Оказание услуг, не отвечающих требованиям безопасности, жизни и здоровья потребителей». Врача сажают в тюрьму за то, что он неправильно оказал услуги. С другой стороны, существует точка зрения, что врач должен иметь право на ошибку с гарантированным иммунитетом от уголовного преследования, но при этом надо дать ему возможность профессионального роста, обучения и страхования профессиональной ответственности, утверждает доктор медицинских наук, профессор Волгоградского государственного медицинского университета Николай Жаркин.

– Тут надо искать баланс. В соответствии с 19-й статьей Конституции РФ, у нас все равны перед законом, и никакая профессия не может исключать уголовную ответственность, – полагает Р.Калинин. – Пациенты пишут много жалоб в правоохранительные органы, в Следственный комитет, и это приводит к тому, что Следственный комитет фактически начинает выполнять функции общего надзора в области здравоохранения. Этому происходить не должно.

К сожалению, медицинская помощь на сегодняшний день не воспринимается как помощь. Правда есть и иная точка зрения: помощь – это там, где бесплатно, а там, где платно – услуга. Но медици-

на, независимо от источников её финансирования, работает по единым документам (клинические рекомендации, порядки оказания помощи, стандарты, законодательство в целом). Поэтому нужно всё-таки убирать понятие «услуга», считает Д.Мустафина-Бредихина. Президент РФ уже говорил об этом применительно к системе образования. Педагоги – люди, которые воспитывают детей, с грустью замечают: «Мы же – сфера услуг». То же самое и врачи.

Сегодня врач очень запуган, он боится пациентов. Не раз приходилось наблюдать, как мой участковый терапевт – женщина импульсивная парикмахер и врач стоят где-то рядом, он считает, что доктор должен оказывать ему медицинскую услугу. (Услуга – от слова «служение», а это и есть помощь). Успешное включение понятия «услуга» в законодательство привело к тому, что к медицине начал применяться закон о защите прав потребителей, и пациентские сообщества очень умело им пользуются.

«Медицинская помощь – это помощь или услуга?» – размышляет медицинский юрист, судмедэксперт, по первой профессии хирург Руслан Калинин.

Сейчас все шире применяется 238 статья Уголовного кодекса РФ к медицинским работникам «Оказание услуг, не отвечающих требованиям безопасности, жизни и здоровья потребителей». Врача сажают в тюрьму за то, что он неправильно оказал услуги. С другой стороны, существует точка зрения, что врач должен иметь право на ошибку с гарантированным иммунитетом от уголовного преследования, но при этом надо дать ему возможность профессионального роста, обучения и страхования профессиональной ответственности, утверждает доктор медицинских наук, профессор Волгоградского государственного медицинского университета Николай Жаркин.

– Тут надо искать баланс. В соответствии с 19-й статьей Конституции РФ, у нас все равны перед законом, и никакая профессия не может исключать уголовную ответственность, – полагает Р.Калинин. – Пациенты пишут много жалоб в правоохранительные органы, в Следственный комитет, и это приводит к тому, что Следственный комитет фактически начинает выполнять функции общего надзора в области здравоохранения. Этому происходить не должно.

К сожалению, медицинская помощь на сегодняшний день не воспринимается как помощь. Правда есть и иная точка зрения: помощь – это там, где бесплатно, а там, где платно – услуга. Но медици-

на, независимо от источников её финансирования, работает по единым документам (клинические рекомендации, порядки оказания помощи, стандарты, законодательство в целом). Поэтому нужно всё-таки убирать понятие «услуга», считает Д.Мустафина-Бредихина. Президент РФ уже говорил об этом применительно к системе образования. Педагоги – люди, которые воспитывают детей, с грустью замечают: «Мы же – сфера услуг». То же самое и врачи.

как протекает беременность, а самое главное, как развивается плод, и решить, что нужно предпринять для улучшения его состояния. В арсенале у врачей для этого – целый ряд технологий, скажем, фетальная хирургия. Она уже реальность. Академиком РАН Марком Курцем сделано более двух десятков операций при spina bifida. И дети, которых оперируют внутриутробно на 22-23-й неделе гестации, потом развиваются нормально. А раньше это был приговор.

Академик РАН Александр Румянцев со своей командой и профессор Светлана Варфоломеева со своей занимаются пренатальной диагностикой опухолей. Такую беременную женщину переводят в НИИЦ им. В.И.Кулакова, и малыша оперируют на 2-3-и сутки жизни. В общем, наука открывает сейчас большие возможности. Но в жизни беременная женщина порой упускается. Не наблюдается так, как надо. Или наблюдается, но ей говорят – все хорошо, хотя и имеются отклонения. Возникает коллизия, исход которой может завершиться судебным делом.

Есть два понятия: живорождённый ребёнок и жизнеспособный. Жизнеспособность у живорождённого не всегда такая, какая хотелось бы, его потенциал продолжить жизнь может быть низким.

Представим: малыш появился на свет живорождённым, но жизнеспособным, причём не в том родовспомогательном учреждении, не в тех условиях, где надлежало бы. Врачи оказывают ему помощь, но не всегда достаточно, и обращаются в учреждение третьего уровня, в перинатальный центр. Приезжает врач последней инстанции, который уже не в силах ничего сделать. Получается, все претензии ложатся на последнего врача, причём не сразу, а зачастую через 3-5 дней, порой и через 2-6 месяцев. Поэтому в подобных ситуациях, грозящих судом, необходимо учитывать мнение профессиональных организаций.

– Важно, чтобы объективная независимая профессиональная экспертиза рассматривалась на определённых этапах возбуждаемого дела и принималась во внимание как очень значимое заключение, а может быть, даже и главное при вынесении вердикта, – считает Н.Володин.

– Самоуправляемое сообщество врачей надо наделять полномочиями представления его интересов в суде, чтобы оно могло защищать своих докторов, – уверен доктор юридических наук профессор Российской академии народного хозяйства и государственной службы при Президенте РФ Игорь Понкин. – В профильном законе понятие врачебной ошибки отсутствует. Его нужно прописать в законодательстве. Врачебная ошибка – это невиновное поведение, ведь врач – не Господь Бог. Конечно же, необходимо развитие профстрахования. А главное – тотальный аудит и трансформация регуляторного ландшафта в сфере здравоохранения в РФ. Здесь много чего надо менять. Вопрос не в том, чтобы сломать. А в масштабной актуализации законодательства РФ об охране здоровья граждан, в том числе и в части защиты ребёнка на пренатальной стадии развития. И, безусловно, необходимо признание должным образом правосубъектности врача.

Конечно же, это не отменяет высоких требований к уровню знаний и умений медработников.

Валентина ЕВЛАНОВА,
корр. «МГ».

Нерешённые проблемы

Сейчас существуют общие подходы к системе управления охраной труда, предусмотренные Трудовым кодексом и подзаконными актами, но эта система не учитывает всей специфики медицинской деятельности. Иногда это может привести к формальному выполнению обязанностей по охране труда на местах. В этом отношении индикатором всегда служили показатели производственного травматизма и заболеваемости. Только по отчётным данным профсоюза за прошедший год было зарегистрировано 2041 случай травматизма, из которых 54 – смертельных. По данным Фонда социального страхования за прошедший год было выявлено 933 случая профессиональных заболеваний, половина из них – это умершие от COVID-19. По факту эта цифра должна быть на порядок больше. Как мы видим, до достижения концепции «нулевого травматизма» очень далеко.

Прежние два года были для нас сложнейшими с точки зрения защиты трудовых прав и интересов членов профсоюза. Вопросы охраны труда в этот период вышли на передний план. И дело не только в пандемии новой коронавирусной инфекции, но и в быстроменяющемся законодательстве в этой области.

Именно профсоюз во время пандемии стал инициатором многочисленных предложений по внесению изменений в законодательство, которое даёт возможность защитить права медицинских работников, в том числе на получение заслуженных гарантий и компенсации в связи с работой в этих условиях. Благодаря активной позиции организации удалось не допустить отмены целого ряда нормативных правовых актов в рамках «регуляторной гильотины», влияющих на социальную, экономическую и правовую защищённость. Например, профсоюз выступил против отмены документов РСФСР, СССР и РФ по вопросам предоставления дополнительного отпуска и сокращённого рабочего дня за вредные условия труда («списки» 1 и 2), продолжительности рабочего времени, работы по совместительству и многое другое. Была достигнута

Ориентиры

Действовать

Как профсоюз влияет на правовые изменения

Сегодня вопросы охраны труда работников здравоохранения остаются важной частью деятельности общероссийского профсоюза. На пленуме ЦК Профсоюза здравоохранения РФ были подведены некоторые итоги и намечены дальнейшие пути работы региональных профсоюзных организаций в одном ключе в интересах медицинских работников. В своём докладе председатель ЦК профсоюза Анатолий Домников обозначил актуальные вопросы охраны труда и как выстраивать эту работу в современных условиях.

«Одним из важнейших вопросов стало изменение самой системы управления вопросами охраны труда, – подчеркнул он. – В настоящее время они находятся в ведении одного ведомства – Минтруда

России. А это привело к тому, что «отраслевые» министерства занимаются охраной труда «факультативно» и не могут самостоятельно определять государственную политику. В их аппаратах, как правило, отсутствуют департаменты, а иногда и отделы, занимающиеся этими вопросами. Особое значение сегодня приобретает выстроенная профсоюзом структура по контролю за соблюдением требований охраны труда. Мы заинтересованы в воссоздании отраслевой системы управления охраной труда на государственном уровне, когда чётко распределены зоны ответственности, начиная с высших органов исполнительной власти и органов управления здравоохранением субъектов РФ и заканчивая медицинской организацией» с организацией охраны труда в учреждениях здравоохранения, – акцентировал внимание участников А. Домников. – Это нехватка средств индивидуальной защиты, нарушения режима труда и отдыха, вопросы бытового и санитарного снабжения и многое другое. С частью этих проблем удалось справиться в кратчайшие сроки и собственными весьма ограниченными силами и финансовыми ресурсами. С нашей стороны были организованы беспрецедентные меры для поддержки членов профсоюза. Это материальная помощь переболевшим и пострадавшим от COVID-19, организация бытового обеспечения работников; правовые и юридические консультации с использованием всех возможных средств связи. В 2020 г. профсоюз приобрёл в больших объёмах защитные изделия по дефицитным позициям и передал их больницам. Членам профсоюза, переболевшим COVID-19, только из средств профсоюзных бюджетов всех уровней была оказана материальная помощь на сумму более 200 млн руб. Но учитывая вероятность появления новых штаммов COVID-19, очередных волн заболеваемости, надо быть готовыми к их вызовам. Для этого сейчас есть все необходимые инструменты. В большинстве территориальных профсоюзных организаций уже разработаны положения и приняты порядки оказания материальной помощи их членам. Вручаются страховые сертификаты для получения социальной профсоюзной помощи. Приоритетными направлениями нашей работы остаются обеспечение безопасной деятельности работников медицинских организаций, соблюдение требований трудового законодательства, Указов Президента РФ, в том числе по обеспечению единовременными страховыми выплатами; объективное проведение специальной оценки условий труда и, соответственно, обеспечение гарантиями и компенсациями работников по её результатам.

Оставлены без ответа и наши предложения считать пенсионный стаж день за два работающим с COVID-19 медицинским работником, как это было в 2020 г. Не удалось убедить Минтруд России в необходимости автоматического

медицинского персонала, помимо водителей «скорых», которые в силу своих трудовых обязанностей также болевают COVID-19. Существует проблема, связанная с выплатами компенсаций за работу во вредных условиях труда работникам медицинских организаций за счёт средств фонда ОМС. Отдельными территориальными фондами такие выплаты считаются нецелевыми.

Убедительные результаты

«Профсоюз будет продолжать настойчиво работать над решением возникших проблем, – пообещал А. Домников. – Но несмотря на ряд нерешённых вопросов, наше взаимодействие с социальными партнёрами вышло на новый уровень. В самый разгар пандемии для решения проблем, связанных со страховыми выплатами медицинским работникам, переболевшим коронавирусной инфекцией, было налажено прямое взаимодействие с Фондом социального страхования. Проблемы по каждому работнику напрямую направлялись в ФСС для всестороннего рассмотрения и принятия оперативных решений. Отметим, что вопросы, связанные с выплатами «страховых», удавалось решить в пользу работников после обращений региональных и межрегиональных организаций профсоюза непосредственно в региональные отделения фонда. По итогам мониторинга профсоюзным органам удалось отстоять права работников на социальные выплаты в более чем 11 тыс. случаев на общую сумму превышающую 800 млн руб. Так представители первичных организаций во врачебных комиссиях

установления вредного класса условий труда на новых рабочих местах в перепрофилированных «ковид» госпиталях. Результатом было бы предоставление всех полагающихся гарантий, включая дополнительный оплачиваемый отпуск и выплаты. Не нашли поддержку у Минтруда и Минздрава России инициативы по разработке особенностей проведения СОУТ на рабочих местах немедицинского персонала, который обеспечивает работу медицинской организации. Минздрав отказался поддерживать необходимость распространения страховых выплат по Указу Президента № 313 на отдельные категории не-



Выступает А. Домников

смогли отстоять 10 546 случаев выплат, а в региональных апелляционных комиссиях ещё 1088. Существует тесное взаимодействие с нашими главными «отраслевыми» социальными партнёрами по вопросам условий и охраны труда – Минтрудом и Минздравом России. За последнее время было проведено много заседаний, совещаний и рабочих встреч. И это дало результат. Решён ряд важных задач, связанных с установлением на государственном уровне нормативных требований по охране труда в здравоохранении, а также по обеспечению объективной оценки условий труда. Приняты новые правила по охране труда в медицинских организациях, которые были впервые утверждены в качестве обязательного для исполнения работодателями документа. Речь идёт и о новых особенностях проведения СОУТ на рабочих местах работников, оказывающих паллиативную помощь.

Много предложений организации были учтены Минтрудом в рамках разработки новой главы по охране труда Трудового кодекса, также подзаконных к нему нормативных актов, которые вступили в силу 11 марта этого года. По инициативе профсоюза в проект нормативного акта по выявлению опасностей на рабочих местах была добавлена медицинская деятельность.

Все работники медицинских организаций были включены в перечень работ, при выполнении которых проводятся обязательные предварительные и периодические медосмотры. Указанная работа была инициирована профсоюзом в соответствии с решениями, принятыми на заседании рабочей группы Российской трехсторонней комиссии по регулированию социально-трудовых отношений.

Итоги проверок

«Первая волна пандемии показала слабые стороны, связанные



Во время заседания

договорённость об обязательном включении представителей выборных органов в состав врачебной комиссии по расследованию страховых случаев, связанных с заболеванием COVID-19».

Правительство РФ предпринимает системные меры – это и награждения медработников медалями, орденами, присваивания звания «Герой Труда», устанавливает страховые и социальные выплаты за работу с COVID-19 и многое другое. Но тут важно помнить, что вопрос кадрового дефицита среди врачей, среднего и младшего медицинского персонала остаётся в числе наиболее актуальных в сфере здравоохранения

Данные направления возможно реализовать только с помощью чётко выстроенной методической и документальной базы. И она у нас есть. Разработано положение о технической инспекции ЦК профсоюза, об уполномоченном (доверенном) лице по охране труда. Утверждены методические рекомендации для организации работы уполномоченных с чек-листами контрольных вопросов. Имеются многочисленные информационные материалы, бюллетени, листовки. Для организации профсоюзного обучения разработаны специальные лекционные материалы, которые могли бы заменять специалисты региональных организаций, а также профактив на местах. Их можно скачать по специальной ссылке – QR-коду. Разработкой данных лекционных материалов является частью большой работы по изданию профсо-

За заслуги

В ОДНОМ КЛЮЧЕ

В интересах медицинских работников

юзом целой программы обучения профкадров и актива по теме: «Роль и участие представителей профсоюза в реализации актуализированного законодательства в области охраны труда».

Очень важно укреплять аппараты техническими инспекторами и создавать внештатные инспекции труда. Не нужно забывать и об экспертном совете при ЦК профсоюза по условиям и охране труда. Он создан, в том числе и для оказания практической помощи нашим организациям, где нет «технарей». Технические инспекторы ЦК, курирующие определённые федеральные округа, помимо консультативной помощи, могут выехать с проверкой, провести «круглый стол», обучить профактив, подготовить независимую экспертизу условий труда.

