

В большой стране понятие «доступность медицинской помощи» не может иметь единых параметров ни в организационном, ни в финансовом смысле.

Стр. 4-5

Гендерная идентичность – это не биология, это психология в чистом виде. Биологического субстрата небинарности не существует, она не определяется генетикой.

Стр. 6

На Федеральный антитабачный закон № 15-ФЗ возлагались большие надежды по оздоровлению населения России. Оправдались ли они?..

Стр. 7

Новые подходы

Семья роботов в помощь семье врачей

Как работают цифровые организаторы здравоохранения



Уже ставший знаменитым новосибирский голосовой робот Николай – цифровой ассистент на основе искусственного интеллекта, который работает в здравоохранении региона – расширяет свой функционал. С 15 июля робот Николай по телефону напоминает жителям Новосибирской области о необходимости пройти ревакцинацию против COVID-19.

В региональном Минздраве пояснили, что цифровой помощник будет ежедневно оповещать несколько тысяч человек, которые переболели COVID-19 или вакцинировались полгода назад. Списки абонентов для Николая также автоматически формирует единая региональная медицинская информационная система. Напоминать о прививках необходимо даже несмотря на то, что сегодня ситуация с заболеваемостью и летальностью от коронавирусной инфекции относительно спокойная, – повторения пиковых значений пандемии никто не хочет.

Далее, говорят в Минздраве, роботу Николаю поручат проактивно уведомлять о том, что пришло время

Теперь сотрудников кол-центра разгрузит робот

ревакцинации, тем, кто сам набирает номер единой регистратуры 122 для записи на приём к врачу. Это позволит существенно увеличить информирование населения региона.

Совместное детище Министерства цифрового развития и связи и Министерства здравоохранения Новосибирской области – цифровой ассистент Единой регистратуры 122 робот Николай – был признан одной из лучших в России отечественных разработок по интерактивному взаимодействию с гражданами. Поскольку сервис показал себя как удобное, доступное и востребованное решение, которое помогает людям, экономит их время, делает процесс получения медицинской помощи проще и быстрее, робота Николая задействуют также в многофункциональных центрах. Таким образом, сегодня голосовой помощник обслуживает все основные многоканальные номера телефонов, связанные с госуслугами и здравоохранением: проводит мониторинг состояния пациентов с коронавирусом, консультирует по COVID-19 и записывает людей на приём к врачу, также он «отвечает»

по телефону горячей линии Министерства труда и социального развития Новосибирской области. За 2021 г. робот Николай принял более 3,1 млн звонков. По итогам 2022 г. их количество будет больше.

Важно отметить, что благодаря помощи робота Николая существенно снизилась нагрузка на кол-центр единой регистратуры области. Цифровой ассистент обслуживает около 20% поступающих звонков. А другой голосовой робот – Ксения – на 95% разгружает участков терапевтов. Она проводит автоматический дистанционный контроль за пациентами с коронавирусом, которые лечатся амбулаторно. Ксения ежедневно обзванивает больных по мобильным телефонам и опрашивает их о самочувствии. Когда пациент произносит особые «тревожные» слова, информация об этом поступает врачу и тот связывается с больным напрямую. Вот так «семья» голосовых ассистентов оказалась членом команды медработников.

Елена ЮРИНА.

Новосибирск.

Итоги

Конкурс завершён. Продолжение следует?

Центральная конкурсная комиссия Минздрава России подвела итоги Всероссийского конкурса «Лучший врач года-2022». Как подчеркнул председатель комиссии министр здравоохранения РФ Михаил Мурашко, цель конкурса – определить в разных областях медицины лидеров, которые показали наивысшие достижения в своей работе. Это важно потому, что лучшие специалисты, бесспорно, заслуживают общественного признания, а публичная высокая оценка их достижений способствует повышению престижа врачебной профессии в целом.

Всего на конкурс в этом году было подано 455 заявок. Экспертное сообщество определило лучших специалистов по 26 врачебным профилям, лучших руководителей медицинских организаций, лучших сельских врачей и лучших военных врачей. В каждой из этих номинаций определены три лауреата, занявшие, соответственно, первое, второе и третье призовые места.

Кроме того, названы главные герои премии «Призвание» в номинациях «За проведение уникальной операции, спасшей жизнь человека», «За создание нового метода лечения», «За создание нового метода диагностики», «За создание нового направления в медицине», «За вклад в развитие медицины, внесённый представителями фундаментальной науки», «За медицинскую помощь пострадавшим во время

войн, террористических актов и стихийных бедствий» и «За верность профессии».

В ближайшее время списки лауреатов Всероссийского конкурса «Лучший врач года-2022» будут опубликованы в «МГ».

Справедливости ради напомним, что Всероссийский конкурс врачей проводится с 2001 г., его инициатором стала именно редакция «Медицинской газеты». Тогда идею журналистов поддержали Профсоюз работников здравоохранения РФ и Минздрав России. В первые годы «соревнования» проводилось всего по 11 номинациям, но сам конкурс был очень популярен, чего, к сожалению, не скажешь сегодня. Ещё в 2020 г., несмотря на начало пандемии коронавирусной инфекции и связанные с этим организационные сложности, в конкурсе «Лучший врач года» приняли участие 60 российских регионов. Спустя два года количество субъектов РФ, выразивших желание представить и тем самым поддержать наиболее ярких своих представителей медицинских специальностей, сократилось на треть – до 40. При таком темпе снижения числа регионов-участников будущее конкурса под большим вопросом. Между тем в своей ежедневной работе российские врачи достигают порой невероятных высот, и очень важно показывать эти достижения, выражая тем самым благодарность государства и общества людям самой гуманной профессии.

Ирина БАЖЕНОВА.

ИЗ ПЕРВЫХ УСТ

Александр ЛИЛА

Директор
НИИ ревматологии
им. В.А.Насоновой,
член-корреспондент РАН:

Анализируя сегодня всю ситуацию с коронавирусом, понимаешь, что произошла актуализация ревматологии как специальности и налицо оказалась востребованность тех знаний, которые были накоплены ревматологами в течение последних 22 лет.