Ещё один важный вопрос – информирование членов профсоюза о результатах работы. Необходимо организовать работу уполномоченных как самого массового института профсоюзного контроля. При этом обязательно информировать работников о результатах проверок и принятых мерах с обсуждением их на заседаниях профсоюзных комитетов. Для этого нужно непрерывно повышать роль уполномоченных по охране труда. Добиваться включения в коллективные договоры, а также дополнительные соглашения к трудовому договору, об особых условиях для осуществления ими своих функций. В этом плане нужны меры стимулирующего характера, материальные и моральные поощрения (доплаты, надбавки, премии и иные поощрительные выплаты или дополнительный оплачиваемый отпуск). Предусмотреть и оплачиваемое время, включённое в рабочее, для осуществления своих общественных функций. И, конечно же, обязательное обучение и социальные гарантии».

Совместная работа

Профсоюз участвует на различных площадках по вопросам охраны труда. Практически еженедельно проводятся заседания рабочих групп РТК, на которых рассматриваются новые проекты или вносятся изменения в действующие. Ни один из новых актов по охране труда не принимается без тщательной проработки и правовой экспертизы сотрудниками правового управления ЦК профсоюза. Параллельно РТК вопросы охраны труда рассматривались на различных экспертных группах, в том числе группе «Здравоохранение» в рамках «регуляторной гильотины». Здесь были рассмотрены и проанализированы, а также подготовлены заключения для более чем 150 актов.

Эта огромная нормотворческая работа не только даёт свои плоды в виде дополнительной социальной защищённости работников, но и оценивается по заслугам. Так, в 2021 г. отмечена благодарностью аналитического центра при Правительстве РФ.

Говоря о законодательных инициативах необходимо отметить совместную работу с Общероссийским народным фронтом. На протяжении нескольких лет отраслевой профсоюз и ОНФ поднимали вопросы, в том числе расширения категорий получателей страховых выплат с связи с заболеванием COVID-19, предусмотренных Указом Президента РФ № 313. Соответствующее



З.Бучаева и Г.Щербаков

совместное решение было направлено Президенту РФ и лидеру ОНФ.

Важно отметить и участие в заседаниях Комитета по охране здоровья Государственной Думы Федерального Собрания РФ. Эта площадка также позволила существенно влиять на принимаемые решения по вопросам защиты прав работников медицинских организаций. Достаточно вспомнить совместную работу над пакетом законопроектов по «нападениям на врачей».

Основными задачами на ближайшее время по оперативному и успешному решению вопросов безопасности медработников остаётся работа по законодательным инициативам, предложенным отраслевым профсоюзом. Будем продолжать отстаивать свою позицию в тесном контакте с социальными партнёрами. Мы должны подталкивать работодателя, как действовать в условиях нововведений по охране труда, как решить ту или иную задачу, при этом не подменяя функции служб по охране труда. Необходимо изучать и «адаптироваться» к новому законодательству по охране труда, не допуская снижения прав и гарантий работников. С введением обязательной процедуры оценки профессиональных рисков. Эти вопросы должны быть на контроле представителей работников, которые участвуют в комиссиях по охране труда медорганизаций.

Важной стороной деятельности остаётся информирование членов профсоюза о проведённой работе. Часто бывает работа сделана, принесла пользу и удовлетворение, но про неё не рассказали. Отсюда и возникают вопросы: «А что сделал для нас профсоюз?»

Нельзя не выделить задачу повышения роли уполномоченных по охране труда как самого массового института профсоюзного контроля. Речь идёт не только о проведении смотров-конкурсов на звание «лучший уполномоченный по охране труда». В век рыночных отношений даже общественная работа должна быть вознаграждена всеми доступными способами. Уполномоченный по охране труда должен быть в каждой профсоюзной группе!

Есть и ещё один аспект. Важно не только создать, но и управлять. Для этого необходимо совершенствование профсоюзной структуры. Нужно продолжить работу по страховым выплатам работникам, переболевшим COVID-19, взаимодействовать с региональными отделениями ФСС, участвовать в специальных комиссиях.

И, конечно, главной темой для нас остаётся солидарность. Это в первую очередь общий принцип, по которому мы должны строить свою работу, помогать членам профсоюза.

Особые времена требуют особых решений

Пленум проходил в особой международной обстановке из-за проведения специальной военной операции. Отрадно, что на июньский пленум профсоюза прибыли представители стран СНГ – Белоруссии, Азербайджана, Казахстана, Таджикистана и Узбекистана. Лидер профсоюза работников здравоохранения Азербайджана Эмин Эфендиев отметил, что после «парада суверенитетов» создание международной организации профсоюзов было отличной идеей, «которая до сих пор объединяет всех нас». Так появилась конфедерация профсоюзов, которая успешно функционирует и сегодня. Зарубежный гость предложил следующий, пятый пленум профсоюза, провести в Азербайджане.

Другие руководители профсоюзов дружественных стран также приветствовали участие пленума и пожелали им плодотворной работы и новых успехов.

Заместитель начальника управления Федеральной службы по труду и занятости Наталья Каленикова дала высокую оценку взаимодействию федеральной службы с Профсоюзом работников здравоохранения. Директор Департамента медицинского образования и кадровой политики в здравоохранении Минздрава России Людмила Летникова в своём выступлении заявила также, что сотрудничество профсоюза со штабом отрасли трудно переоценить. Большинство норм, которые вводятся в действие, это инициативы профсоюза или они принимаются с его активным участием. Например, в прошлом году внесено изменение в постановление Правительства РФ, которое учитывает особенности труда. Оно дополнено категорией медицинских работников, оказывающих паллиативную помощь. Для этого была проделана большая совместная работа Минздрава и Профсоюза работников здравоохранения РФ. Приказом Минтруда утверждена специфика проведения оценки условий труда на рабочих местах медицинских работников, непосредственно оказывающих паллиативную медицинскую помощь. В результате

был установлен дополнительный отпуск в три календарных дня за непрерывный стаж работы таким специалистам. С января 2021 г. вступили в силу новые правила по Постановлению Правительства РФ № 928-н. Вышел в свет нормативный документ, которого ждали работники здравоохранения.

Конечно, медицинские работники трудились в сложных условиях в период пандемии. За это время около 2,6 млрд руб. потрачено на мероприятия по охране труда, из этой суммы 15% выделено на обеспечение сотрудников специальной одеждой. Количество несчастных случаев на производстве снизилось на 2% по сравнению с предыдущим годом, но, к сожалению, ЧП всё-таки происходят. А поскольку условия труда из-за пандемии были экстремальные, зарегистрирован и 71 случай профессиональных заболеваний. Учитывая, что большинство в отрасли составляют женщины, соответственно они больше всего пострадали и им перечислены в основном полагающиеся выплаты.

«Считаю, что повестка дня пленума ЦК Профсоюза работников здравоохранения РФ, посвящённой охране труда, является своевременной и злободневной, – поделилась своим мнением о пленуме председатель профсоюзной организации Республики Дагестан Зумруд Бучаева. – В докладе председателя организации Анатолия Домникова чётко были поставлены основные задачи на ближайшее время и уделено внимание подготовке, увеличению числа специалистов, занимающихся этим направлением. Профсоюзным организациям и активу поручено держать на контроле установление профессионального заболевания и выплат медицинским работникам, заболевшим COVID-19. Продлить право на льготный порядок исчисления стажа «день за два» для досрочного пенсионного обеспечения работающих с COVID-19 коллегам. В этом же ряду и установление гарантий и компенсаций за работу во вредных условиях труда на новых рабочих местах «ковидных госпиталей», без проведения специальной оценки условий труда, тонкости проведения СОУТ на рабочих местах немедицинского персонала, который обеспечивает функционирование больниц и поликлиник. Считаю абсолютно правильным, что на четвёртом пленуме обсуждалось и распространение единовременных страховых выплат на немедицинских сотрудников перепрофилированных клиник. Пока удалось добиться этого только в отношении водителей «скорых», заболевших COVID-19 при исполнении трудовых обязанностей.

Профсоюз добивается единообразия в финансовом обеспечении мероприятий по охране труда за счёт средств ФОМС (предоставление гарантий и компенсаций, проведение СОУТ, обучение и многое другое). Думаю, что позитивной и поучительной получилась дискуссия в отношении отстаивания права работников здравоохранения на социальные выплаты региональными организациями. Хочу отметить, что мы у себя в Рескоме профсоюза также ведём соответствующий раздел. А.Домников чётко обозначил задачу – медицинских работников надо больше информировать о правах на безопасные условия и охрану труда, также в отстаивании законных прав», – отметила З.Бучаева.

В зале церковных соборов храма Христа Спасителя прошёл концерт, во время которого состоялось награждение. А.Домников вручил памятную медаль профсоюза «За заслуги в борьбе с пандемией COVID-19» главному врачу Фатежской центральной районной больницы им. Святого Луки, члену комитета Курской областной организации профсоюза Мире Локтионовой. Под руководством Миры Георгиевны была организована работа ковидного госпиталя на 86 коек, в котором вылечились больше 2 тыс. пациентов.

Среди отмеченных профсоюзной медалью и заместителем главного врача по терапевтической помощи, заместитель председателя первичной профсоюзной организации Белгородской городской больницы № 2 Ольга Мевшу. При непосредственном участии Ольги Владимировны создавался инфекционный госпиталь для противостояния новой коронавирусной инфекции. Работая почти в круглосуточном режиме, она организовала его работу и подобрала команду профессионалов.

Одним из награждённых стал и заместитель главного врача Северодвинской городской больницы Владимир Мяскин, совмещающий административную должность с практикой анестезиолога-реаниматолога. В период пандемии Владимир Васильевич работал в отделении анестезиологии и реанимации красной зоны.

Отмечены и заслуги заведующего отделом Дагестанской республиканской организации профсоюза Тимурлана Темирова. Он принимал активное участие в профсоюзной акции «Помощь рядом», благодаря которой 11 тыс. медицинских работников из 110 больниц и поликлиник территории получили продуктивные наборы, средства индивидуальной защиты, консультативную и юридическую помощь.

В рамках одной газетной статьи, к сожалению, невозможно развернуто рассказать о каждом из награждённых, а это и главный врач городской поликлиники № 4 Ростова-на-Дону Александр Середя, заместитель министра здравоохранения Республики Башкортостан Ирина Кононова, заведующий отделом обеспечения и контроля безопасности донорской крови Мордовской республиканской станции переливания крови, главный эпидемиолог Министерства здравоохранения Республики Мордовия Михаил Чумаков, главная медицинская сестра, заместитель председателя первичной профсоюзной организации Челябинской областной клинической больницы № 2 Айна Михайлова, исполняющий обязанности заведующего отделом мониторинга и контроля за эпидемиологической станцией в Республике Тыва Дадар-оол Сендин, заведующий отделением реанимации и интенсивной терапии, председатель первичной профсоюзной организации Республиканской клинической больницы скорой медицинской помощи Бурятии Павел Ту-ши-ин, председатель первичной профсоюзной организации Московской ГКБ № 67 им. Л.А.Ворохובה Ольга Григорьева, медицинская сестра-анестезистка Красногорской городской больницы № 1 Людмила Сапрыкина, фельдшер взрослой поликлиники Щелковской областной больницы Надежда Петрова. Все они в тяжёлые дни пандемии организовывали и оказывали медицинскую помощь пациентам. Благодаря их труду, самоотверженности и профессионализму спасены тысячи заболевших. А когда не хватало сотрудников, они не покидали свой пост, заменяли заболевших товарищей. Благодаря им и тысячам других медицинских работников удалось сдержать натиск вируса, отвести угрозу дестабилизации работы лечебных учреждений.

Алексей ПАПЫРИН,
главный редактор «МГ».

Фото Александра ИЗОТОВА.

КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 21 (2333)

(Окончание. Начало в № 22 от 08.06.2022.)

Пациентам с СРК рекомендуется назначение противодиарейных препаратов биологического происхождения, регулирующих равновесие кишечной микрофлоры или биологически активных добавок к пище (БАД) – пробиотиков, для облегчения боли в животе, нормализации частоты и консистенции стула.

Пробиотики (A07F: противодиарейные микроорганизмы) – это живые микроорганизмы, которые приносят пользу здоровью хозяина при введении в адекватных количествах. В метаанализе 43 клинических исследований, в которых исследовалась эффективность и безопасность пробиотиков подтверждено позитивное влияние данной группы препаратов на основные симптомы СРК. Доказана эффективность пробиотиков, содержащих различные штаммы лакто- и бифидумбактерий.

Пробиотический препарат надлежащего качества должен соответствовать целому ряду требований:

- оболочка, содержащая пробиотик, должна обеспечивать беспрепятственное его прохождение по ЖКТ с последующей доставкой достаточного количества бактериальных клеток в кишку

- пробиотический препарат должен содержать не менее миллиарда (10⁹) бактериальных клеток в капсуле или таблетке на момент продажи и способствовать уничтожению патогенных микроорганизмов в кишечнике, не оказывая при этом отрицательного влияния на другие полезные бактерии.

Альтернативным направлением является сохранение жизнеспособности пробиотиков в ЖКТ и доставка микробных клеток в кишку путём создания микрокапсулированных пробиотических препаратов.

Пациентам с СРК с запором рекомендуется назначение слабительных, увеличивающих объём кишечного содержимого для лечения запоров.

Препараты данной группы увеличивают объём кишечного содержимого, придают каловым массам мягкую консистенцию. Не оказывают раздражающего действия на кишку, не всасываются, не вызывают приывкания.

Согласно данным 12-недельного рандомизированного плацебо-контролируемого исследования, в котором были включены 275 пациентов, назначение подорожника овального семян оболочка в дозе 10 г в сутки приводило к достоверному уменьшению симптомов заболевания уже на протяжении первого месяца лечения; в то время как на фоне включения в рацион отрубей (10 г/сутки) отмечалось облегчение симптомов заболевания только к третьему месяцу наблюдения, при этом число пациентов, отказавшихся от участия в исследовании вследствие усиления интенсивности симптомов было достоверно большим в группе получавших отруби.

В целом, несмотря на достаточно длительный период применения пищевых волокон в лечении СРК, их эффективность остаётся неоднозначной. Назначение подорожника овального семян оболочка приводит к достоверному уменьшению выраженности симптомов заболевания, тогда как нерастворимые пищевые волокна (отруби) эффективны в меньшей степени и могут приводить к усилению симптомов.

Пациентам с СРК с запором рекомендуется назначение осмотических слабительных для лечения запоров. К наиболее изученным представителям данной группы препаратов относятся полиэтиленгликоль (ПЭГ, макрогол), лактулоза и лактитол, способствующие замедлению всасывания воды и увеличению объёма кишечного содержимого. Не метаболизируются в ЖКТ, не вызывают структурных изменений толстой кишки и привыкания, способствуют восстановлению естественных позывов на дефекацию. Эффективность осмотических слабительных была доказана в плацебо-контролируемых исследованиях, включая длительное применение (12 месяцев) и использование в педиатрии. Увеличение частоты и улучшение консистенции стула через три месяца от начала лечения отмечалось у 52% больных СРК с преобладанием запоров на фоне приёма ПЭГ и лишь у 11% пациентов, принимавших плацебо. В международных клинических исследованиях была показана возможность длительного применения ПЭГ (до 17 месяцев).

При курсовом назначении ПЭГ был показан эффект последствия – обеспечение

нормальной работы кишечника после отмены препарата.

С учётом значительного вклада в регуляцию моторики ЖКТ микробиоты кишечника, способствующей формированию каловых масс и выработке различных метаболитов, в первую очередь короткоцепочных жирных кислот (КЦЖК), возможно назначение препаратов с комплексным механизмом действия, оказывающих нормализующее влияние как моторику ЖКТ, так и на состав и функции кишечной микробиоты (например, лактитола).

Пациентам с СРК с запором рекомендуется назначение контактных слабительных для его лечения. Лекарственные препараты данной группы стимулируют хеморецепторы слизистой оболочки толстой кишки и усиливают её перистальтику. Согласно

результатам проведённого исследования, количество самостоятельных актов дефекации у больных хроническим запором на фоне приёма бисакодила увеличивалось с 0,9 до 3,4 в неделю, что было достоверно выше, чем у пациентов, принимавших плацебо (увеличение числа актов дефекации с 1,1 до 1,7 в неделю).

Однако, несмотря на достаточно высокий уровень эффективности и безопасности данной группы препаратов, большинство исследований, проведённых с целью определения данных показателей, были выполнены более 10 лет назад и по уровню доказательности могут быть отнесены к категории 2.

Согласно рекомендациям Российской гастроэнтерологической ассоциации (РГА), длительность курса лечения препаратами данной группы не должна превышать 10-14 дней.

Пациентам с СРК при отсутствии эффекта на фоне приёма указанных выше слабительных препаратов рекомендуется назначение пруклоприда.

Пруклоприд одобрен с 2009 г. в европейских странах для лечения хронических запоров у женщин, в том числе и при обстипационном варианте СРК, когда слабительные средства не обеспечили должного эффекта в устранении симптомов запора.

Пруклоприд положительно влияет на все симптомы запора, включая сопутствующие (вздутие, абдоминальную боль), а также улучшает качество жизни и обеспечивает стойкий эффект при длительном применении. Препарат отличается удобством приёма и дозирования (1 мг у лиц старше 65 лет или 2 мг у лиц моложе 65 лет однократно в сутки) и предсказуемостью эффекта. Побочные эффекты препарата, обычно мягкой степени выраженности (головная боль, тошнота, диарея, боль в животе), отмечаются чаще всего в 1-й день лечения, в большинстве случаев проходят самостоятельно и не требуют отмены препарата. За исключением первого дня приёма переносимость пруклоприда идентична плацебо.

Пациентам с СРК рекомендуется назначение тримебутина для уменьшения боли в животе, нормализации частоты и консистенции стула. Помимо препаратов, оказывающих влияние на какой-либо определённый симптом заболевания – абдоминальную боль, диарею или запор, в лечении пациентов СРК применяются также лекарственные средства, которые, с учётом механизма своего действия, способствуют как уменьшению боли в животе, так и нормализации частоты и консистенции стула.

Так, для лечения абдоминальной боли и нарушений стула у пациентов, страдающих СРК, с успехом применяются синтетические холиноблокаторы – эфиры с третичной аминогруппой, нормализующие двигательную активность кишечника, и, кроме того, повышающие порог болевой чувствительности за счёт воздействия на глутаматные рецепторы синапсов задних рогов спинного мозга.

Препарат данной группы – тримебутин – безопасен при длительном применении,

а также эффективен для лечения сочетанных функциональных заболеваний (в частности, при сочетании синдрома функциональной диспепсии и СРК).

Согласно результатам клинических исследований, схемы лечения, в которые был включён тримебутин, демонстрируют большую эффективность по сравнению со схемами с назначением спазмолитиков в отношении уменьшения выраженности симптомов СРК и функциональной диспепсии (согласно опроснику «7 x 7»), за исключением запора и нарушения консистенции стула (твёрдый) – в отношении этих симптомов эффективность схем с тримебутином оказалась сравнимой с таковой в схемах с включением спазмолитиков.

Пациентам с СРК рекомендуется назначение иберогаста для уменьшения боли в животе, нормализации частоты и консистенции стула. К препаратам комбинированного действия растительного происхождения относится иберогаст, полученный путём спиртовой экстракции из девяти лекарственных растений (иберийка горькая, дягиль лекарственный, ромашка аптечная, тмин обыкновенный, расторопша пятнистая, мелисса лекарственная, мята перечная, чистотел большой, солодка голая). Иберо-

обладающих широким спектром фармакодинамических эффектов центрального и периферического свойства. Психотропные препараты (неселективные ингибиторы обратного захвата моноаминов, селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС), а также психолептики) применяются для коррекции эмоциональных нарушений, диагностируемых у большей части пациентов, страдающих СРК, а также для уменьшения боли в животе.

Согласно данным метаанализа, 12 рандомизированных контролируемых исследований (799 пациентов), проведённых с целью оценки эффективности антидепрессантов у пациентов, страдающих СРК, назначение препаратов данной группы приводит к уменьшению выраженности основных симптомов.

При этом самочувствие пациентов, получавших неселективные ингибиторы обратного захвата моноаминов, оказывалось достоверно лучшим, по сравнению с исходным уровнем, в то время как в группе лиц, получавших СИОЗС, отличия были не достоверными. Сходные данные о низкой эффективности СИОЗС приводятся также в более ранних публикациях.

Однако, согласно Римским критериям IV пересмотра, для уменьшения боли в жи-

воте могут назначаться такие антидепрессанты как #пароксетин 10-40 мг в сутки; #сертралин 25-100 мг в день; #циталопрам 10-40 мг в сутки.

Антидепрессанты рассматриваются как достаточно безопасные препараты при лечении СРК. При назначении неселективных ингибиторов обратного захвата моноаминов могут возникать такие побочные эффекты как сухость во рту, сонливость, сердцебиение; при назначении СИОЗС – нарушение сна, головная боль, тошнота и тревога. При проведении плацебо-контролируемых исследований наличие побочных эффектов не приводило к достоверно более частой необходимости отмены антидепрессантов в сравнении с плацебо.

Пациентам с СРК рекомендуется назначение нейролептиков для уменьшения боли в животе. На сегодняшний день, нейролептики (антипсихотики) в сравнении с антидепрессантами менее исследованы у больных СРК. Успешное применение некоторых антипсихотических препаратов для облегчения симптомов тревоги, депрессии, вегетативной дисфункции открывает перспективу назначения этой группы лекарственных препаратов при определённых формах СРК, когда клинически значимое сопутствующее психическое расстройство может приводить к усилению выраженности гастроэнтерологических симптомов. Наряду с влиянием на коморбидные психические расстройства (у 81% больных СРК встречаются клинически значимые проявления тревожного и/или депрессивного расстройства), психофармакологические препараты обладают эффектами, значимыми для патогенеза СРК. Например, блокада гистаминовых рецепторов 1-го типа важна для облегчения болевой чувствительности; ярко выраженная у некоторых психотропных препаратов (нейролептики, неселективные ингибиторы обратного захвата моноаминов) спазмолитическая холинолитическая атропиноподобная активность – для облегчения мышечного спазма; способность взаимодействовать с различными подтипами периферических серотониновых рецепторов также может внести значимый вклад в облегчение симптомов СРК (изменение частоты стула).

Иное лечение. При оценке психотерапевтических методик выяснилось, что успешными оказались когнитивная поведенческая терапия (NNT=3), гипнотерапия (NNT=4), мультикомпонентная психотерапия (NNT=4), при проведении методики по телефону – NNT=5, динамическая психотерапия (NNT=3,5).

Не было достигнуто достоверного улучшения в самочувствии пациентов при проведении релаксационной терапии, когнитивно-бихевиоральной психотерапии, бихевиоральной психотерапии, проводимой онлайн, психотерапии, направленной на управление факторами стресса, медитативных психотерапевтических практик. Однако, в целом, доказательная база эффективности и наличия побочных эффектов данных методик недостаточна.

Синдром раздражённого кишечника

Медицинская реабилитация, медицинские показания и противопоказания к применению методов реабилитации
Специфические меры реабилитации пациентов с СРК отсутствуют. Являясь хроническим заболеванием, ассоциированным с рядом эмоциональных нарушений, в большинстве случаев, при длительном течении СРК целесообразно психологическое (психотерапевтическое) консультирование по коррекции факторов риска развития неинфекционных заболеваний,

первичное. Согласно систематическому обзору, эффективными при СРК являются когнитивная поведенческая терапия, гипнотерапия и психологическая поддержка.
Профилактика и диспансерное наблюдение, медицинские показания и противопоказания к применению методов профилактики
Специфических мер профилактики СРК не существует. Являясь доброкачественным заболеванием, не повышающим риск органических заболеваний ЖКТ, СРК не

требует дополнительного планового диспансерного наблюдения и контрольных обследований. Решение о повторном обследовании принимается индивиду-

ально при появлении новых симптомов, в первую очередь симптомов тревоги, а также при резистентном к терапии течении заболевания.

Владимир ИВАШКИН,
Российская гастроэнтерологическая ассоциация, академик РАН.

Юрий ШЕЛЫГИН,
Ассоциация колопроктологов России, академик РАН.

Елена БАРАНСКАЯ,
Российская гастроэнтерологическая ассоциация, доктор медицинских наук, профессор.

Кисты челюстно-лицевой области

Киста – это опухолевидное образование, которое представляет собой полость, оболочка которой состоит из наружного соединительнотканного слоя и внутреннего, выстланного преимущественно многослойным плоским эпителием. Полость кисты обычно заполнена жидким или полужидким содержимым (серозная жидкость, гной, продукты жизнедеятельности эпителиальной выстилки – коллоиды и кристаллоиды (кристаллы холестерина).

Накопление продуктов жизнедеятельности эпителиальной выстилки, воспалительные процессы приводят к увеличению гидростатического давления в полости кисты. Как следствие увеличивается давление на окружающую кость. Увеличение давления приводит к частичной деформации костных trabecул, а возникающая вследствие гипоксии от давления кислая среда активизирует работу остеокластов. Активность остеобластов снижается. Преимущество лизиса костной ткани над её образованием приводит к увеличению объёма костной полости (росту кисты) и деформации челюсти.

Этиология и патогенез заболевания или состояния. Корневая (радикулярная) киста возникает при наличии хронического воспалительного процесса в периапикальной ткани зуба. Клинически корневую кисту, как правило, обнаруживают в области разрушенного или леченого зуба, а иногда как бы здорового, но ранее подвергнувшегося травме, реже в области удалённого зуба. Другие кисты являются пороком развития одонтогенного эпителия. Среди них выделяют первичную кисту (кератокисту), зубосодержащую (фолликулярную), кисту прорезывания и десневую.

Околоротовые (радикулярные) кисты
Кисту, в основе развития которой лежит воспалительный процесс в периапикальной ткани, называют корневой (радикулярной). Она может быть:

- апикальной (периодонтальной);
 - периапикальной;
 - остаточной корневой (резидуальной).
- Около 30% радикулярных кист являются резидуальными и остаются после удаления или выпадения зуба.

Околоротовые (фолликулярные) кисты
Являются пороком развития (кистовидного перерождения) зубообразовательного эпителия, развиваются из эмалевого органа непрорезавшегося зуба. Клинические симптомы зубосодержащей кисты сходны с проявлениями других кист челюстей, однако при осмотре зубов характерно отсутствие одного из них в области локализации кисты, за исключением случая образования её от сверхкомплектного зуба.

- киста, содержащая зуб, развивается из эмалевого органа непрорезавшегося зуба;
- при прорезывании зубов формируется из эпителия слизистой альвеолярного отростка челюсти при затруднённом прорезывании жевательной группы зубов у детей. При этом образуется шарообразное образование в месте прорезывания.

Ретромолярные кисты, кисты прорезывания, десневые кисты

Ретромолярные кисты возникают в связи с хроническим воспалительным процессом в тканях пародонта, обусловленным затруднённым прорезыванием зубов.

Киста прорезывания и десневая киста встречаются редко. Киста прорезывания проявляется в виде ограниченной небольшой голубоватой припухлости в области, где должен прорезаться зуб, и располагается над его коронкой.

Первичная киста (кератокиста)
Возникают из одонтогенного эпителия обычно в тех местах, где имеются зубы, но связи с последними не имеют.

Киста носонёбного канала (резцового отверстия)

Является эпителиальной неадонтогенной, возникает из остатков эпителия носонёбного протока.

Холестеотома
Опухолеподобное кистообразное образование, оболочка которого выстлана эпидер-

мисом, а содержимое имеет вид кашицеобразной массы, включающей роговые массы и кристаллы холестерина. Холестеомы в области челюстей встречаются в двух видах:

1. В виде околозубной фолликулярной кисты, не содержащей зуба.
2. Кисты с особым содержимым, окружающей коронку непрорезавшегося зуба.

Травматическая киста
Встречаются редко. Относятся к неэпителиальным кистам. Патогенез неизвестен. Гистологически стенки кисты покрыты тонкой фиброзной тканью, которая содержит много ядерные гигантские клетки и зёрна гемосидерина. Травматические кисты могут не иметь жидкого содержимого или наполнены геморагической жидкостью.

Аневризмальная костная киста
Относятся к неэпителиальным кистам. Этиопатогенез практически не изучен. Возникает обычно в области интактных зубов на нижней челюсти в предпубертатном и пубертатном возрасте. Представляет собой полость, иногда многополостное поражение, наполненную кровью, геморагической жидкостью, или не имеет жидкого содержимого. Костная полость обычно выстлана оболочкой из фиброзной ткани, лишённой эпителия, и содержит остеобласты и остеокласты.

Шаровидно-верхнечелюстные и носальвеолярные кисты

Возникают из эпителия на месте соединения межчелюстной кости с верхней челюстью. Содержат желтоватую жидкость без холестерина (В.Рогинский, 1987). Шаровидно-верхнечелюстная киста расположена в кости верхней челюсти между боковым резцом и клыком. Носогубная или носальвеолярная киста расположена на передней поверхности верхней челюсти в проекции верхушки корня бокового резца и клыка.

Дермоидная киста полости рта
Образуется в результате порока развития и формирования лица в местах сращения у эмбриона лобного, верхнечелюстных и нижнечелюстных бугров. Дермоидная киста представляет собой полостное образование с толстой оболочкой, заполненное кашицеобразной массой грязно-белого цвета с неприятным запахом. Содержимое кисты состоит из слущившегося эпидермиса, продуктов выделения сальных, потовых желёз и волосных фолликулов, иногда с наличием волос.

Эпидермоидная киста полости рта
Встречается в двух видах: не содержащая зуба (подобно околоротовой кисте) и содержащая (околозубная) коронку непрорезавшегося зуба (подобно фолликулярной кисте). Стенки кисты выстланы эпидермисом, а содержимое состоит из кашицеобразной массы, состоящей из распада клеток эпителия, роговых масс, кристаллов холестерина.

Лимфоэпителиальная киста полости рта
Представляет собой инкапсулированную дермальную или подслизистую папулу, исходящую из остатков эпителия, попавших в лимфоидную ткань и подвергшихся кистозно-перерождению. При образовании лимфоэпителиальной кисты из дегенерировавшей ткани второй жаберной дуги её называют шейной лимфоэпителиальной кистой, или кистой жаберной щели. При гистологическом исследовании лимфоэпителиальная киста выстлана многослойным плоским эпителием, редко – цилиндрическим или кубическим, и окружена фиброзной соединительнотканной капсулой. В центральной части кисты отмечают лимфоидные скопления с выраженным зародышевым центром. Киста заполнена вязкой жёлтой жидкостью, что обусловлено содержащимся в ней сыровидным роговым веществом.

Морфологически различают **дермоидные и эпидермоидные кисты**. Стенка дермоидных кист состоит из всех слоёв кожи и её производных (сальные, потовые железы, волосы). Оболочка эпидермоидных кист включает эпидермис и не содержит производных кожи. Клинически их дифференцировать очень сложно. Дермоидные кисты развиваются из эмбриональных щелей, образуемых складками эктодермы, дистопированными в

период эмбрионального развития зародыша. Локализация дермоидной кисты может быть различной: на губах, веках, в носогубных складках, на переносице, рядом с ушами, на затылке, в верхних отделах шеи, в области дна рта. Оболочка дермоидной кисты плотная, с выраженным сосочковым слоем и находящимися в нём сальными железами и волосными луковичками. Внутренняя поверхность оболочки выстлана многослойным плоским эпителием. Содержимое дермоидных кист – кашицеобразная масса серого цвета с неприятным запахом. Стенка эпидермоидной кисты состоит из плотной волокнистой соединительной ткани, не содержит кожных придатков. Внутренняя выстилка – многослойный плоский эпителий. Содержимое кист – роговые чешуйки, местами подвергающиеся дегенерации, особенно при присоединении вторичного воспаления. Секрет – опалесцирующая прозрачная жидкость жёлтого цвета, содержащая кристаллы холестерина.

Срединные кисты шеи относятся к аномалиям развития жаберного аппарата и его производных, а также щитовидной и вилочковой желёз. Некоторые авторы считают, что срединные кисты и свищи являются эмбриональной дисплазией, связанной с незарождением щитовидного протока (Н.Груздев, 1965; Л.Епишева, 1972; Бетманн, 1971, и др.). В пользу такого предположения свидетельствует связь срединных кист шеи с подъязычной костью и слепым отверстием корня языка, а также соответствие хода полного срединного свища топографии зачатка щитовидной железы (В.Дмитриева с соавт., 1968). Иногда при гистологическом исследовании срединных кист и свищей шеи в их стенке находят включения тканей щитовидной железы. Это подтверждает их происхождение из тканей нередуцированного щитовидного протока.