Стр. 11



Новости

Оспа обезьян уже в России

В стране подтверждён первый случай оспы обезьян. Об этом сообщили в Роспотребнадзоре. По данным ведомства, вирус был завезён молодым человеком, вернувшимся из Европы. В лечебное учреждение он обратился по поводу характерной для оспы обезьян сыпи.

«Заболевший изолирован и находится в медицинской организации инфекционного профиля. Болезнь протекает в лёгкой форме. Угрозы для жизни пациента нет. Круг контактов заболевшего в период пребывания в России был ограничен. В квартире проживал один», – отмечается в сообщении.

В июне Роспотребнадзор опубликовал рекомендации, согласно которым людям, которые контактировали с больным оспой обезьян, следует быть изолированными в течение 21 дня на основании риска в зависимости от степени контакта.

Андрей ДЫМОВ.

Действовать системно

Группой учёных под руководством заведующей кафедрой гигиены педиатрического факультета Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И.Пирогова, главного специалиста по гигиене детей и подростков Минздрава России, доктора медицинских наук Ольги Милушкиной создана и получила государственную регистрацию база данных «Физическое развитие детей, подростков и молодёжи Российской Федерации в 2000–2021 гг.»

Использование включённых в базу данных позволит разработать системные решения по анализу условий формирования здоровья детского населения в России и стратегии государственной политики развития демографического потенциала страны.

«Это был огромный проект со множеством участников, – говорит Ольга Юрьевна. – Он объединяет данные научных школ высших учебных заведений и научных организаций РФ, которые на протяжении 20 лет участвуют в исследовательской деятельности по изучению морфофункциональных показателей детей и подростков. Нашей целью были оценки нормирования, установления закономерностей физического и биологического развития подрастающего поколения, выявления ведущих факторов риска, влияющих на их рост и развитие».

Иван АЛЕКСАНДРОВ.

Следуя традициям

В Йошкар-Оле состоялось торжественное открытие мемориальной доски доктору медицинских наук, профессору, заслуженному врачу РФ и Республики Марий Эл Виктору Севастьянову.

Более полувека своей жизни Виктор Викторович посвятил марийскому здравоохранению. Более 20 лет он возглавлял Центр патологии речи и нейрореабилитации в столице республики.

Виктор Викторович разработал и внедрил в практику высокие медицинские технологии в лечении больных с патологией речи, нарушением высших психических функций, нейросенсорными и двигательными нарушениями. Он имеет 5 авторских свидетельств на изобретения, 9 патентов в ФРГ, Франции, Швеции, США, Японии, Великобритании, Дании и Нидерландов, более 82 научных работ и учебных пособий. Его имя среди 15 тыс. имён ведущих учёных РФ занесено в энциклопедию «Лица России».

Благодаря его работе информация о центре патологии речи стала известна в разных уголках мира. К нему приезжали на лечение пациенты, которые именно его считали своей последней надеждой.

– Виктор Викторович был настолько ярким примером истинного врача, преданного своей профессии, что свет его личности будет ещё долго освещать наш путь, – сказала на торжестве главный врач центра И.Михайловская. – Его имя, бесспорно, вписано золотой строкой в историю марийского здравоохранения. Коллектив центра старается следовать славным традициям, заложенным им, и хранить светлую память об основателе центра, высочайшем профессионале и добром человеке, оставившем незабываемый след на земле.

Ольга БИРЮЧЁВА.

Республика Марий Эл.

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

Тенденции

Проверка перед отпуском

Новоуренгойцы прошли выездное профилактическое обследование

Специалисты Ямальского центра общественного здоровья и медицинской профилактики организовали выездное обследование в Новом Уренгое. Мобильная бригада работала на железнодорожном вокзале. Диагностику, которая занимала не более 30 минут, могли бесплатно пройти все желающие.

Обследование прошли 43 человека. Медики провели скрининг сердца и сосудов, определили состав тела, измерили артериальное давление, насыщение крови кислородом, уровень глюкозы и холестерина в крови, оценили другие важные показатели.

По итогам обследования каждого проконсультировал терапевт, который дал необходимые рекомендации по оздоровлению, заполнил «Карту здорового образа жизни». Обследованные также получили буклеты и памятки, разработанные сотрудниками центра специально для жителей северных широт.

– Цель подобных выездов – не только провести профилактическое обследование, выявить факторы риска развития заболеваний, но и повысить медицинскую грамотность северян, – отмечает главный врач центра Сергей Токарев. – К примеру, уже не раз к нам на приём приходили люди с гипертоническим кризом: на фоне мни-



мого благополучия давление «зашкаливало». Бывали случаи, когда уровень глюкозы в крови превышал норму в несколько раз, что чревато гипергликемической комой. Таким пациентам наша бригада оказывает экстренную помощь и направляет на госпитализацию. Мы советуем всем, кто отправляется на отдых, обязательно проверить своё здоровье. Ведь организму приходится адаптироваться к другим климатической зоне и часовым поясам. Сама по себе поездка – уже стресс: учащается сердцебиение, повышается артериальное

давление. Не стоит забывать и про COVID-19, даже если человек переболел легко. Коронавирус – одна из значимых причин развития серьёзных заболеваний сердечно-сосудистой системы, вплоть до ишемического инсульта и острого коронарного синдрома. Мы советуем всем северянам серьёзно отнестись к своему здоровью и пройти диагностику, даже если ничто не беспокоит.

Александр МЕЩЕРСКИЙ.

Ямало-Ненецкий автономный округ.

Опыт

На пути к улучшению эффективности лечения

Лучшие специалисты России по ультразвуковой бронхоскопии и эндоскопическим исследованиям желудочно-кишечного тракта из московских институтов провели мастер-класс для омских врачей по работе с крайне сложными случаями злокачественных новообразований. Для этого был подобран как раз такой случай – в одном из лёгких пациента опухоль располагалась в неудобном для врачебных манипуляций месте, глубоко внутри бронхиального дерева.