К.Черенова (1963), В.Безруков (1965) предлагают бранхиогенную теорию происхождения боковых кист и свищей шеи, согласно которой названные образования являются собой второй глоточный карман между наружной и внутренней сонными артериями и открываются внутренним устьем в область нёбной миндалины. Располагаются боковые кисты на сосудистонервном пучке шеи, чаще на уровне бифуркации общей сонной артерии. Название «бранхиогенные» означает, что эти образования развиваются из остатков глоточных карманов.

В.Безруков (1965), В.Дмитриева (1968) и др. считают **кисты и свищи околоушной области** пороком развития первой жаберной щели. Они имеют типичную топографию и расположены над мышцами, прикрепляющимися к шиловидному отростку, латеральнее ствола лицевого нерва. Связаны кисты с наружным слуховым проходом в области перехода его хрящевое отдела в костный. Микроскопически (К.Черенова, 1963) стенка кисты состоит из плотной фиброзной и лимфоидной тканей, в толще которых имеются эпителиальные островки. Внутренняя выстилка представлена цилиндрическим и мерцательным эпителием эмбрионального типа.

Кисты корня языка являются аномалией развития щитовидного протока. Однако чаще их выделяют в отдельную группу, поскольку они имеют особенности в локализации, клинической картине и способах лечения. Эти образования встречаются у новорождённых довольно редко. Большие кисты, расположенные впереди надгортанника, могут препятствовать приёму пищи и вызывать нарушение дыхания. Кисты, расположенные между слепым отверстием корня языка и подъязычной костью, клинически трудно диагностируются, а нагнаившаяся киста клинически напоминает абсцесс корня языка.

Киста подъязычной слюнной железы (ранула) чаще наблюдаются у лиц молодого возраста. С.Раух (1959) относит эти кисты к дизонтогенетическим и считает, что они развиваются из дивертикулов поднижнечелюстного (вартонова) протока, расположенных вблизи его устья. В период полового созревания, когда чаще всего активируются

дизонтогенетические образования, выявляются врождённые ранулы. Так же может быть связана с травмами долек подъязычной слюнной железы или протоковой системы.

Киста сальной железы (атерома). Закупорка протока сальной железы приводит к образованию атеромы, на фоне внешних (травма) и внутренних факторов (эндокринные нарушения).

Ретенционная киста малой слюнной железы
Этиология связана с травмой протока, ведущей к рубцеванию и задержке слюны. Накапливающийся секрет стесняет железистую паренхиму, в результате чего она истончается и формируется полость, заполненная слюной.

Киста больших слюнных желёз (околоушной слюнной железы поднижнечелюстной слюнной железы)

Это редко встречающееся заболевание, локализуется в поверхностном и глубоком слоях железы. Киста увеличивается медленно. Обнаруживают её часто случайно. Их формирование является следствием дизонтогенетических нарушений паренхимы и развиваются из дивертикулов протоков или аберрированных участков железистой ткани. Содержимым кисты является жидкость желтоватого цвета, иногда мутная, с примесью слизи. Гистологически стенка кисты околоушной слюнной железы не отличается от стенок кист других слюнных желёз.

Эпидемиология заболевания или состояния. Кистообразные образования, включая опухоли и опухолеподобные образования челюстей, занимают значительное место в практике хирургов-стоматологов и челюстно-лицевых хирургов. Одонтогенные кисты челюстей составляют 8-10% от всех заболеваний челюстно-лицевой области (Бакиев, 1986; Мирсаева, 1999).

По мнению ряда учёных (J.Klammt, Г.Васильева, F.Hopper, V.Fassaner, B.Hoffmeister, H-G.Rudelt, В.Паникаровский, А.Солнцева), среди опухолей и опухолеподобных новообразований челюстей одонтогенные кисты составляют 80-85%, а среди одонтогенных кист примерно 95% приходится на долю околокорневых (воспалительных). Кератокисты челюстей составляют от 5,4 до 17,4% из всех одонтогенных кист.

У детей аномалии развития жаберного аппарата составляют от 17 до 20% всей патологии шеи. Наиболее часто встречаются (90-95%) аномалии развития второй жаберной щели. 75% всех аномалий второй жаберной щели являются кистами. Согласно классификации Г.Фалилеева (1978) и последним классификациям опухолей мягких тканей человека, опухоли дизэмбрионального генеза, в частности кисты, составляют 34,9%. По данным В.Краснова (1991); Л.Литвинова (1994), опухоли дизэмбрионального генеза встречаются значительно реже, составляя 7%.

Клиническая картина заболевания или состояния. При обследовании больных с нагноившейся кистой может выявляться асимметрия лица вследствие отёка околоушных мягких тканей, гиперемия кожных покровов. Открывание рта может сохраняться в полном объёме, однако при нагноении фолликулярной кисты в области ретенционного восьмого зуба на нижней челюсти может быть затруднённое открывание рта. Перкуссия «причинного» зуба, как правило, болезненна, причинный зуб под пломбой, коронкой или может быть разрушен. Сравнительная перкуссия соседних зубов безболезненна.

В стадии ремиссии воспалительных явлений клинических проявлений может не быть, иногда на кожных покровах лица и шеи или слизистой полости рта можно обнаружить свищевой ход. При достижении кисты значительных размеров возможна деформация челюсти, что визуально проявляется в виде асимметрии лица или выбухания в полости рта. При пальпации слизистой оболочки полости рта в области локализации кисты может наблюдаться симптом «пергаментного хруста» или флюктуации. Киста больших размеров может обуславливать смещение прорезывающихся зубов, перелом нижней челюсти.

(Продолжение следует.)

Эпидемиологические данные о ВИЧ-инфекции в Российской Федерации по итогам 2021 г., опубликованные на сайте Федерального центра по профилактике и борьбе со СПИДом, не утешают. Что не так? Разберём по порядку.

Начнём с того, что поражённость ВИЧ-инфекцией населения страны в возрасте от 15 до 49 лет на начало текущего года достигла 1,5% – такая доля населения сегодня инфицирована вирусом иммунодефицита человека.

В ряде неблагополучных регионов (Кемеровская, Тюменская, Новосибирская области, Чукотский автономный округ) отмечается рост заболеваемости ВИЧ-инфекцией среди детей в возрасте 0-17 лет и жителей сельской местности, что в целом не характерно для ВИЧ-инфекции.

Далее, на конец 2021 г. в стране проживало 1 137 596 россиян с лабораторно подтверждённым диагнозом ВИЧ-инфекции, из них на диспансерном учёте состояло лишь 68% (показатель и без того невысокий, так он ещё и снизился в сравнении с 2020 г.). А из состоящих под наблюдением врачей пациентов получали антиретровирусную терапию (АРВТ) только 82%. Интересно было бы узнать, те 32% инфицированных, которые находятся вне поля зрения врачей, и те 18%, которые не обеспечены жизненно важными лекарствами – они все сознательно и добровольно отказываются от медицинской помощи, прекрасно зная, что обрекают себя на смерть и представляют угрозу для других людей?

И, наконец, главное. По данным Роспотребнадзора, в 2021 г. в России выявлена 71 тыс. новых граждан нашей страны, у которых ВИЧ-инфекция подтверждена обнаружением антител к вирусу в иммунном блоттинге. Это на 1,4% меньше, чем годом раньше. Казалось бы, можно порадоваться – вот же они, успехи борьбы. Но повода для радости, похоже, нет.

Порадоваться бы, да нечему

– Хотя количество впервые диагностированных случаев ВИЧ-инфекции сократилось, у нас есть сомнения в достоверности того, что эпидемический процесс замедлился, – говорит руководитель специализированного отдела по профилактике и борьбе со СПИДом Центрального НИИ эпидемиологии Роспотребнадзора (Федерального научно-методического центра по профилактике и борьбе со СПИДом) академик РАН Вадим Покровский.

Сомнения экспертов вызваны изменением структуры обследованных людей. В условиях пандемии коронавирусной инфекции в 2020-2021 гг. заметно, до уровня 77% выросла доля тех, кого тестировали на ВИЧ «по клиническим показаниям», то есть тестировали всех пациентов инфекционных госпиталей с коронавирусной инфекцией. В то же время доля обследованных людей из ВИЧ уязвимых групп сократилась до 3%.

– С одной стороны, хорошо, что система здравоохранения параллельно с диагностикой COVID-19 провела такое массовое тестирование населения на ВИЧ-инфекцию. Плохо то, что не искали новых инфицированных именно там, где они есть наверняка и в большом количестве, а именно – в среде инъекционных наркоманов и мужчин, имеющих секс с мужчинами. Вот почему мы не можем оценивать прошлогодние итоги как достоверные и не исключаем компенсаторный рост выявляемости ВИЧ-инфекции в ближайшие годы, – поясняет В.Покровский.

Кстати, и тот факт, что у пациентов инфекционных госпиталей, в основном не относящихся к группам с девиантным поведением или нетрадиционной сексуальной ориентацией, выявили много фактов заражения ВИЧ, и все эти находки оказались для людей неожидан-

ными, тоже не может считаться положительным итогом года. Во всех этих случаях предполагается половой путь инфицирования, и в целом, по словам академика, на сегодняшний день уже в 70% случаев в нашей стране, как и во всём мире, заражение происходит именно таким путём. Коль скоро затронуто гетеросексуальное население, эпидемия ВИЧ-инфекции однозначно «расширяется».

– Что же касается групп риска, они недообследованы, ими вообще перестали специально заниматься. Сказать, что для этого есть объективные причины непреодолимой силы, я не могу. Между тем, мы точно знаем, что среди наркопотребителей, которые состоят на учёте, 30% инфицированы ВИЧ, это высокие цифры. Что же касается мужчин, практикующих секс

будет иммунизировано, то окончание пандемии ВИЧ-инфекции в обозримом будущем не просматривается, так как от неё не выздоравливают и вакцинации нет. А на фоне коронавирусной инфекции прогноз ещё заметнее ухудшился, потому как многие страны вынуждены были часть финансовых средств, предназначенных на борьбу с ВИЧ-инфекцией, перенаправить на борьбу с COVID-19. Думаю, и в России тоже, хотя официально такие данные нам вряд ли предоставят. Часть специалистов СПИД-центров была переведена на работу в инфекционные госпитали, лаборатории этих учреждений загружены тестированием



выясняется, что он давно числится среди ВИЧ-инфицированных, но ему об этом никто не сообщал.

Устойчивая зависимость

И ещё несколько слов о лечении ВИЧ-инфекции. В какой степени наша страна зависима от импорта антиретровирусных препаратов? По оценке академика, значительно зависима.

На отечественных предприятиях производятся в основном дженерики из импортных субстанций, один собственный оригинальный препарат, которому уже 20 лет, и ещё один новый, тоже созданный на основе приобретённой за рубежом химической формулы. Наиболее эффективные из числа современных препаратов закупает за рубежом. В любой момент при дальнейшем

Анализ и прогнозы

Две пандемии: громкая и тихая

Неуспехи в борьбе с ВИЧ очевидны. Ждём компенсаторного эффекта?

с мужчинами, то, согласно ряду исследований, в этом сообществе поражённость ВИЧ-инфекцией в некоторых городах России уже достигает 20%. Так вот, если в среде обследованных на ВИЧ «по клиническим показаниям» все находки были случайными, то в группах риска, если бы диагностику проводили там, все находки были бы ожидаемые. Следовательно, говорить о снижении заболеваемости ВИЧ-инфекцией в стране, скорее всего, преждевременно. С высокой долей вероятности истинное количество новых случаев заражения ВИЧ за прошлый год не сократилось, а совсем наоборот, – продолжает В.Покровский.

Параллельные, но не равные

В прошедшем году в России умерло от ВИЧ-инфекции 34 093 человека, что на 6% больше, чем в 2020 г. За весь период наблюдения от этого заболевания погибли без малого 425 тыс. россиян. Кому-то такие потери в сравнении с потерями в результате COVID-19 покажутся несерьёзными: коронавирусная инфекция всего за 2 года унесла жизни 379 с лишним тысяч жителей нашей страны. В связи с этим имеет ли смысл проводить параллели между двумя заболеваниями?

Имеет, убеждён мой собеседник, ведь в мире от коронавируса погибло в общей сложности около 6 млн жителей земли, а от ВИЧ/СПИД – уже почти 40 млн. В отличие от коронавирусной инфекции, которая полностью излечивается за относительно короткое время, ВИЧ-инфекция неизлечима, человек остаётся до конца своих дней не только больным, но и представляет угрозу для других. Немаловажно, что финансовое бремя государств на лечение больных ВИЧ-инфекцией постоянно растёт вместе с числом заразившихся. Выступая недавно перед научным сообществом, В.Покровский напомнил: в настоящее время мир переживает не одну, а две пандемии, и это надо оценивать трезво.

– Для многих является откровением, что, оказывается, продолжается пандемия ВИЧ-инфекции, её никто не отменял: в 2021 г. ВИЧ заразились 1,5 млн, умерли от него 600 тыс. жителей планеты. Если пандемия COVID-19 рано или поздно завершится, поскольку всё население переболеет и/или

на коронавирус, а прицельное обследование групп риска, как уже сказано, ослабло, – перечисляет академик.

На всех не хватит?

В нашей стране есть ещё один неблагоприятный прогностический фактор по ВИЧ-инфекции – политический, он же миграционный. По данным на конец мая, в Россию приехали с территорий восточной Украины уже более 1,5 млн человек. Учитывая, что уровень заболеваемости ВИЧ-инфекцией в этой части Украины традиционно выше, чем в её западных областях, не следует исключать вероятности заезда в нашу страну носителей вируса. И так же очевидно, что после начала конфликта в соседнем государстве начались проблемы с обеспечением ВИЧ-позитивных граждан препаратами для АРВТ.

Что нам предстоит делать в этой ситуации? Согласно законодательству России, люди, въезжающие через нашу госграницу на срок больше 3 месяцев, в обязательном порядке должны проходить тестирование на ВИЧ. Но знаем ли мы заранее, кто из них на какой срок приехал? Не знаем. А даже если всех вновь прибывших беженцев и переселенцев протестировали и подтвердили у кого-то ВИЧ-инфекцию, встаёт главный вопрос – как организовать их лечение и за чей счёт?

По словам эксперта, это не так просто сделать. Дело в том, что заявки на закупки препаратов для антиретровирусной терапии регионы делают в конце текущего года на следующий год с учётом определённого числа больных, которые обязательно должны значиться в федеральном регистре ВИЧ-инфицированных пациентов. В этот регистр заносят данные только граждан РФ по предъявлению паспорта и СНИЛС. Могут ли вновь прибывшие из-за границы люди с ВИЧ-инфекцией получать здесь лечение, если они не граждане РФ, и учёл ли их Минздрав при составлении закупочных заявок?

Чем лечить, кого лечить?

Итак, поскольку общее число ВИЧ-инфицированных в стране растёт, всё сильнее актуализируется проблема их лечения. Нужно увеличивать закупки препаратов для АРВТ, тем более что недостаток их, судя по неоднократным сообще-

ниям общественных организаций, начал чувствоваться не в нынешнем и не в прошлом году, а ещё раньше. Причём, речь идёт о сложностях с лекарственным обеспечением не новичков, а тех, кто уже состоит на диспансерном учёте.

– Анализ официальных отчётов из регионов о лечении больных ВИЧ-инфекцией показывает, что охват терапией достигает максимум 80% от числа лиц, состоящих на диспансерном учёте. Это уровень, недостаточный для того, чтобы препятствовать распространению вируса в популяции. Более того, вызывает удивление следующее обстоятельство: в 2021 г. процент больных ВИЧ-инфекцией, состоящих на диспансерном учёте, не увеличился, хотя был прирост новых случаев заболевания. Ну и самое интересное – разница в тех данных, которые приводит Минздрав России о числе состоящих под диспансерным наблюдением, и данных нашего центра о числе россиян с выявленной ВИЧ-инфекцией, составляет уже несколько сотен тысяч, – отмечает В.Покровский.

Как подобное возможно, где теряются больные? По словам эксперта, ответ кроется в механизме постановки ВИЧ-инфицированных на диспансерный учёт. Есть люди, которые сдали положительный тест на ВИЧ, но после этого сами на контакт с поликлиникой не вышли и на письменное, либо сделанное по телефону приглашение явиться на приём не ответили. Как говорится, на «нет» и суда нет: их на врачебный учёт не ставят, при закупках лекарств в расчёт не берут. Так в системе здравоохранения появилось деление на «подлежащих» и «неподлежащих» наблюдению и лечению от ВИЧ-инфекции.

Число «неподлежащих» постоянно накапливается, да и разыскивать их невыгодно. При данном подходе к организации диспансерного учёта ВИЧ-инфицированных можно красиво отчитаться «наверх»: чем меньше больных на учёте, тем проще достичь максимального показателя по охвату терапией. Жаль, что задача по реальному снижению распространённости ВИЧ-инфекции таким образом не решается. И ладно бы все эти тысячи «потерявшихся» ВИЧ-инфицированных действительно пытались скрыться от медиков по доброй воле. По словам В.Покровского, немало случаев, когда человек обращается за медицинской помощью, и тут

обострени политической ситуации поставки и готовых импортных лекарств, и субстанций могут прекратиться. В этом случае придётся менять терапию на старые схемы, а это – риск развития лекарственной резистентности возбудителя.

Устойчивость вируса иммунодефицита человека к препаратам нарастает. Опасность не только в том, что сам пациент не достигает терапевтического эффекта, но и в том, что как источник вируса он может заразить других резистентным штаммом, который начинает распространяться дальше. По словам эксперта, в России среди впервые заболевших ВИЧ-инфекцией уже выявляются люди с изначальной лекарственной устойчивостью.

Это глобальная мировая проблема, которая в богатых странах решается путём обследования всех вновь выявленных больных на лекарственную резистентность вируса. Только после этого исследования пациенту назначают схему АРВТ из тех препаратов, к которым у него есть чувствительность. В противном случае высокозатратная терапия, назначенная по стандартной схеме, оказывается ни клинически, ни экономически целесообразной.

– Такое исследование дорого стоит, но рано или поздно нам придётся этим заняться. Пока же в нашем центре подобные анализы выполняются исключительно в научных целях, чтобы доказать наличие самой проблемы и примерно определить её масштаб для нашей страны. Зарубежные коллеги посчитали, что, если резистентность ВИЧ составляет больше 10% от числа обследованных, то экономически выгодно проводить тестирование на лекарственную устойчивость до начала дорогостоящей терапии. Россия уже дошла до этого рубежа, – подчёркивает В.Покровский.

Прокатились с ветерком

Наконец, самая большая угроза, по мнению специалиста, кроется в том, что в России резко сократилось информирование населения о ВИЧ-инфекции. На вопрос, что не так с профилактикой, В.Покровский отвечает коротко: «Всё не так. Почему у нас в стране растёт число людей, нуждающихся в лечении ВИЧ-инфекции? Потому что профилактикой как раньше не занимались, так и сегодня не занимаемся».

В медицинских вузах страны

На пути к вершинам мастерства

Край здоровых улыбок

В Алтайском государственном медицинском университете состоялась межрегиональная научно-практическая конференция «Достижения современной стоматологии. Алтай – край здоровых улыбок», организованная при поддержке Министерства здравоохранения края и при участии ассоциации стоматологов Алтайского края – члена Стоматологической ассоциации России. Инициатором и организатором мероприятия выступила кафедра терапевтической стоматологии вуза под руководством профессора Светланы Токмаковой.

Программа конференции вызвала большой интерес у её участников. Директор института стоматологии Оксана Шишкина рассказала о планах по подготовке кадров для реализации мониторинга и оценки эффективности программы. Главный врач краевой детской стоматологической поликлиники № 1 (Барнаул) Елена Желонкина дала анализ целевых индикаторов и инфраструктуры системы первичной профилактики стоматологических заболеваний в крае. Олесь Шевченко в своём докладе объяснил термин «5П гигиены рта» с позиций эффективной профилактики стоматологических заболеваний в среде профессионального общества гигиенистов стоматологических. Президент общества, действительный член Международной федерации и Европейской федерации гигиенистов стоматологических Ирина Соболева (Санкт-Петербург) в своём выступлении раскрыла секреты поддерживающей пародонтальной терапии у пациентов с перимплантитом.

Актуальную для стоматологов проблему безопасного отбеливания зубов затронула член Европейского общества косметической стоматологии ESCD (Москва) кандидат медицинских наук Зарина Бичикаева. Она обосновала роль врача-стоматолога и гигиениста стоматологического в этой процедуре, дала теоретические основы отбеливания и практические рекомендации для специалистов.

Заведующий кафедрой ортопедической стоматологии АГМУ профессор Олег Орешака рассказал о нормализации окклюзионных взаимоотношений зубных рядов, подчеркнув важность этого основного этапа ортопедического лечения пациентов.

О хирургическом лечении рецессии, а также прогнозе и профилактике этого заболевания доложила Айсауле Альмуратова, магистр медицинских наук, ассистент школы стоматологии НАО «Медицинский университет Караганды» (Республика Казахстан).

Заведующий кафедрой стоматологии детского возраста доктор медицинских наук Лариса Сарап в своём докладе подробно рассказала о современных возможностях реминерализующей терапии при ранней диагностике кариеса зубов, что имеет большое профилактическое значение в практике врача-стоматолога.

В докладе Натальи Булгаковой, кандидата физико-математических наук, руководителя Научно-образовательного центра Федерального исследовательского центра «Институт общей физики им. А.М.Прохорова Российской академии наук» (Москва)



Участники конференции

были освещены диагностические возможности аутофлюоресценции для визуализации поражений слизистой оболочки рта с позиций биофизических механизмов.

Все доклады были основаны на собственных клинических исследованиях и иллюстрированы качественными презентациями, что дало возможность получить новейшую информацию о последних достижениях в диагностике, лечении и профилактике стоматологических заболеваний.

Встреча однокурсников

В Курском государственном медицинском университете состоялась встреча однокурсников – выпускников лечебного факультета 1992 г., пятидесятого выпуска лечебного факультета. В ней приняли участие 115 врачей, которых торжественно встретили декан профессор Владимир Харченко и ректор университета доктор медицинских наук, профессор, заслуженный врач РФ Виктор Лазаренко, который рассказал о том, чем сегодня живёт университет.

Среди выпускников золотого выпуска 1992 г. немало известных врачей, профессоров, учёных, организаторов здравоохранения.

Выпускники-1992 побывали в анатомическом театре, который открылся в 2021 г., совершили экскурсию по территории университета, украшенной многочисленными скульптурами знаменитых медиков.

Победителю – золотой скальпель

В традиционной Всероссийской студенческой олимпиаде по хирургии, которая прошла на базе Башкирского ГМУ, приняли участие 10 медицинских команд из образовательных учреждений нашей страны (Марийского, Казанского, Саратовского ГМУ, Пермского ГМУ им. Е.А.Вагнера, Первого Московского ГМУ им. И.М.Сеченова, Северо-Западного ГМУ им. И.И.Мечникова, Первого Санкт-Петербургского ГМУ им. И.П.Павлова, Приволжского исследовательского медицинского университета), команда хозяев, а также две команды Кыргызской государственной медицинской академии им. И.К.Ахунбаева.

Организаторами была подготовлена интересная конкурсная программа: задания на знание анатомии человека, ситуационные задачи, конкурс фото- и видеоматериалов.

Отдельным направлением олимпиады была проверка практических

навыков будущих врачей: операция Штудера, аорто-коронарное шунтирование, резекция желудка по Бальфуру, лапароскопическая аппендэктомия, наложение шва сухожилия и лапароскопические операции на поросятах (ушивание раны желудка, нефрэктомия, холецистэктомия).

Для моделирования оперативных вмешательств было предоставлено профессиональное техническое оборудование: лапароскопическое, наркотное; необходимые расходные материалы и инструменты.

По итогам олимпиады первое место заняла команда Башкирского ГМУ, второе место – команды Пермского ГМУ им. Е.А.Вагнера и Северо-Западного ГМУ им. И.И.Мечникова, третье место у команд Саратовского ГМУ и Приволжского исследовательского медицинского университета.

Гран-при в номинации «Золотой скальпель» получила студентка Пермского ГМУ Варвара Павлова. Высокую награду ей вручил первый заместитель министра здравоохранения Республики Башкортостан Азат Рахматулин.

Музыкальные традиции

Анатомическую рок-оперу представила на V открытой студенческой олимпиаде по анатомии человека, прошедшей на базе

первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. И.П.Павлова, команда Смоленского ГМУ.

Выступление смолян, возглавляемых капитаном команды студентом 5-го курса лечебного факультета, препаратором кафедры анатомии человека Максимом Силкиным, в творческом музыкальном конкурсе стало главным событием: выйдя за рамки обычного «капустника», команда СГМУ представила оригинальное музыкальное произведение – ни много ни мало «Анатомическую рок-оперу!» Основное её содержание: нелёгкий путь студента-медика в анатомический кружок, несмотря на сложность предмета и предрассудки. Музыкальная основа рок-оперы – парафразы из известных отечественных хард-роковых композиций, их оригинальная музыкальная обработка и аранжировка, а также инструментальное, вокальное и хореографическое исполнение – выполнены участниками команды. Либретто к опере тоже было написано самими студентами.

Студенты научного анатомического кружка им. П.Ф.Лесгафта университета следуют, если можно так выразиться, музыкальной традиции кафедры анатомии человека, ведь в её стенах в 1922 г. уже была написана первая советская опера «Князь Серебряный» выдающимся русским и советским композитором Петром Триодиным, который в то время одновременно преподавал в смоленском вузе анатомию человека.

Ещё и санитаром

Иркутский государственный медицинский университет стал победителем грантового конкурса «Российские студенческие отряды». По гранту на сумму 308 тыс. руб. совершенно бесплатно к концу июня по программе профессионального обучения «Санитар» пройдут подготовку 56 бойцов студенческих отрядов Иркутской области.

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

Спасибо, доктор!

В моей жизни появились две замечательные дочери

Хочу сказать спасибо всему коллективу гинекологического отделения Челябинской областной клинической больницы – за заботу и участие, за «лёгкие» руки и профессионализм!

Отдельную благодарность хочу выразить Ольге Ефремовой, которая, прооперировав меня в далёком 1996 г., до сих пор заботится и помогает мне! Благодаря ей, несмотря на серьёзные патологии, в моей жизни появились две замечательные дочери.

Бесконечно признательна заведующему отделением, Павлу Ефремову, во-первых, за то, что у него такой дружный и отзывчивый коллектив. Во-вторых, за то, что, когда-то он мне жёстко сказал, что рожать нужно в ближайший год, дальше может ничего не получиться. И когда я сейчас прихожу на приём к гинекологу или на УЗИ, большинство из врачей удивляются, как я вообще забеременела!

Искренне благодарна Екатерине Макеевой, которая профессионально провела хирургическое лечение в конце прошлого года и устранила последствия моих четырёх предыдущих операций. А потом объяснила, как прошла операция, почему произошли изменения, и что необходимо предпринять, чтобы снова не попасть на стол хирурга.

А ещё спасибо всем медсёстрам и другому персоналу отделения. Хотя они иногда и ворчат на нас, пациентов, (совершенно справедливо), всегда видно, что это делается с любовью и для нашего блага. Их «доброе утро» поднимает нас, их «мои хорошие!» улучшает настроение, а «потерпи, солнышко» придаёт сил.

Уважаемые медики! Спасибо за ваш тяжёлый труд!

Ольга Н.

Елена БУШ,
обозреватель «МГ».

В 2016 г. Всемирная организация здравоохранения приняла программу по элиминации к 2030 г. гепатита как одного из самых значимых, социально опасных заболеваний на планете. О том, насколько близка наша страна к поставленным целям, мы попросили рассказать главного специалиста по инфекционным болезням Министерства здравоохранения Самарской области, заведующую инфекционным отделением Самарской областной клинической больницы им. В.Д.Середавина, кандидата медицинских наук Елену СТРЕБКОВУ.

– Елена Алексеевна, мы с вами уже лет десять постоянно встречаемся на различных международных и общероссийских конгрессах, таких, например, как нынешняя XIV Международная конференция «Белые ночи гепатологии 2022», где анализируется обстановка и в стране, и в мире, обсуждаются новейшие технологии лечения. На каком этапе сейчас находится Россия в плане элиминации гепатита С?

– В целом у нас, как и во всём мире, ситуация достаточно сложная, потому что из-за пандемии COVID-19 многие программы лечения затормозились. Тем не менее, поручение Президента РФ о поэтапной реализации в 2021-2030 гг. мероприятий, направленных на борьбу с гепатитом С, в своё время позволило придать дополнительный импульс развитию этих программ. На федеральном уровне была сформирована рабочая группа, а на уровне ряда регионов принято решение об увеличении финансирования терапии хронического гепатита С.

При этом огромным достижением последнего времени стало появление в декабре 2021 г. новых клинических рекомендаций по лечению гепатита С, что позволило решить множество вопросов, в том числе и такой важнейшей, как полный отказ от интерфероновой терапии. Сейчас на такие препараты в регионах уже не выделяются средства, хотя они дешевле, чем прямые противовирусные, но при этом гораздо менее эффективные, требуют длительного курса лечения, постоянного мониторинга, увеличивают нагрузку на систему здравоохранения и имеют серьёзные побочные эффекты.

В новых рекомендациях унифицированы многие понятия, согласно которым мы сейчас работаем. В частности, это касается лабораторной диагностики. Современная терапия позволяет уменьшить объём исследований. При лечении интерферонами мы ежесменно должны были мониторировать общий анализ крови. При применении прямых противовирусных препаратов, согласно рекомендациям, ввиду безопасности терапии достаточно в конце лечения ознакомиться с результатом ПЦР-теста, не проводя никаких промежуточных исследований и не тратя на это бюджетные деньги.

Через три месяца после окончания терапии мы ещё раз берём анализ ПЦР для того, чтобы подтвердить достижение устойчивого вирусологического ответа.

– Самарская область всегда была передовой в плане лечения пациентов с гепатитом. Традиции продолжают?

– Да, уже в 2010 г. у нас была достаточно хорошая программа, позволявшая обеспечивать терапию пациентов с хроническим гепатитом С, затем случился небольшой перерыв, но принятые в последнее время решения регионального правительства позволили снова существенно расширить объём оказываемой нашим пациентам помощи.

Сейчас основная работа ложится именно на регионы, и правительство области, действительно, идёт нам навстречу, увеличивая финансирование год от года:

в 2021 г. на борьбу с гепатитом было выделено около 30 млн руб., в 2022 г. – уже 60 млн, а на следующий год запланирован бюджет в 180 млн.

При этом у нас растёт финансирование наших программ не только из регионального бюджета, но и за счёт средств территориального фонда ОМС: вдвое увеличено число квот на то, чтобы мы лечили особые группы пациентов в рамках дневного стационара.

– Регион региону рознь. Мы многие годы говорим о необходимости федеральной програм-

потому что он хуже лечился интерферонами? Поэтому вначале появились генотип-специфичные схемы. Затем мы по примеру всего мира перешли на более общие – пангенотипные, которые позволяют, не делая ПЦР-анализ, успешно лечить пациентов с 3-м генотипом вируса, в том числе, с циррозом печени, а также назначать достаточно большим группам короткие, 8-недельные курсы лечения.

– Какие преобладают у нас генотипы? И не проще ли всё же применять лекарство от всех сразу?

2 лет пандемии, как мы знаем, объём плановых обследований снизился. Поэтому первичная заболеваемость резко упала до минимальных цифр. Если обычно мы называли цифры по новым случаям хронического гепатита С в стране: 35 на 100 тыс. человек, сейчас – их 16. Очевидно, что это не улучшение показателей, а исключительно последствие того, что люди не обращались к врачу.

– А если включить такое обследование в диспансеризацию?

Наши интервью

Оптимальный вариант

Для элиминации гепатита надо ещё многое сделать

мы борьбы с гепатитом. Что мешает её созданию?

– Пока нет федерального регистра, скорее всего, не будет и федерального финансирования. Как вы помните, такая же ситуация была с ВИЧ: после создания регистра обеспечение пациентов с ВИЧ-инфекцией стало достаточно стабильным, спокойным, прозрачным. Надеемся, так же будет и с гепатитом.

– Как скоро?

– Главный специалист по инфекционным болезням Минздрава России доктор медицинских наук Владимир Чуланов говорит, что, скорее всего, во второй половине этого года появятся нормативные акты по созданию федерального регистра.

– Но ведь один регистр уже существует?