– С помощью тончайшего ультразвукового бронхоскопа мы нашли патологический очаг, сделали его пункцию, а затем ещё и криобиопсию, – рассказал о подробностях процедуры заведующий эндоскопическим отделением Клинического онкологического диспансера Михаил Рахвалов. – Это совершенно новый метод, который в Омске используют впервые, такое

оборудование есть только в нашем диспансере.

Этот же метод, по словам специалистов, может быть использован для увеличения просвета бронхиального дерева в случае, если опухоль закрывает этот просвет. В итоге после манипуляций были взяты два фрагмента опухоли, которые отправили на гистологическое исследование. Патоморфологи определили тип новообразования, что прояснит дальнейшую тактику лечения.

– Раньше диагностировать такую опухоль можно было только вскрыв грудную клетку, – пояснил главный врач диспансера Дмитрий Маркелов. – Это повлекло бы за собой проведение двух операций – диагностической и непосредственно по удалению новообразования. Теперь же, с появлением нового оборудования, специалисты могут проводить такие диагностические манипуляции, о которых мы раньше могли только мечтать.

Проведение таких исследований стало возможным благодаря нацпроекту «Здравоохранение», в рамках которого в онкодиспансер поступили аппарат для криобиопсии и новые ультратонкие бронхоскопы. И, конечно, неоценимую помощь оказали московские коллеги, которые поделились опытом работы на новейшем оборудовании, – заведующий отделением эндоскопии Центра диагностики и реабилитации заболеваний органов дыхания НИИ туберкулёза кандидат медицинских наук Илья Сивокосов и заведующая эндоскопическим отделением НМИЦ онкологии им. Н.Н.Блохина Минздрава России профессор Ольга Малихова. Мастер-классы именитых врачей позволили не только освоить уникальный метод, но и «отшлифовать» практические навыки работы на аппаратах в команде.

Татьяна БЕРЕЗОВСКАЯ, соб. корр. «МГ».

Омск.

100 строк на размышление

В учебных планах медицинских вузов очень мало часов уделяется основам права, конфликтологии, да и психологии. Между тем время требует лучшей подготовки в данном направлении. Неслучайно сейчас самый большой запрос со стороны врачей на организацию семинаров именно по юридической грамотности.

Вижу эту жажду воочию: всякий раз, когда проводятся крупные научно-практические мероприятия, в их рамках на секции, посвящённые правовым вопросам, собирается масса слушателей. И объясняется это не только страхом перед возможными рисками возбуждения судебных дел (число которых год от года растёт), желанием себя обезопасить, но и стремлением научиться находить общий язык с теми, кто тебя окружает в профессиональной среде.

Не доводите ситуацию до предела

«Врач должен уметь общаться с пациентом, – подчёркивают юристы. – А если уж возникает конфликтная ситуация, то стараться улаживать всё на самых ранних этапах». И впрямь от умения поговорить с пациентом зависит дальнейшее развитие событий.

Приведу пример из жизни столичной поликлиники. Был самый разгар пандемии. Многих врачей перевели работать с ковидными больными. На весь этаж остался один терапевт и пара узких специалистов. Пациенты, записывавшиеся на приём заранее, упирались в закрытые двери кабинетов. Ничего не понимая, разсыпались хоть когнибушь в белом халате, чтобы получить информацию. Оказалось, что в

конце длинного коридора на стенке висит листок с указанием, где кто принимает, что, например, доктор Иванова ведёт приём не в своём кабинете, а в кабинете Сидоровой. А Петровой вовсе не будет в связи с тем, что она заболела. В итоге пациенты, не оповещённые заблаговременно о болезни доктора, собрались возле приёмной заведующей поликлиникой, терпеливо ожидая разрешения своего вопроса. Кто-то тихо роптал, делясь с соседом проблемами, кто-то просто молчал. Несколько напряжённый, но всё же относительно спокойный ход событий нарушила грузная пожилая пациентка. Узнав, что все сидят в очереди к заведующей, а той нет на месте (время было обеденное),

она заглянула в административный блок, поинтересовалась, когда придёт начальство. Услышав невразумительный и, прямо скажем, не очень вежливый ответ (дескать, закройте дверь, ждите), вытащила смартфон и со словами: «Ну, я вам покажу! У меня давление 220, а я вынуждена бегать, выяснять примут ли меня» начала звонить в Департамент здравоохранения города. Тот разговор слышали все окружающие. Атмосфера накалялась. Собравшиеся возбудились: «Никому мы не нужны». Шум поднялся такой, что из соседних кабинетов начали просить успокоиться. Взрыв эмоций не утих и с появлением заведующей, которая, увидев толпу у входа, тоже, видимо,

завелась и разговор начала на повышенных тонах. Резко обозначились две, мягко говоря, не слишком расположенные друг к другу стороны. К счастью, обстановку разрядил подошедший немолодой пациент с хорошим чувством юмора. Нескольких его слов оказалось достаточно, чтобы снять напряжение. Все наконец услышали объяснение заведующей, что врачи тоже болеют и им тоже тяжело.

Этот бытовой пример, помимо прочего, демонстрирует, как важно понимание, умение не доводить ситуацию до предела, за которым чувства доминируют над разумом.

Валентина ЕВЛАНОВА, корр. «МГ».

Перемены

В плановый режим

Минздрав России в очередной раз изменил приказ № 198н, принятый в марте 2020 г. для организации медпомощи во время эпидемии COVID-19. Теперь ведомство на фоне отмены эпидемиологических ограничений и снижения заболеваемости рекомендовало регионам вернуть все перепрофилированные стационары к оказанию плановой помощи и перевести пациентов в монопрофильные специализированные учреждения.

Изменения также коснулись санаторно-курортных медицинских организаций. Временный порядок приёма пациентов, при котором россияне должны были предоставлять справки об отсутствии контакта с инфицированными людьми, отменён. Сами работники санаториев теперь не обязаны проводить пациентам и сопровождающим лицам термометрию, пульсоксиметрию и врачебный осмотр.

Поправки стали логическим продолжением политики Роспотребнадзора по снятию основных коронавирусных ограничений в июле. По данным ведомства, недельный показатель заболеваемости «снизился более чем в 64 раза (с максимального 907,6 в середине февраля до текущего 14,06) и находится на минимальных значениях с начала пандемии». В то же время ВОЗ прогнозирует очередную волну пандемии в Европе, одним из факторов которой считается снятие ограничительных мер.