– Да, мы ведём его с 2014 г., благодаря чему знаем, сколько у нас больных, с каким генотипом. Но он, к сожалению, не может быть интегрирован в федеральный. Там пациенты «закрыты», а для их идентификации (и дальнейшего финансирования лечения) необходимо указать СНИЛС. Тогда регистр сможет быть включён в информационную систему государственных услуг, ЕМИАС. А это означает новое введение данных о пациентах. Соответственно, для этого необходимы сотрудники.

ВИЧ-регистр стабилизировался только где-то года за три. По гепатиту С может быть проще, так как у нас уже есть опыт по ВИЧ, но тем не менее его создание потребует существенных усилий и финансовых вложений; необходимо будет определять центры, куда будут направлены деньги, создавать новые ставки и т.п.

Поэтому я думаю, что и в нынешнем, и в следующем году лечение пациентов с гепатитом С будет по-прежнему обеспечиваться за счёт регионов.

– Безинтерфероновые схемы, насколько я знаю, дают возможность лечить все типы гепатита?

– Не только. В арсенале врачей остаются и генотип-специфичные схемы, хотя их применение требует более детального обследования пациентов для определения генотипа заболевания. По генотип-специфичным схемам у нас достаточно хорошие результаты, и они будут продолжаться использоваться.

Помните, при регистрации первых препаратов прямого противовирусного действия, все усилия были направлены на то, чтобы хотя бы первый генотип победить,



– Может быть, этого пока делать не следует. У нас в каждом регионе достаточно большие листы ожидания, по 5-6 тыс. человек, которых нам надо пролечить. Сейчас мы усилия направили на лечение данной когорты пациентов. Если включить тестирование на гепатит С в диспансеризацию, мы получим огромное количество больных, которым пока не имеем возможности помочь. Поэтому более правильно распределить усилия по этапам: сначала пролечить всех тех, кто уже состоит на учёте, а затем расширять скрининг, как это происходит везде. Наши зарубежные коллеги на конгрессах рассказывают, как они разыскивают новых пациентов, например, в тюрьмах и т.п., нам до этого далеко.

Всё-таки мы очень надеемся на федеральный регистр: с его введением вся система унифицируется, что даст возможность действительно приблизиться к пониманию истинной распространённости гепатита С.

– Пандемия повлияла только на показатели заболеваемости, или на характер болезни тоже?

– Я уже упоминала: за два года количество обращений уменьшилось и, соответственно, должно выявление гепатита С не было. Понятно, что это отложенный спрос, и при выходе из пандемии мы увидим повышение обращаемости и количества новых случаев заболевания. Второй момент: поликлинники, особенно в последние волны омикрона, когда нагрузка была в основном на амбулаторное звено, внимания хроническим заболеваниям не могли уделять в достаточном объёме, все усилия были направлены на борьбу с коронавирусом. И это тоже повлияло на диспансерное наблюдение наших больных.

Следует учитывать и нагрузку на врачебный персонал, который в основном работал в ковидных госпиталях и поликлиниках. Несмотря на то, что мы пытаемся проводить образовательные мероприятия, врачу другой специальности сложно разобраться в проблеме гепатита С. Хотя она актуальна для многих, например, для эндокринологов, поскольку гепатит оказывает влияние на эндокринную систему, и многих других специалистов. При этом от радно, что ни одна программа по лечению гепатита в регионе не была свернута, даже детскую (по лечению подростков в возрасте

12-18 лет) в 2021 г. провели полностью. Надеемся, что сейчас, выйдя из пандемии, мы получим не только повышение заболеваемости, но и увеличение охвата лечением.

Что же касается связи с коронавирусом, здесь следует говорить не столько о пациентах с гепатитом, сколько о пациентах с исходами гепатита С в виде поражения печени. Пациенты с циррозом очень уязвимая группа, я уже не говорю о пациентах с гепатоцеллюлярной карциномой. Но в любом случае наличие хронической болезни – это всегда сопутствующий фактор. Плюс ко всему, не секрет, что некоторые противовирусные препараты против ковида тоже могут вызывать поражения печени, поэтому у наших пациентов лечение коронавирусной инфекции протекает тяжелее и длительнее.

– Возможен ли в нынешней ситуации дефицит препаратов?

– Мы видим, что сейчас, цена препаратов, виду того, что они входят в список ЖНВЛП, остаётся стабильной. К тому же, в России создан их достаточный запас. Большие закупки и сейчас идут по всей стране, все контракты выполняются. Это позволяет надеяться, что мы с данной ситуацией справимся, дефицита не будет.

– Предполагается, что процесс элиминации гепатита С будет идти от микроэлиминации к макроэлиминации. Какие группы пациентов считаются первыми в очереди на лечение?

– Микроэлиминация должна, по идее, начинаться с самых уязвимых групп, но всё зависит ещё и от возможностей региона. Мы в первую очередь уделили внимание пациентам с ВИЧ-инфекцией. В Самарской области большое количество и тех, и других. Поэтому, когда был создан регистр пациентов с ВИЧ-инфекцией и открыт центр СПИД, в нём установили фиброскан, который позволял протестировать больных ещё и на гепатит. Когда мы приезжали в Минздрав на защиту заявки, то чётко рассортировали пациентов по группам по стадии фиброза печени, что давало нам возможность пролечить 300 человек в год. А это большая цифра для региона!

Затем сфокусировались на самой незащищённой и уязвимой группе – детях. В прошлом году мы пролечили всех подростков области от 12 до 18 лет, именно на них тогда были выделены первые деньги из регионального бюджета. Сейчас уже зарегистрирована специальная детская форма препарата для пациентов старше 3 лет, поэтому собираем пул кандидатов на такое лечение.

Следующая группа, которую мы приоритизировали, и в этом году на неё уже выделены деньги – пациенты на гемодиализе. Их тоже достаточно количество. Это наследие прошлых времен, когда не было тщательного разделения пациентов по залам для гемодиализа, поэтому больные могли заразиться и заражать других. Сейчас эта проблема, к счастью, решена. Данная группа пациентов выбрана потому, что при наличии у человека гепатита С прогрессирование болезни почек и сопутствующих заболеваний идёт более активно. Следующая группа, которая сейчас будет лечиться в рамках региональной программы, – это пациенты с продвинутой фиброзом печени, начиная от фиброза F2 и выше.

Но я бы ещё одну группу обязательно выделила – это так называемые наивные, то есть, не получавшие ранее лечения молодые пациенты, которые планируют вступить в брак, рожать детей. Хотя такая группа и не является первоочередной с медицинской точки зрения, но с точки зрения социальной тоже должна быть приоритетной.

Беседу вела Елена ЖУКОВА, корр. «МГ».

Взгляд

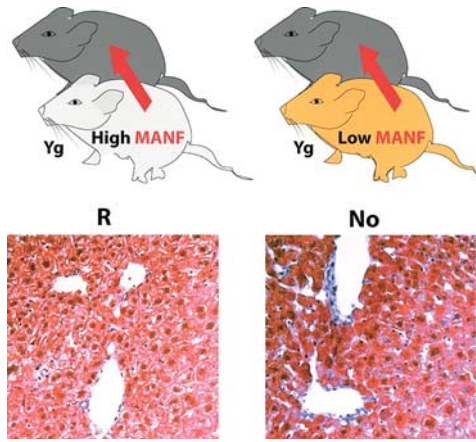
В мае во многих СМИ прошла новость относительно того, что ликвор СМЖ (цереброспинальная, или спинномозговая) от молодых мышей является «бустером» старых мозгов. Ранее журнал PNAS писал примерно о том же: сыворотка крови молодых мышей способствует у старых образованию синапсов, или точек межнейронных контактов и увеличению белковых рецепторов возбуждающей нервной клетки глутаминовой аминокислоты. Ответственными за такой благоприятный эффект являются

протеин тромбопластинок (тромбоспондин), образующий губкообразные ячеи, и SPARC. С помощью второго, богатого серосодержащей аминокислотой цистеином, клетки «крепятся» (осуществляют адгезию, удерживаясь на месте) к волокнам внеклеточного матрикса. В норме оба протеина подавляют новообразование сосудов, не давая разрастаться клеточным образованиям, а также сдерживают перемещение клеток. В то же время они способствуют «разрастанию» синапсов у старых мышей.

Старость в радость

Одновременно с PNAS другой журнал представил статью из Института Бака по исследованию старения в городе Новато, в которой описывалось благотворное действие нейротрофического фактора на печень старых мышей. Один из первых трофических белков NRF (Neurotrophic Factor), питающих развитие нервных клеток, открыла итальянка Рита Леви-Монтальчини, за что была удостоена Нобелевской премии. Потом были открыты и другие, например, «мозговой» BDNF (Brain-Derived Neurotrophic Factor), а также MANF (Mesencephalic Astrocyte Neurotrophic Factor), который синтезируется в среднем мозге астроцитами, или звездообразными клетками глии, или «клея» белого вещества. В Новато выяснили, что MANF способствует омоложению клеток печени у старых мышей, предупреждая её повреждение в результате развития фиброза и стеатоза, то есть жирового перерождения. Кстати, в кишечнике есть Пейеровы бляшки иммунных клеток, функция которых угасает с возрастом. Однако после фекальной трансплантации от молодых мышей наблюдается омоложение как бляшек, так и всего организма. Важное уточнение внёс Имперский колледж Лондона, в котором выявили постоянно ведущий разговор между иммунными Т-лимфоцитами и нейронами (оба вида клеток ведут своё начало от одних эмбриональных предшественников). Авторы доказали, что взаимодействие этих клеток ведёт к снижению регенеративного потенциала чувствительных нейронов, составляющих ганглий корешка спинного мозга.

Старение мозга нарастает с увеличением протеинов, теряющих свою правильную конформацию. На это обращали внимание молекулярные геронтологи Эморийского университета. В качестве примера авторы приводили амилоид в бляшках



Слева СМЖ молодой мыши (Yg) с высоким уровнем MANF омолаживает (Rejuvenates) старую, справа СМЖ желтой с низким содержанием MANF этого сделать не может (NO)

Альцгеймера и клубки тау-протеина при паркинсонизме. Противостоят этому особые белки шапероны, названные так по «охранительницам» молодых девушек, вступающих в жизнь. В Атланте главными шаперонами клеточных протеинов считали упоминавшийся MANF, охранитель и реювенатор печени, а также Hsc (Heat shock cognate), один из белков теплового шока, ген которого активируется перепадами температур. В Калифорнийском университете Лос-Анджелеса показали, что при нейродегенеративной деменции бляшки образуются из транспротеина TMEM, пронизывающего мембрану лизосом, а не белка, связывающегося с ДНК. Лизосомы представляют собой тельца в цитоплазме, в которых идёт лизис клеточного «мусора». Перед делением клетки, как установили в Массачусетском технологическом институте, на их поверхности становятся видными флуоресцентные маркеры избавления от нефункциональных молекул.

Упомянутая в начале СМЖ, или ликвор действует ещё на один вид глиальных клеток белого вещества, а именно на олигодендроциты, названные так за малое (по сравнению с астроцитами) число отростков. Олигодендроциты образуют «изолирующие» оболочки нервных отростков, тем самым обеспечивая быстрое проведение сигналов. В Стэнфорде выяснили, что введение ликвора молодых мышей возрастом 2-3 месяца старым (18-25 месяцев) стимулирует синтез протеинов, активирующих развитие олигодендроцитов и синтез миеллина. В процессе участвуют также фибробласты, из которых получают стволовые клетки взрослого организма. Показано также, что с возрастом меняется состав белков СМЖ: появляются протеины воспаления и падает уровень ростовых факторов, например, BDNF. Анализ РНК, представляющих собой «рабочие» копии генов, после введения СМЖ выявил изменение активности 271 гена, из которых 115 снизили, а 156 увеличили её. Изменение работы генов проявлялось в увеличении синапсов в коре и подкорковых структурах, что привело к улучшению памяти. Одной из таких структур являлась миндалина (Amygdala), считающаяся «центром» страха и беспокойства, легко регистрируемых у мышей, претерпевших удар током. Авторы надеются, что будущие опыты с СМЖ помогут выявить и другие виды памяти, в которой люди и животные нуждаются в повседневной жизни.

Игорь ЛАЛЯНЦ,
кандидат биологических наук.

По материалам eLife, Nature, Nature Metabolism, Neuron, PNAS, Science, Scientist.

Вывод

Свет процессов

С конца XX века учёные активно стали использовать флуоресцентные протеины, «подцепляя» их гены к таковым у клеток. Так исследователи получили возможность видеть активность специфических генов, что важно для понимания клеточных процессов.

Сначала это был один белок, затем два и три, благодаря чему клетки стали светить многоцветьем излучений. Но все усовершенствования биотехнологий сталкиваются с одной проблемой, а именно с тем, что их воздействия убивают клетки, что не может удовлетворять клеточных биологов. Для преодоления этого Калифорнийский университет в Ирвине предложил метод определения пространственной транскриптомики, или считывания транскриптов активных генов в виде синтезируемых на них молекул информационной РНК. Новый метод получил название «Мозаика» (MultiOmic Single-scan Assay with Integrated Combinatorial Analysis), подразумевающее использование «мультиомики», учитывающей данные геномики и транскриптомики,

представляющей собой совокупность иРНК, определения функциональных протеинов (протеомики) и т.д. Если геномику можно сравнить с большим кинотеатром, то «Мозаика» подразумевает функциональный мультиплекс, позволяя определять 10-плекс клеточных мишеней, что строго коррелирует с данными секвенирования в геномах. Новый метод позволил одновременно применять пять флуорофоров при анализе клеток колоректальной опухоли (толстого кишечника), а также обычных парафиновых срезов меланомы. Авторы также продемонстрировали одновременное выявление белка и иРНК в клетках.

Столь же многофункционален и метод, разработанный в Университете Южной Калифорнии. Его преимущество заключается в отсутствии какого бы то ни было повреждения клеток, поскольку фотоактивные органические молекулы-сенсоры, «чувствующие» изменение электрического поля, наносятся на клеточную оболочку без проникновения внутрь. С помощью молекул и двух лазеров становится также возможным

модулировать чувствительность клеток к различным изменениям среды и клеточного состояния. Для этого учёные скомбинировали два «модуля»-репортёра состояния электрического поля и связанного с ним электрон-трансфера (переноса заряда PeT – Photoinduced e-Transfer). Молекулой, с помощью которой создаётся изображение, является TPE (TetraPhenylEthylene), а электрическим модулятором является органический фотопроводник NAI (Naphthalimide). Калифорнийцы продемонстрировали оптически контролируемое фотовозбуждение, активное считывание сигнала и способность молекулы действовать как совместно, так и по отдельности. При этом молекула-репортёр детектировала наличие местного электрического поля, после чего вторая, выполняющая роль прикреплённого «атташе», модифицировала его. Неповреждающий метод возможен благодаря тому, что на клеточной мембране оказывается светоактивный модуль, состоящий из каких-то 100 атомов. Освещение TPE лучом красного лазера приводило к возбуждению молекул NAI, испускающие голубые фотоны.

Игорь ЛЕВИН.

По материалам J of Materials Chemistry, Nature Communications.

Гипотезы

Разные видения

Люди издревле искали средства «расширения сознания», достаточно вспомнить пифию, сидевшую на своём треножнике в дельфийском святилище Аполлона.

Из щелей в полу поднимались сернистые испарения, после вдыхания которых «наследница» убитого богом Пифона начинала предвидеть и предсказывать будущее. Ей, правда, не поверил Александр Македонский, но мужчины вообще редко ведутся на подобного рода «видения». За океаном сознание расширили с помощью магических грибов и жевания листьев коки, на Востоке использовали «смолку» коробочек мака, за что он и получил название «приносящий сон» (Papaver somniferum). Позже португальцы, обосновавшиеся в Гоа, познакомили Европу с листьями бетеля (Piper betle), но всё это не сравнить с синтезированным продуктом, с помощью которого «лечили» не только туберкулёз и желудочные боли, но также боролись с кокаиновой зависимостью (кока-кола поначалу действительно была с экстрактом листьев коки). Американские издания приводят также рекламу детских капель от кашля с кокаином...

Дионис подарил людям виноградную лозу, употребление перебродившего сока которой приводило сопровождавших его менад в неистовство и экстаз, о чём свидетельствуют античные мозаики и рисунки на вазах. Но недавно было показано, что алкоголь, содержащийся в перебродивших фруктах Spondias mombin, предпочитают и пауковые мартишки Ateles, о чём поведали наблюдения, проведённые в джунглях панамского острова Барро Колорадо. Все при этом знают, что довольно легко предаться «пороку», который не всегда и не везде таковым считается (речь в частности идёт о спиртных напитках и разного рода востурениях). Можно вспомнить и печально знаменитый ЛСД, диэтиламин, синтезированный на основе веществ, содержащихся в грибке спорынье, употребление которого вызывает «корчи». Несравненно труднее покончить с употреблением так называемых средств отдохновения, отказ от которых вызывает «ломку». В Калифорнийском университете Ирвина с помощью нейротропных вирусов бешенства мышам внесли

ген красного светящегося протеина «томата». Благодаря внесению светящейся метки авторы увидели мозговую сеть, клетки которой отвечают как за «ломку», так и связанное с ней беспокойство, определяющее соответствующее поведение животных.

За три года до того нейробиологи Мичиганского университета в Энн-Арбор и Южной Каролины в Чарлстон представили данные, согласно которым первичной мишенью отростков дофаминовых нейронов среднего мозга является корковый «плащ» (Pallidum). Эти нейроны чёрной субстанции синтезируют из аминокислоты тирозина дофамин, без которого нервные клетки гибнут. Второй их мишенью является прилегающее ядро (N.Accumbens), считающее подкорковым центром удовольствия, испытываемого человеком от еды и питья, секса и табака, а также и средств, расширяющих сознание. Помимо ядра под корой «залегают» и другие мишени, на которые действует дофамин. В приложении журнала Cell авторы пишут, что привыкание и зависимость развиваются пошагово, при этом на разных стадиях возникает толерантность к действию вещества, отказ от которого повергает его жертву в состояние похмелья или ломки. Помимо коры и подкорковых образований метили также и миндалину-Amygdala, лежащую в полюсе височной доли вблизи гиппокампа на основании той же доли. Как известно, клетки гиппокампа отвечают за формирование и извлечение памяти, что объясняет тягу к тому, что вызывает приятное воспоминание. Нейроны же миндалины генерируют чувство страха, чем объясняется порождение беспокойства и соответствующего поведения мышей, связанное с отказом от того же кокаина. Миндалины, как выяснилось, получают дофаминовые «проекции», благодаря чему возникает у животных беспокойное поведение, вызванное страхом. В будущем можно «предвидеть» протекания сигналов по указанным проекциям, который будет помогать в борьбе с зависимостью и страхом.

Игорь ЛАРИН.

По материалам Ancient Origins, Cell Reports, J Neuroscience.

Спасибо, доктор!

В «Надежде» подарили надежду

Я живу на Алтае, в Камень-на-Оби. Весной этого года случайно на УЗИ у меня обнаружили опухоль поджелудочной железы. И вот волею судьбы я попала в отделение рентгенохирургии краевого онкоцентра «Надежда». Как же мне было страшно, вы не представляете! Но, наверное, каждый пациент испытывает подобные чувства.



Что меня поразило с первых же минут – идеальная чистота. Для пациентов здесь созданы все удобства. Персонал подобран исключительно: медсёстры, санитарочки вежливые и предупредительные к больным, работают очень слаженно, каждая на своём месте.

25 марта мне делали операцию 3 поистине гениальных хирурга: заведующий отделением Константин Мамонтов, хирурги Андрей Мамонтов и Нвард Бедян. 9 часов стояли надо мной эти врачи в операционной. У меня просто нет слов выразить благодарность, которая меня переполняет!

Сейчас я иду на поправку, готовлюсь к выписке, самочувствие прекрасное, а главное – безмерная радость, что моя болезнь обнаружена вовремя и вовремя я попала к таким замечательным врачам. Они достойны государственной награды, ведь что может быть более ценным, чем человеческая жизнь. А тут сражаются за каждого пациента.

Галина МАЛЫШЕВА.

Алтайский край.

Слева направо: А.Мамонтов, Н.Бедян, К.Мамонтов

В Европе растёт число заражений оспой обезьян. У детей прививки против оспы нет. Последний раз в Европе её делали в 1970-х годах. Угрожает ли нам новая пандемия? Что ждать от гепатита неизвестного происхождения. На эти вопросы, волнующие сейчас многих родителей не только в Германии, но и по всей Европе, ответил Бурхард Родек (Burkhard Rodeck), генеральный секретарь Немецкого общества детской и подростковой медицины (DGKJ).

Ещё не отошли от пандемии коронавирусной инфекции, а уже появилась обезьянья оспа. На данный момент однозначно объявлять о высшей степени угрозы не придётся, ведь это заболевание уже известно долгое время в странах Центральной и Западной Африки. Новый аспект, который сейчас наблюдается, в том, что этот вирус был завезён не в результате миграции населения или туристического потока. Его распространение зафиксировано от человека к человеку внутри этих стран. Число случаев заражения пока незначительно. Вариант, который сейчас в основном наблюдается в европейских странах, – западноафриканский. Он вызывает более лёгкое течение болезни, чем центральноафриканский вариант.

Особенность ситуации в Германии в том, что до 1976 г. действовали предписания по вакцинации против оспы. В землях, относящихся к бывшей ГДР, даже до начала 80-х. То есть та часть населения, которая родилась до отмены вакцинации против оспы, и сейчас скорее всего имеет высокую степень защиты против оспы обезьян (По данным Института имени Роберта Коха (RKI), вакцинация от оспы в Германии была остановлена в 1983 г. – Ред.). Все, кто родился позже, иммунитетом против оспы не обладают. Соответственно и у детей такой защиты нет. И это одна из причин, почему вирус оспы обезьян сейчас распространяется.

Но вакцина от оспы есть. И федеральное правительство сделало

А как у них?

Микроорганизмы атакуют, но броня крепка

Немецкий доктор о том, что ждёт детей



уже соответствующий заказ на неё. Она хорошо переносится. Постоянная комиссия по вакцинации (Stiko), конечно, разрабатывает вопрос о вакцинации на случай, если оспа обезьян будет распространяться. Скорее всего будет дана рекомендация по вакцинации людей, имевших контакт с заболевшими. Не думаю, что последует общая рекомендация для всех.

Передача вируса от человека к человеку, вероятно, возможна и половым путём, и контактным. Надо избегать выделения какой-то определённой группы. Заразиться могут все: как дети, так и взрослые. И если оспа обезьян была выявлена у родителей, то и ребёнок может заразиться от них. Но повторюсь, вероятность заражения очень низкая. Опасаться

аналогичной пандемии, как при коронавирусной инфекции, точно не стоит. Это совсем другой вирус.

Необходимо собрать все данные, оценить картину заболевания, отследить цепочки заражения. Пока это всё не будет сделано, вопрос вакцинации детей остаётся открытым. И второй момент. Прежде чем вакцина получит доступ для соответствующей группы населения, её нужно протестировать в ней. Как мы уже наблюдали на примере вакцин против коронавируса. Чтобы прививать детей, нужно получить специальное разрешение. Нельзя, руководствуясь страхом перед какой-то болезнью, которая, возможно, и не такая серьёзная, как, например, в случае с оспой, требовать вакцины для детей. Ведь и сама вакцина мо-

жет нести в себе риски, поэтому этот вопрос требует тщательного изучения.

Сейчас большое внимание общественности и к гепатиту неизвестного происхождения. Число заражений скорее незначительное, как и в случае с оспой обезьян: около 600-650 случаев по всему миру у детей младше 6 лет. Здесь важно сказать: да, нам знакомо это заболевание, мы имели с ним дело в прошлом. Здесь нет ничего нового для врачей-эпидемиологов. И тот факт, что для большей части тяжёлых случаев протекания гепатита не установлена причина, в этом тоже нет ничего нового. Примерно 50% детей, которым требуется пересадка печени, были заражены острым гепатитом, причины которого не установлены точно. Это означает, что врачи предполагают наличие вирусной инфекции, но не могут её доказать. В актуальных случаях у части заболевших были выявлены аденовирусы – примерно у 70% заболевших. Эти аденовирусы нам тоже известны. Как правило, они не приводят к тяжёлому протеканию гепатита, сложности возникают только у детей с ослабленным иммунитетом, но не у здоровых.

Подозрения о том, что коронавирус может быть причиной возникновения гепатита, пока носят спекулятивный характер. Конечно, нельзя исключать это предположение совсем, но мы уже два года живём в условиях пандемии, и тогда были бы известны подобные случаи. Кроме того, лишь незначительное число детей, заболевших гепатитом, перенесло коронавирус.

Ещё одно предположение, которое витает в воздухе, ставит под сомнение прививку против коронавирусной инфекции: мол, именно она является причиной острого гепатита. Здесь с уверенностью можно сказать: «Нет». Все дети до 6 лет, у которых наблюдалось тяжёлое течение гепатита, привиты не были. Для этой возрастной группы вакцина против коронавируса ещё не была допущена – ни в Германии, ни в других странах Европы. Вакцинация рекомендована для детей в возрасте от 5 до 11 лет. Это имеет смысл.

Мы десятилетиями полагали, что победили инфекционные болезни. Надо признать, что это не так. В прошлом столетии мы уже убедились в этом на примере HIV. Сейчас – с короной. Мир так устроен, что в нём есть микроорганизмы. И нам предстоит иметь дело с ними. А главное – они меняются. Поэтому риск заразиться в будущем инфекционным заболеванием существует, и мы не сможем свести его на нет. Поэтому надо оставаться бдительными и проявлять осторожность. При этом надо относиться к пандемиям реалистично. В Германии от короны большинство людей уже привиты или переболели, поэтому вероятность новой волны низкая, исключить её полностью, конечно, нельзя. Даже если осенью нас ждёт очередная волна, для большинства она не будет представлять серьёзной угрозы.

Инга КАТАРИНА.

По материалам Deutsche Welle.

Исследования

Отделить важные ощущения от неважных

Новые исследования показали, что в стволе головного мозга имеется небольшая анатомическая структура, на которую долгое время не обращали внимания. Однако именно она выполняет важную функцию – регулирует импульсы, которые передаются по нервным волокнам.

В ходе недавних нескольких исследований, проведённых в Северо-Западном и Чикагском университетах, а также в Институте биологических исследований им. Дж.Солка в Ла-Хойя (США), удалось по-новому взглянуть на этот вопрос. Было обнаружено, что решающую роль при отборе мозгом сенсорных сигналов играет в значительной степени обделённая вниманием учёных небольшая анатомическая структура – клиновидное ядро, или сокращённо – CN. Эти исследования клиновидного ядра не только заставляют по-новому взглянуть на те механизмы, посредством которых осуществляется обработка нервных возбуждений, поступающих от рецепторов, но также вполне могут послужить тем фундаментом, на основе которого специалисты в дальнейшем смогут осуществлять медицинское вмешательство с целью восстановления чувствительности у пациентов, перенёвших травмы или некоторые иные заболевания. На коже и в мышцах человека расположены миллионы рецепторов, которые обуславливают

соматическое ощущение. Мозг искусно усиливает одни сигналы и отсеивает другие и всё для того, чтобы человек сосредоточился лишь на главном, игнорируя второстепенное.

Каким же образом человеческому мозгу удаётся столь успешно концентрироваться? Что нового в этом подходе? Чтобы это понять, надо разобраться в том, как работает соматосенсорная система. Когда человек двигается или прикасается к предметам, то возникает реакция специфических клеток, расположенных на коже и в мышцах. В результате возникают электрохимические сигналы, которые по нервным волокнам идут к спинному и головному мозгу. В свою очередь мозг на основе этой входящей информации начинает отслеживать положение тела и его движения, а вместе с этим определять местоположение, согласованность действий и силу, с которой человек взаимодействует с окружающими объектами. В ходе экспериментов было установлено, что осознанная способность человека ощущать своё собственное тело и его взаимодействие с внешними объектами зависит от нервных возбуждений, которые поступают в кору головного мозга (напомним, что эта кора является внешней оболочкой мозга). Учёные уже догадались, что эта область человеческого мозга – одна из ключевых систем, участвующих в избирательном усилении или отсеивании сигналов, которые

поступают от рецепторов. Однако, они полагали, что клиновидное ядро играет роль всего лишь пассивной ретрансляционной станции, передающей сигналы от тела к коре головного мозга.

Этот ответ не устроил исследователей. И действительно, зачем вообще нужно клиновидное ядро, если оно не производит никакой фильтрации сигналов? Чтобы выяснить этот вопрос, было решено изучить процесс работы клиновидных нейронов. Как известно, клиновидное тело достаточно мало и добраться до него очень непросто. Ведь оно расположено там, где голова соединяется с шеей; это соединение крайне подвижное, а значит, к нему сложно подобраться. К тому же, клиновидное ядро окружено жизненно важными областями мозга, повреждение которых может привести к летальному исходу, – в чём и состоит трудность.

К счастью, современный инструментальный, применяемый в нейробиологии, позволяет вести наблюдения за клиновидным ядром у бодрствующих обезьян, при этом не повреждая смежные области их мозга. Были имплантированы крошечные электроды для наблюдения за отдельными нейронами клиновидного ядра. Впервые была изучена реакция отдельных клеток этой области мозга в те самые моменты, когда обезьяна передвигалась и прикасалась к различным предметам. Данный метод позволил получить

ответы на некоторые вопросы, касающиеся функций клиновидного ядра. Во-первых, изучена реакция этих нейронов на сигналы, появившиеся в те самые моменты, когда происходило касание; с этой целью кожу обезьян подвергали воздействию многих видов раздражителей, включая вибрации и рельефно-точечные поверхности, напоминающие шрифт Брайля. Затем сравнили реакцию, которая наблюдалась в клиновидном ядре, с активностью нервных волокон, по которым сигналы поступали в данную структуру мозга. Если бы данная область мозга просто ретранслировала информацию, поступающую от рецепторов кожи, то нейронная активность в клиновидном ядре являлась бы, по сути, отзвуком той активности, которая наблюдалась в нервных волокнах. Но вместо этого было обнаружено следующее: нейроны клиновидного ядра не просто передают входящие сигналы, а преобразуют их. Нейроны клиновидного ядра демонстрировали признаки активности, которые скорее напоминали активность нейронов коры головного мозга, чем поведение простых нервных волокон.

Однако связь между клиновидным ядром и корой головного мозга нельзя себе представить, образно говоря, как улицу с односторонним движением. Помимо афферентных нервов, идущих к коре головного мозга, существуют и обратные пути от сенсорных и моторных областей коры голов-

ного мозга к клиновидному ядру. А способствует ли клиновидное ядро, пусть хотя бы частично, процессу фильтрации сигналов, осуществляемой в ходе выполнения преднамеренных, произвольных движений животного? С этой целью провели наблюдения за активностью клиновидного ядра в те моменты, когда обезьяны выполняли задуманное действие; затем сравнивали полученные сигналы с теми сигналами клиновидного ядра, которые фиксировались, когда то же самое действие обезьяне помогал делать робот (т.е. когда робот помогал обезьяне перемещать её лапу). В итоге, было обнаружено, что активность нейронов клиновидного ядра действительно менялась в зависимости от характера движений животного (произвольных или непроизвольных). К примеру, известно, что сигналы, поступающие от мышц, расположенных на лапах животного, помогают ему понять, выполняется ли движение в соответствии с задуманной целью. Основываясь на этом предположении, обнаружили, что в клиновидном ядре происходило усиление некоторых сигналов, поступающих от мышц руки, как раз в тот момент, когда обезьяна двигала лапой по собственной инициативе (в сравнении с тем случаем, когда двигать лапой ей помогал робот).

Леонид БЕНЦКИЙ.

По материалам Scientific American.

На сцене актового зала военного клинического госпиталя Минобороны РФ № 1586 (Подольск), где проходят лечение участники спецоперации в Украине, состоялась творческая встреча секретариата Союза писателей России во главе с его председателем правления, участником войны в Афганистане и других локальных военных событиях, офицером-десантником Николаем Ивановым.

Для общения с аудиторией ведущей встречи Н.Иванов нашёл точные и верные слова и сразу стал побратимом для всех тех, для кого и была задумана эта встреча. Он рассказал об истории создания только что изданной серии книг «Воины России», где писатели со всей страны, а также из Донецкой и Луганской народных республик под эгидой Союза писателей России объединились в едином творческом порыве и создали страницу в истории отечественной поэзии, посвящённую подвигу российских солдат и офицеров, выполняющих сегодня важную задачу.