Федеральный Минздрав выпустил приказ № 198н в середине марта 2020 г. С того времени

в профильный документ было внесено множество изменений и дополнений. Изначально срок действия приказа ограничивался 1 января 2021 г., но он продлевался в декабре 2020 г. на 2 года и в декабре 2021 г. до 1 января 2023 г.

Как известно, в феврале 2022 г. Минздрав России и Роспотребнадзор внесли несколько ключевых изменений в ведомственные нормативные акты, регулирующие организацию медпомощи пациентам с новой коронавирусной инфекцией, и санитарно-эпидемиологические правила. Например, на федеральном уровне теперь закреплена возможность дистанционного подтверждения диагноза COVID-19 людям с подозрением на инфекцию, стало возможно заочно закрыть больничный лист (в январе такую практику внедрили в Москве), а для контактировавших с больными отменена обязательная самоизоляция. В 2020-2021 гг. в общей сложности были анонсированы стройками и анонсами достигли 150 млрд.

В то же время министр здравоохранения РФ Михаил Мурашко отметил влияние пандемии новой коронавирусной инфекции на отрасль и раскрыл некоторые планы по развитию отечественного здравоохранения. Глава федерального Минздрава заявил о необходимости восстановления «допандемийных» объёмов оказания медпомощи, сообщил,

что около 59% медиков получили специальные выплаты за борьбу с COVID-19, и анонсировал запуск в июле 2022 г. аналитической системы, которая на основе данных ЗАГС будет отслеживать причины смертности населения по регионам и позволит оценивать эффективность работы врачей.

По словам М. Мурашко, всего на данный момент в России трудится около 2,2 млн медработников, 1,3 млн из них получили спецвыплаты за борьбу с COVID-19, начисляемые в разном виде и размере с апреля 2020 г. В пиковый период заболеваемости в борьбе против инфекции были задействованы порядка 600 тыс. медработников. Чтобы выплатить премии, правительство направило несколько траншей из федерального бюджета, последний из которых – 68,56 млрд руб. – был выделен в октябре 2021 г.

Доплаты врачам, среднему и младшему персоналу, водителям «скорых» и членам летных экипажей воздушных судов санитарной авиации действуют пока до конца 2022 г., но в связи с падением заболеваемости инфекцией, а также ростом числа людей, болеющих амбулаторно, объёмы выплат в первой половине 2022 г. существенно сократились.

Как раз на фоне отмены эпидемиологических ограничений и снижения заболеваемости М. Мурашко призвал восстановить «отложенные» на фоне пандемии коронавируса объёмы медицинской помощи. Особое внимание глава ведомства обратил на пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями и нуждающихся в помощи травматолого-ортопедического профиля. Кроме того, он отметил, что министерство увеличило объёмы высокотехнологичной помощи для лечения сердечно-сосудистых заболеваний.

Леонид ПОЛЯКОВ.

Решения

Профессия бывает чревата

Правительство РФ утвердило порядок расследования и учёта случаев профессиональных заболеваний медицинских работников. Он вступит в силу с 1 марта 2023 г. Постановление № 1206 от 05.07.2022 опубликовано на официальном интернет-портале правовой информации.

Согласно документу, расследование и учёт проводятся в отношении острого или хронического профессионального заболевания при исполнении работником трудовых обязанностей или выполнении какой-либо работы в рамках трудовых отношений с работодателем. Также работник имеет право на личное участие (или через представителей) в расследовании возникшего у него профессионального заболевания.

При установлении предварительного диагноза «острое профессиональное заболевание» медицинское учреждение будет обязано в течение суток направить извещение об этом в органы государственного санитарно-эпидемиологического надзора. В свою очередь, они должны в течение суток со дня получения извещения приступить к выяснению обстоятельств и причин возникновения заболевания, опросить пострадавшего и свидетелей, а также направить запрос работодателю. В течение 2 недель должна быть составлена санитарно-гигиеническая характеристика условий труда. Чтобы установить связь заболевания с профессией, работника направляют на экспертизу для установления заключительного диагноза.

Борис ЕФИМОВ.

Подходы

Прикрепиться на портале Госуслуг

Жители Тюменской области теперь могут прикрепиться к поликлинике онлайн, не выходя из дома. Нужно лишь быть зарегистрированными на портале Госуслуг. Об этом сказала руководитель Медицинского информационно-аналитического центра Галина Попова.

Для этого необходимо на портале Госуслуг, в личном кабинете найти раздел «Здоровье», выбрать опцию «Прикрепиться к поликлинике».

Те же действия нужно совершить в случае, если необходимо сменить поликлинику и прикрепиться к другой. Менять поликлинику можно не чаще одного раза в год (исключение – только в случае переезда и наличия документа, подтверждающего смену места жительства или при ликвидации страховой компании).

Обмен документами между медицинскими учреждениями происходит без участия пациента.

Ольга БОЛОТОВА.

Тюменская область.

Инициатива

Центростремительные предложения

Российские медицинские и фармацевтические вузы направили в Государственную Думу РФ предложение наделить Рособнадзор вместо регионов полномочиями по лицензированию деятельности образовательных организаций, которые проводят обучение по дополнительным профессиональным программам. Такими организациями, как посчитали в Совете ректоров медицинских и фармацевтических высших учебных заведений, могут быть только те, где уже проводится обучение по программам высшего или среднего медицинского образования, то есть медицинские вузы, колледжи и академии.

В ассоциации уверены, что в иных организациях, не обучающих студентов по основным программам, нет необходимых материально-технических ресурсов и кадровой базы. Регионы пока могут выбирать и лицензировать такие организации сами. «Как следствие, любое юридическое лицо, получившее лицензию на образовательную деятельность по дополнительным профессиональным программам, получает право реализовывать такие программы при отсутствии необходимых материально-технических ресурсов и кадрового потенциала в медицинской и фармацевтической сфере деятельности», – считают адресанты.

Помимо этого, ассоциация предложила исключить из Федерального закона № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» понятие «медицинская услуга», заменив его понятием «медицинская помощь».

Одна из причин, по которой совет хочет забрать полномочия по выдаче лицензий на обучение у регионов и централизовать этот процесс, – большое количество частных поставщиков, которые значительно занижают цены по сравнению с «крупными» игроками рынка, при том, что в таких компаниях страдает качество образования. В 2021 г. медучреждения субъектов разместили в ЕИС более 1,2 тыс. закупок на услуги с предоставлением часов обучения для НМО, чья совокупная начальная стоимость превысила 321 млн руб. При этом итоговая сумма контрактов была значительно меньше – 124 млн руб.

Дополнительно медицинские и фармацевтические работники проходят курсы повышения квалификации, участвуют в конференциях и форумах, зарабатывая образовательные часы для прохождения периодической аккредитации и получения более высокой квалификации. Минздрав, несмотря на предложения Национальной медицинской палаты и федеральных экспертов, определил 5-летнюю норму в 144 часа (вместо 250) образовательной активности.

Игорь КОРАБЛЁВ.

Ориентиры

Хирурги Национального медицинского исследовательского центра детской гематологии, онкологии и иммунологии им. Дмитрия Рогачёва провели операцию по удалению множественных метастазов в брюшине из минимально инвазивного доступа с гипертермической химиоперфузией брюшной полости.

У 17-летнего подростка из Улан-Удэ была эмбриональная рабдомиосаркома правого яичка. Он был госпитализирован в центр им. Дмитрия Рогачёва в тяжёлом состоянии. Как пояснил заведующий отделом торакоабдоминальной хирургии центра Дмитрий Ахаладзе, лапароскопически были выполнены перитонэктомия и гипертермическая химиоперфузия брюшной полости ребёнку с саркоматозом брюшины.

По словам специалиста, пациенты с таким распространением опу-

Максимальный эффект минимальным доступом

холи раньше считались неизлечимыми. Существовало мнение, что оперировать их нецелесообразно, так как невозможно радикально удалить все метастазы. Позже появилась методика, благодаря которой пациентам хирургически удаляют все видимые очаги, а на вероятно оставшиеся воздействуют подогретым раствором химиопрепаратов.

Ранее хирурги центра проводили подобные вмешательства из открытого доступа. С внедрением малоинвазивной методики у детей менее выражен болевой синдром после операции, они быстрее восстанавливаются и вовремя начинают химиотерапию.

Вячеслав ДАШКОВ.

Однако

Попытки суицида среди несовершеннолетних растут

Число попыток суицида среди несовершеннолетних за последние 3 года увеличилось почти на 13% (с 3253 до 3675 случаев), а повторных попыток – на 92,5% (со 188 до 362). Об этом сообщается в докладе уполномоченного по правам ребёнка Марины Львовой-Беловой за 2021 г.

По данным Следственного комитета РФ, в 2021 г. число детских самоубийств выросло на 37,4% по сравнению с 2020 г. и составило

753 случая. В 2018 г. надзорный орган зафиксировал 788 суицидов среди несовершеннолетних, в 2019-м – 737, а в 2020 г. – 548, говорится в докладе. При этом, по данным Росстата, их количество в 2020 г. составило 311, а в 2021-м – 375.

Больше всего суицидов в прошлом году, по данным Росстата, было зафиксировано в Приволжском (84), Сибирском (77) и Центральном (63) федеральных округах. Среди регионов первое место заняла Московская область

(21). Далее идут Бурятия (20) и Пермский край (15).

Генеральная прокуратура на основе анализа данных в 30 субъектах также отметила рост числа детей с суицидальным поведением, имеющих психические заболевания: в 2021 г. – 882 несовершеннолетних, по сравнению с 635 в 2020 г.

Согласно докладу омбудсмена, причинами суицидов становились: «отсутствие взаимодействия в семье, ссора, конфликты с родителями», психические расстройства ребёнка, несчастная любовь, недовольство своей внешностью, проблемы с учёбой и «влияние противоправной информации» в интернете.

Олег РОМАШОВ.

В Госдуме РФ прошёл «круглый стол» по актуальным вопросам охраны здоровья сельского населения. Речь идёт об интересах четверти населения России, причём той её важнейшей части, которая обеспечивает продовольственную безопасность страны. Организаторы встречи, видимо, хотели, заслушав экспертов, составить представление, в какой именно точке развития/упадка находится сегодня здравоохранение в сельских районах и какие его аспекты – кадровое обеспечение, зарплаты медиков, доступность помощи населению – нуждаются в законодательном регулировании.

Обмен опытом и мнениями показал, насколько не совпадают оценки, данные из Москвы, с оценками людей, которые работают на местах.

Стабильно – значит хорошо

Начался разговор, как всегда на подобных мероприятиях, «за здоровье». Заместитель министра здравоохранения России Евгений Камкин доложил о планах по реализации Федерального проекта «Модернизация первичного звена здравоохранения». В 2022 г. в целом по стране запланировано приобрести более 3 тыс. единиц автотранспорта для ФАПов и ЦРБ, что, безусловно, очень важно для повышения мобильности фельдшеров и врачей, работающих на селе. Также запланировано приобрести для первичного звена, в том числе для сельских лечебных учреждений, 32 тыс. единиц медицинского оборудования.

Инфраструктура «первички» также в центре внимания. Почти 700 ФАПов, представляющих собой быстровозводимые модульные конструкции, запланировано собрать в этом году. Честно говоря, когда плюсуешь эти цифры с тем количеством ФАПов, которые уже отстроены за последние 3 года, становится и радостно и досадно одновременно: до какого же не потребного состояния в рамках предыдущей «модернизации здравоохранения» была доведена по всей стране самая что ни на есть приближённая к жителям села медицина!

Упомянул Е.Камкин и о том, как обеспечивается доступность медицинской помощи для людей в населённых пунктах, где проживают менее 100 человек. Для них приобретаются передвижные диагностические комплексы, в условиях которых можно проводить не просто врачебный приём по обращениям, а полноценную диспансеризацию. В этом году, как обещает Минздрав, будет закуплено не менее 500 таких комплексов, что тоже радует.