Закономерно, что в сборниках представлены и всем известные и любимые произведения поэтов-фронтовиков, рождённые в самом горниле Великой Отечественной войны. Эта поэтическая перекличка – символ и знак времени.

На встрече так же выступили член правления Сою-

Рядом с нами

Когда слово лечит и вдохновляет



Творческий десант

за писателей России Виктор Кирюшин, секретарь союза и член правления Московской городской организации

СПР Нина Попова, поэтесса Любовь Берзина и заместитель председателя Донецкого отделения межрегионально-

го союза писателей Елизавета Хапланова.

В финале встречи прозвучал

фрагмент из обращения писателей России к командирам и бойцам, участвующим в спецоперации в Украине: «Мы рядом и вместе! Можете считать, что наши сердца – на острие ваших атак. Мы отныне и навсегда летописцы вашего подвига и вашей самоотверженности».

После мероприятия бойцы и писатели не сразу расхолись, им никак не хотелось прерывать неформальный, но содержательный разговор, в котором были затронуты многие вопросы, волнующие всех.

Как сообщил корреспонденту «МГ» Н.Иванов, писательские десанты в госпиталя Минобороны России пройдут по всей стране.

Верится и в возможность осуществления ещё одной инициативы Союза писателей России, – выступить в «горячих» точках на территории Украины, Донецкой и Луганской народных республик. Эти выступления – продолжение традиций фронтовых агитбригад времён Великой Отечественной войны, они нужны и важны всем: писателям, воинам, читателям будущих информационных сообщений и произведений участников этих поездок.

Первым наглядным примером успешной реализации этого проекта стало выступление писателей в Военном клиническом госпитале в подмосковном Подольске.

Владимир КОРОЛЁВ,
соб. корр. «МГ».

Наши коллеги

А пациент-то «ненастоящий»!



Как и все хирурги со стажем, я неисчислимо раз слышала слово «спасибо» от своих больных за проведённую операцию, и только один раз меня горячо благодарили за... невмешательство.

Предшествующий этому забавный случай произошёл в хирургическом отделении нашей железнодорожной больницы в очень непростое время – в начале 80-х годов, когда не хватало санитарок и медсестёр, зато работы – хоть отбавляй. За дежурную смену, которая составляла сутки, приходилось порой выполнять по 7-8 аппендэктомий, пациенты шли буквально потоком. Если выпадала дежурная ночь с подобной нагрузкой, то к утру вся операционная бригада еле на ногах держалась.

Вот и представьте, что такая неспокойная ночь уже почти на исходе, шесть утра, светает, а у нас остался ещё один пациент с острым аппендицитом, и мы все после очередной операции ждём, когда же, наконец, его привезут в операционную. И два врача ждут (одна из которых я), и анестезиолог с анестезисткой, и операционная медсестра, а его всё нет и нет. И тут сестра-анестезистка Вера Окунева не выдерживает: «Ну, сколько же можно ждать, сейчас я их потороплю!». И действительно, поторопила. Подали больного, подключив наркоз, ввели его в состояние сна, и от анестезиолога поступила отмашка: можно начинать!

Но тут я вижу, что операционное поле не подготовлено – пациент не побрит. Вся уставшая бригада возмущена и призывает к ответу постовую сестру, которая должна была готовить мужчину к операции. Но изумлённая сестра, отвергая наши обвинения, отвечает, что она точно обихаживала станком паховую область тела больного. Мы все дружно смотрим на живот, где отсутствуют какие-либо признаки выбритости, и тут я, которая уже разговаривала с пациентом до операции в приёмном покое, поднимаю глаза выше и понимаю, что вижу на операционном

столе совершенно другого человека. «Позвольте, – говорю, – но ведь это же не тот больной! Вера Ивановна, где вы его взяли?».

Выяснилось, что она пришла в палату и спросила, где пациент, которого сейчас должны оперировать. Ей ответили: в туалете. Она дождалась, когда оттуда вышел мужчина, и взяла его в оборот: «Ну, что же вы так долго, пойдёте быстрее, вас ждут в операционной!». Надо так надо, слово человека в белом халате – закон, и законопослушный гражданин, ни словом не возразив, спокойно последовал за медицинской сестрой в оперблок. При этом он находился в стационаре по поводу почечной колики: благополучно вышел камешек, и завтра его уже собирались выписать на амбулаторное лечение. Но особенно всех нас поразило тот факт, что «ненастоящий» пациент, перед тем как войти в операционную, расписался в согласии на операцию.

Проводя тогда «разбор полётов», мы пришли к выводу, что с больным перед операцией обязательно должен побеседовать не только оперирующий врач, но и анестезиолог. И приниматься в операционную он должен только из рук постовой сестры, которая готовит к оперативному вмешательству. Общение с пациентом и до операции, и после неё имеет в нашей работе очень большое значение особенно сейчас, когда с каждым годом расширяются диагностические возможности, но при этом всё меньше времени остаётся на непосредственное общение с тем, кого лечишь. Тенденция странная, особенно для нас, представителей старой школы, где учили врачевать не болезнь, а больного.

Пациента нам, конечно, заменили. Это действительно оказался мужчина из той же палаты, но уже бритый... С тех пор, когда в неформальной обстановке заходит разговор о былом, я уже не сомневаюсь, что кто-нибудь из нас в очередной раз вспомнит об анекдотическом случае с подменой больного...

Валентина ПЕРОВА,
заведующая хирургическим отделением
клинической больницы «РЖД-Медицина»
Комсомольска-на-Амуре,
почётный железнодорожник.

Хабаровский край.

Письмо в редакцию

Фамилию Поздняковой хорошо знают мои земляки, которые лечились или лечатся от туберкулёза: Екатерина Григорьевна, полвека «оттрубившая» в краевом клиническом фтизиопульмонологическом центре, когда-то возвратившая радость жизни и мне, – один из лучших рентгенологов в Забайкалье.

вязанность к прежде нелюбимой специальности.

Рентгенодиагностика базируется на использовании замечательного свойства рентгеновских лучей. Недаром наставница моей героини врач Клавдия Лоскутникова называла рентгенологическое исследование «прижизненным вскрытием без ножа». Чтобы

Она вскрывает с блеском без ножа



...Последствия всем известной пробы Манту она, как и многие, впервые увидела, посещая детский сад. На месте пробы волшебным образом образовалась «пуговка». Катя была в восторге! Позвала сосед-

скую ребятню: «Хотите такую же?». Взяла стёклышко, им резала-царапала кожу доверчиво протянутых ручонки, а синим химическим карандашом делала реакции. Один из «пациентов» после её опытов попал на больничную койку, за что девочке сильно влетело. Катя же с тех пор на всю жизнь заболела... медициной.

Когда окончила школу, то подала документы «на врача», но поступить в вуз не удалось. Через год бросила все силы на подготовку – и прошла по конкурсу! Кадровик городского противотуберкулёзного диспансера, оформляя выпускницу мединститута фтизиатром, утаил, что она идёт на место человека, который находится в декретном отпуске. В итоге через два месяца декретница вышла, а молодой специалист осталась без работы. Начальство поразмыслило и распорядилось выучить её на рентгенолога.

Как делилась со мной воспоминаниями Екатерина Григорьевна, внутри себя она тогда бунтовала: всегда предпочитала живое общение с пациентами, а тут, надо же, «навесили» рентгеноскопию, что предполагает неотлучно находиться перед флуоресцирующим экраном, в одиночку рассматривать изображения в тёмной комнате. Сидеть часами одной в темноте ей ой как не хотелось... Но съездила, отучилась, начала работать, и в последующем возникла глубокая при-

водить такие «вскрытия» и давать компетентные заключения, надо в полной мере владеть информацией о физическом строении и свойствах рентгеновского излучения, о допустимых методах его использования, знать вверенную рентгенодиагностическую аппаратуру, уметь читать полученные снимки.

Хотя разве Екатерина Григорьевна имеет дело только со снимками? «Все годы я подчиняюсь выработанному самой же правилу: ознакомилась с историей болезни, но грызут сомнения в безошибочности поставленного диагноза – вызови пациента, побеседуй», – говорит заслуженный работник здравоохранения Читинской области Е.Позднякова.

Как-то в диспансер перевели из соматического отделения городского стационара средних лет пациента с подозрением на опухоль лёгкого. Его готовили к операции – необходимо было удалить долю органа. Принесли историю. А что писать-то? Да, спадение участка лёгкого подтверждалось рентгеновским снимком. Но при этом отражения симптоматической клиники ни за туберкулёзный процесс, ни за онкологическую патологию Екатерина Григорьевна в истории не нашла. Решила расспросить больного, пригласив его в свой кабинет. Там он и обмолвился, что незадолго до того, как начал подкашливать, ел речную рыбу и поперхнулся. Теперь всё было понятно: инородное тело, попав в бронхи, и вызвало ателектаз.

Пациент воспрянул духом, когда рентгенолог успокоила его предположением, что опухоли нет. Оперативное вмешательство доказало правоту специалиста. Фтизиохирурги разрежали лёгкое и обнаружили рыбную косточку. Оставалось только её удалить...

Ирина О.
Чита.

Про облака

Они не таяли, они ещё плывут:
Моя душа, что небо с ними вместе.
Задумаешься на бегу: вы тут?
И тут же в пустоте они воскреснут.

Их пасмурные крылья высоки,
Невыразимы (разве что глазами).
О, переменчивые маяки,
Я верно следую за вами.

Серенада

Небо звёздное в душе.
У твоей резной калитки
С балалайкой и шампанским
В недописанном венке
Из сонетов хулиганских
В фиолетовом плаще
На серебряном коне
Жду тебя –
Иди ко мне!

«У Надюши»

В этом старом доме арка,
И сиборит ветер злющий.
Кафетерий «У Надюши»,
И скамеечки вдоль парка.

На чугунных завиточках
По цветочку, по листочку,
И в моих глазах от солнца
Расплываются кружочки.

По асфальту, по брусчатке
Каблучки стучат нещадно.
Руки в тёплые перчатки:
Вот и здорово, и ладно.

Незнакомые расцветки
На овечках небосводных,
Что плывут куда-то в вечность,
Синеоки и свободны.

Бы

Сейчас бы на даче раскинуть мольберт
И рисовать всё, что видно в окне
Сквозь капли дождя на оконном стекле.

Сквозь капли дождя на оконном стекле
Плывущего неба затучевый цвет,
Плывущего неба, которого нет.

Пикник на обочине

Музей упавших звёзд, чудесные поля,
Отвесных берегов губительные скалы.
Скафандры путников, фрагменты корабля:
Всё, что осталось – этого немало.

Бескислородный микс для выхода
с орбит –

А на баллоне скетч:
«Тебе на память, детка».

Сокровенное

Переменчивые маяки

Светлана СЕРГЕЕВА



До искристых берегов
Небылицы.
А на самой на заре
Понарошку сон растает.
Стала я хаджидэрэ:
Вот бывает...

Садовая одиссея

В железных водах паруса Арго:
На встречной реёв сирен,
Итаки царь ремнём пристёгнут прочно.
Моя кифара: шесть весёлых струн,
А та, седьмая, спрятана нарочно.
Быть можно моряком: утратив слух,
Куда как проще пережить ненастье.
Хотя бывает стоит утонуть
За жизни соль и хрупкий сахар счастья.
О как же сложно выбирать себе
Насквозь веков,
Какой желать удачи:
Свои ли песни петь,
Привязанной быть к мачте,
Или в солёных волнах умереть?

О тебе

В час заката вспомни, милый,
Обо мне.
Переменчивые крылья
По весне.

Веет мальвой и каштаном
Ветерок,
Что в предчувствии тумана
Одинок.

Но когда лазурно-белый
Падал снег,
Сердце пело и звенело
О тебе.

ОБ АВТОРЕ. С.Сергеева – невролог, член Союза журналистов Москвы. Вся история её становления как врача и исследователя тесно связана с Сеченовским университетом. А журналистика стала серьёзным увлечением благодаря «Медицинской газете» и университетской многотиражке «Медицинская академия». Её поэзия – оборотная сторона повседневной рассудительности и стратегического планирования: эмоции, выточенные из слов, рифм и ритмов...

* из сочинения преподобного Иоанна Лествичника «Лествица».

Под стёклами витрин с Гималии магнит –
На карте бортовой последняя отметка.

По крыше снег ползёт послушно,
Чтобы свалиться за сарай.

Махнём на дачу!

«Всего отвергнуть»*, пренебречь.
И так, на сдачу,
От дней дождливых окрылеть –
Махнём на дачу!

Дремотой полнится сердечко:
Сон высится, как дивный град,
И ласково над ним, как свечка:
«Гори, гори, моя звезда».

14.03.03

Господь присутствует на месте сем,
а я не знала.
Душа моя по вере в голове.
За все физиологии начала
По знаниям моим воздастся мне.

Подумать думу на пенёчке
Среди поляны.
И с чашкой чая в уголке
Сидеть, как пьяной,

Я знаю, отчего печально небо.
Я объяснить могу в коленях дрожь.
Любовь моя к земному так нелепа:
Любви же не бывает! Ну и что ж...

От воздуха и от весны
Слегка дуряя:
Пропажа здешней вышины –
Кассиопея.

Все детские мечты придут
Под одеялом.
А утром – вишни расцветут:
Вся жизнь сначала.

Всё оттого, что месяц был весенний,
Закат сиял в божественной пыльце,
И облака – ленивые тюлени –
Ненужно плыли в розовом дворце...

Гори-гори

Холодной ночью жарче печка.
На бочке корка изо льда.
На подоконнике, как свечка,
Мерцает ласково звезда.

Хаджидэрэ

Всё светлее вечера,
Всё яснее сердцу данность.
Будет сниться до утра,
Что желалось.
В полуразвороте снов
Все придуманы страницы:

В окне черно, в истопке душно.
С Криуш слышать собачий лай.

СКАНВОРД

Опера Леон-кавалло	Озеро, Казах-стан	Фесса-лийский герой	Одежда ду-ховства	Джойс, роман	Нем. писа-тель	Фитиль, искра	Цветок	Банк. изве-щение	Роман Набо-кова	Ж/д путь	Сторона тела	Сплош-ной покров	Фили-грань
Город, Коми	Узел-ковое письмо, Перу	Магни-тотвер. сплав	Жираф	Лосось	Арбу-зов, пьеса	Снеж-ный обвал	Капуста	Закон-дат. акт	Марме-лад	Устар. единица яркости			
Лох (дерево)	Автор балета "Сок-рат"	Монета, Др. Рим	Расточ-итель	Жирф	Галан-тамин	Нота	Пузыр-чатая масса						
Дважды по 150	Часть света	Авария	Госу-дарство	Сопри-косно-вение	..., как рыба	Изучает орга-низм	Мелкий торго-вец						
Автор Валерий Шаршуков	Звезда, Центавр		Пшени-ца	Сотка	Запол-нитель бетонов	Лодка, Хейер-дал							

С Л П Б
У А Н И Д О Г Л А Н С И Н
Х Л О Р Р О Т А О Е Х
Л Г Р О Б Р А Д А Р О Ф О Т О Н С О Л О
К А М А Г Е Р Б К В А Р В А Р Д А З О Л И К
У О С Р У П А С К Б А Р А К М А Н Т
Р А Х И Т М У З А М У М У
С Е О Д А Р Ц Ы И Д О Л
Р О Й Н А Н И В И Т А Р А

Ответы на сканворд, опубликованный в № 22 от 08.06.2022.

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

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

Справки по тел.: 8 (495) 608-86-95. Рекламная служба: 8 (495) 608-85-44.
 Отдел изданий и распространения: 8-916-271-08-13.
 Адрес редакции, издателя: 129110, Москва, ул. Гиляровского, 68, стр. 1.
 E-mail: mggazeta@mgzt.ru (редакция); rekmedic@mgzt.ru (рекламная служба); inform@mgzt.ru (отдел информации); mg.podpiska@mail.ru (отдел изданий и распространения); medgazeta72@mail.ru (электронная подписка); www.mgzt.ru
 ИНН 7702394528, КПП 770201001, р/с 40702810338000085671, к/с 30101810400000000225, БИК 044525225 ПАО Сбербанк г. Москва

Отпечатано в ОАО «Московская газетная типография».
 Адрес: 123022, Москва, ул. 1905 года, д. 7, стр. 1
 Заказ № 1582
 Тираж 13 940 экз.
 Распространяется по подписке в Российской Федерации и зарубежных странах.