Руководитель Росздравнадзора Алла Самойлова сообщила, как в масштабах страны решается задача по обеспечению сельского населения лекарствами. На сегодняшний день 84 субъекта РФ полностью завершили работу по лицензированию фельдшерско-акушерских пунктов на ведение фармацевтической деятельности. Таким образом, более 35 тыс. ФАПов в отдалённых населённых пунктах, где нет аптек, могут законно заниматься продажей медикаментов.

Не видят существенных проблем в жизни сельской медицины и в Федеральном фонде ОМС. Во всяком случае сообщение заместителя председателя фонда Ольги Царёвой было вполне умиротворяющим.

– В целом надо отметить, что за последние три года объёмы финансирования лечебных учреждений в сельской местности выросли на 10%, поэтому на сегодняшний день мы считаем, что финансовое обеспечение этих учреждений стабильное, – кратко охарактеризовала она ситуацию. Неясно осталось одно: стабильное, в понимании представителя ФФОМС, – это значит хорошее и достаточное?

А далее дискуссия пошла по ниспадающей. Первые оптимистичные выступления чиновников и представителей одних территорий сменились исполненными тревогой сообщениями из других субъектов РФ. В целом все делали акцент на двух главных проблемах сельской медицины и возможных способах их преодоления – дефиците кадров и дефиците финансовых средств.

Главная тема

Забудьте о деньгах, включите фантазию

Чиновники и практики по-разному оценивают ситуацию в сельской медицине

Загонять или прикармливать?

В апреле 2022 г. Правительство России изменило условия программ «Земский доктор» и «Земский фельдшер». Теперь, если населённые пункты, куда едет работать по договору молодой специалист, находятся на удалённых и труднодоступных территориях, то компенсации увеличиваются до 1,5 млн руб. и 750 тыс. соответственно. Для Дальнего Востока, Крайнего Севера и регионов Арктической зоны выплаты составляют 2 млн и 1 млн руб. соответственно. Но только ли в размере выплат дело?

Говоря о кадрах для первичного звена, руководитель Росздравнадзора А.Самойлова отметила: несмотря на повышение размера вознаграждения для желающих поехать на работу в село, ведомство фиксирует случаи расторжения договоров по программам «Земский доктор» и «Земский фельдшер». Основная причина – нерешённый жилищный вопрос и неразвитая инфраструктура в населённом пункте в целом.

– Надо решать кадровую задачу комплексно. Молодые специалисты сегодня хотят жить и работать в полностью благоустроенном селе, – подчеркнула глава Росздравнадзора.

Депутат Госдумы РФ Римма Утяшева предлагает не ограничивать возраст кандидатов для участия в этих программах. В роли земских докторов могли бы попробовать себя и врачи со стажем, категориями и званиями.

– Особенно ценно, если это будут хирурги, которые приедут в сельские больницы поработать. Кстати, если в сельских больницах есть врачи разных хирургических специальностей с хорошей подготовкой и опытом, то можно рассмотреть возможность перевести эти учреждения с первого на второй уровень оказания медицинской помощи, то есть доверить оказание более сложных видов помощи. Так мы и специалистов удержим, поскольку им интереснее станет работать, и для населения это будет хорошо, – считает Р.Утяшева.

Заместитель председателя Комитета Госдумы РФ по охране здоровья Сергей Леонов уверен в том, что нужно возвращаться к системе распределения выпускников. По его мнению, иными способами врачей и средний медперсонал скоро будет не найти, особенно в тех регионах, которые не очень экономически развиты.

Его коллега по комитету Олег Ивановский категорически не согласен с идеей обязательного распределения выпускников мединститута как способа решения кадровой проблемы.

– Я противник этой идеи. Мы не сможем загнать людей в село насильно. Надо, образно говоря, не крылья обрезать, чтобы не улетали, а кормить лучше, – сформулировал задачу парламентарий.

В свою очередь председатель Комитета по охране здоровья Дмитрий Хубезов заметил, что вопрос с распределением выпускников-медиков заслуживает внимания.

Судя по тому, что единого мнения нет даже внутри депутатского

сестра по уходу за больными» в медицинских колледжах, получили соответствующие удостоверения. В их функционал входит ежедневный патронаж маломобильных граждан и лежачих больных на дому, уход за ними, измерение температуры, постановка компрессов, доставка и контроль приёма лекарств. Кроме того, в рамках программы диспансеризации помощники фельдшера проводят анкетирование, измерение АД, измерение уровня

ванием, организован доступ по защищённым каналам связи к Единой государственной информационной системе в сфере здравоохранения.

По оценке Д.Хубезова, который, по его признанию, специально углублённо изучал башкирский опыт, в этом регионе всё сделано именно так, как должно быть. На всех ФАПах есть аппараты ЭКГ с функцией дистанционной передачи данных в региональный кардиоцентр. Как только специалисты



корпуса, законодательная точка в дискуссии о распределении молодых специалистов в сельские районы будет поставлена ещё нескоро.

Медик, которого избрали

Между тем все участники встречи сошлись во мнении, что в системе сельского здравоохранения ключевой фигурой является всё-таки не врач, а фельдшер, поскольку именно фельдшерско-акушерский пункт – самое главное и абсолютно необходимое медицинское учреждение в глубинке.

В то же время в России есть населённые пункты, где стационарных ФАПов нет и никогда не будет. Речь идёт о населённых пунктах, где проживают меньше 300 человек. А есть и такие, где меньше 200 и даже 100 жителей. Как обеспечить первой медицинской помощью – постоянно, а не в режиме работы мобильного ФАПа, который приезжает сюда раз в две недели – проживающих здесь людей, преимущественно пожилых, одиноких и нездоровых?

В Оренбургской области нашли решение, о чём рассказала министр здравоохранения региона Татьяна Савинова. С начала 2022 г. здесь реализуется региональный проект «Помощник фельдшера» и уже убедились в том, что этот путь верный. Суть проекта такова: в 23 населённых пунктах, где проживают менее 300 человек, местные жители сами выбрали из числа своих соседей по одному помощнику фельдшера. Ими оказались женщины в возрасте от 19 до 64 лет, которые в течение 3 месяцев проходили обучение по программе «Младшая медицинская

сахара в крови, пульсоксиметрию и передают информацию в центральную районную больницу. Они трудоустроены в ЦРБ и получают зарплату из средств ОМС как младший медперсонал.

– Что мы получили за первые полгода? Повышение охвата жителей села диспансерным наблюдением, уменьшение количества вызовов скорой помощи и, самое главное, полное отсутствие жалоб от населения, – подытоживает Т.Савинова.

Цифра в помощь

В Республике Башкортостан считают, что необходимо на законодательном уровне продолжать совершенствовать целевой приём абитуриентов в медицинские вузы, расценивая это как важную меру по привлечению и удержанию кадров в отрасли.

– Не все выпускники, получившие целевое направление на учёбу, возвращаются в те медицинские организации, к которым они прикреплены. На сегодняшний день мы проводим с 96 студентами и выпускниками претензионную работу о расторжении или перезаключении договора о целевом обучении, – сообщил министр здравоохранения республики Айрат Рахматуллин.

Пока юристы пытаются в рамках существующих регламентов призвать к ответу нечестных целевиков, Минздрав Башкортостана параллельно решает задачу развития сельской медицины путём внедрения дистанционных технологий. Так, к сети Интернет подключено 1848 ФАПов, все они оснащены компьютерным оборудо-

вывяляют по кардиограмме острый коронарный синдром, к этому больному, где бы он ни жил, немедленно выезжает «скорая» и транспортирует человека в сосудистый центр. Маршрутизация продумана так, что каждый из имеющихся в республике ангиографов установлен в 40-минутной доступности от любого муниципального образования. Более того, искусственный интеллект перемаршрутизирует эвакуацию пациента, если какой-то из ангиографов в настоящее время занят.

Проза и правда жизни

И оригинальный эксперимент Оренбурга, и опыт Башкирии заслуживают внимания. По крайней мере, в тех субъектах РФ, где внедрение подобных форм организации работы на селе возможно в силу объективных экономических, демографических, климато-географических условий. Нет универсальных решений одной задачи для всех 85 субъектов. Эксперты из разных уголков России, собравшись в Думе, пытались донести до законодательной и исполнительной властей, что если смотреть на сельское здравоохранение через призму географии большой страны, то само понятие «доступность медицинской помощи» не может иметь единых параметров ни в организационном, ни в финансовом смыслах. Таковы правда и проза жизни.

Так, для министра здравоохранения Республики Дагестан Татьяны Беляевой задачей первой величины в системе сельской медицины сейчас является не цифровизация, а обеспечение жителей села



возможностью лечить зубы. Она предлагает Минздраву, ФФОМС и Госдуме рассмотреть идею организации работы передвижных стоматологических пунктов в сельской местности.

– ФАПы не имеют стоматологических установок, между тем не у всех людей, особенно живущих в горных районах, есть возможность выезжать на лечение к зубному врачу в район или город. Наличие хорошо оснащённого передвижного стоматологического комплекса позволило бы нам завозить его в населённый пункт на неделю и за это время проводить санацию полости рта у всего населения от детей до стариков, – резонно заметил Т.Беляева.

В недавнем прошлом опытный хирург и организатор здравоохранения, а теперь депутат Архангельского областного собрания Сергей Эммануилов тоже предложил не воспринимать ситуацию с сельским здравоохранением в розовом цвете.

– Я избран от округа, где плотность населения 0,2 человека на квадратный километр. Чего греха таить, голосуя за меня, жители этих муниципальных образований питали надежды, что я смогу помочь им решить вопросы по доступности медицинской помощи. В значительной степени это удалось, но откровенно скажу: в течение последних полутора лет ситуация становится всё более и более тревожной. Что касается мобильных ФАПов, организация их работы в данном районе области невозможна в силу слаборазвитой транспортной инфраструктуры, – констатирует С.Эммануилов.

Эксперт перечислил несколько предложений, которые Архангельское областное собрание предлагает внести в действующее федеральное законодательство. В частности, изменить методику предоставления субвенций из бюджета фонда ОМС бюджетам территориальных фондов ОМС и установления для медицинских организаций индивидуальных повышающих показателей, которые учитывали бы региональные особенности: плотность населения, климатические особенности, удалённость населённых пунктов и их количество, необходимость содержать избыточные структурные объекты, в частности подразделения скорой помощи.

Согласие с коллегой из Архангельска высказал председатель Комитета по здравоохранению Алтайского краевого законодательного собрания Владимир Лещенко.

– Очень сложно работать малым районным больницам в рамках унифицированных для всей страны нормативов. Каким образом можно выполнить единый норматив нагрузки на специалиста, если они работают в разных условиях? Мы предлагаем ввести коэффициент дифференциации финансирования субъектов РФ с учётом заболеваемости в регионе и доли сельского населения, – говорит В.Лещенко.

По словам представителя региона, в Алтайском крае не только доля сельского населения велика, но и уровень онкологической заболеваемости выше среднероссийского в 1,4 раза, болезнями мочеполовой системы – в 2 раза, а в среднем по всем группам бо-

лезней – в 1,6 раза. Очевидно, что здесь другие расходы на оказание медицинской помощи. Но попытка найти понимание по этому вопросу в Совете Федерации не привела к успеху, там сочли данный аргумент сомнительным.

– Сегодня в Алтайском крае просроченная кредиторская задолженность медицинских организаций превышает 400 млн руб. В такой ситуации находятся 30 лечебных учреждений, в 26 из них нет постоянных руководителей, потому что прокуратура выносит решения об их профнепригодности. Чтобы погасить «кредиторку», сокращают расходы и штаты, из медицинских учреждений «вымывается» весь немедицинский персонал, а это вопрос жизнедеятельности больницы. Но других вариантов, чтобы вписаться в те цифры, которые планомерно доводятся как условие финансирования сельского здравоохранения, пока нет. Попытки перераспределить средства бюджета внутри региона, чтобы помочь сельским больницам, трактуются федеральными нормативными актами как нецелевое расходование средств. Это тупиковая ситуация, – обозначил масштаб бедствия В.Лещенко.

Депутат Народного хурала Республики Бурятия заслуженный врач России Светлана Будаева много лет возглавляла Гусиноозёрскую ЦРБ, поэтому предмет дискуссии ей хорошо знаком.

– Поддержу сказанное представителем Алтайского края. В основе изношенности основных фондов лечебных учреждений и низкой укомплектованности медицинскими кадрами лежит недостаточное финансирование здравоохранения. Мы предлагаем законодательно предусмотреть новые подходы к финансированию медицинских организаций первого уровня, работающих в удалённых регионах с малой численностью и низкой плотностью населения. Эти больницы необходимо содержать, чтобы сохранить доступность медицинской помощи населению этих районов. В частности, как вариант, можно перейти на сметное финансирование таких медицинских организаций. Считаем, что вопрос назрел, – обратилась С.Будаева к тем, от кого зависит принятие решений.

Назрел и вопрос о пересмотре денежного содержания фельдшерско-акушерских пунктов. Депутат Госдумы Р.Утяшева упомянула, что в Комитет по охране здоровья поступило много предложений из регионов о переводе ФАПов на бюджетное финансирование. Как вариант – можно увеличить тарифы ОМС для ФАПов и предусмотреть дополнительные субвенции.

* * *

Каким же видят парламентарии будущее сельской медицины? Какие из прозвучавших предложений лягут в основу будущих законодательных инициатив? Об этом, разумеется, сказано не было: информация требует осмысления, а возможные варианты решений – сложных согласований в разных ведомствах. Но в том, что споры будут жаркими, можно не сомневаться.

Елена БУШ,
обозреватель «МГ».

Акценты

Большой шаг вперёд

Впервые врач отделения рентгенохирургических методов диагностики и лечения Свердловской областной клинической больницы № 1 (СОКБ № 1) Дмитрий Расковалов выполнил малоинвазивное вмешательство по удалению поражённого опухоли большого дуоденального сосочка – эндоскопическую папилэктомию.

Аденома большого дуоденального сосочка была случайно обнаружена у свердловчанки ещё в 2017 г. – в ходе гастроскопии, которую она решила пройти в связи с беспокоящей её изжогой. После чего женщина и начала наблюдаться у екатеринбургских врачей. Но через несколько лет результаты исследований, которые она периодически проходила, стали говорить о том, что хоть это и доброкачественная опухоль, но уже с высокой степенью риска перехода в злокачественное образование. Кроме того, опухоль стала увеличиваться. Оценить, насколько она распространена, специалисты больницы смогли с помощью эндоскопического ультразвукового исследования.

«Все новообразования большого сосочка двенадцатиперстной кишки потенциально опасны в плане перехода в злокачественную опухоль, – говорит Д.Расковалов. – Учитывая, что, по результатам одного из последних исследований, участки новообразования, выявленного у этой пациентки, были крайне подозрительны на аденокарциному, принято решение выполнить эндоскопическую операцию по удалению большого дуоденального сосочка. В противном случае опухоль рано или поздно распространилась бы дальше. И тогда потребовалась бы операция гораздо большего объёма».

Год назад Д.Расковалов уже принимал участие в подобной опе-

рации. Но тогда он ассистировал врачу Московского клинического научного центра им. А.С.Логина Ивану Недолужко, выполнявшему эндоскопическую папилэктомию в СОКБ № 1. Теперь же уральский специалист осуществил вмешательство самостоятельно.

С технической точки зрения уда-

Высоко оценил старт применения данной методики руководитель хирургической клиники СОКБ № 1, главный хирург области и Уральского федерального округа профессор Михаил Прудков.

«Согласно последним наблюдениям, все аденомы с высокой степенью дисплазии трансформи-



ление большого дуоденального сосочка эндоскопическим способом не представляет особой сложности. Но поскольку резекция вызывает отёк в месте впадения общего желчного и панкреатического протоков в двенадцатиперстную кишку, данное вмешательство нередко приводит к таким осложнениям, как панкреатит и желтуха. Кроме того, в данном случае врачи столкнулись ещё и с таким наиболее частым для этого вмешательства осложнением, как кровотечение. Но поскольку всё это было ожидаемо, проблемы купировались по мере их возникновения.

Д.Расковалов отметил: согласно заключению гистологического исследования удалённой в ходе операции опухоли, это уже всё-таки оказалась аденокарцинома. Но новообразование удалось удалить в пределах здоровых тканей.

руются в рак через 5-7 лет. Поэтому, если появилась возможность выполнять подобные эндоскопические вмешательства на ранних сроках, это нужно делать, – считает главный эндоскопист Минздрава области Ксения Мерсаидова. – И такие пациенты (которых на самом деле немного) должны концентрироваться в одном месте».

По её словам, лучше всего для этого подходит СОКБ № 1. Ведь в областной больнице есть специалисты, которые владеют методикой эндоУЗИ, есть всё необходимое, чтобы купировать осложнения, на крайний случай – есть абдоминальные хирурги, которые при необходимости могут перейти к выполнению большой операции.

Алёна ЖУКОВА,
корр. «МГ».

Екатеринбург.

Проблемы

Дышать опасно, не дышать невозможно

Учёные Московского государственного университета им. М.В.Ломоносова привели убедительные доказательства того, что дорожная пыль увеличивает риск онкологических заболеваний у жителей городов-миллионников.

Проанализировав содержание в пыли тяжёлых металлов и полициклических ароматических углеводородов (ПАУ), российские исследователи привели неопровержимые доказательства первостепенной роли бензапирена в росте онкозаболеваемости среди населения мегаполисов. Именно это вещество – самое опасное среди ПАУ – канцероген номер один, который попадает в атмосферу при сгорании автомобильного топлива, а также с выбросами промышленных предприятий и систем отопления. Оседая на частицы уличной пыли, а с ней попадая в лёгкие, бензапирен представляет прямую угрозу здоровью человека.

Специалисты рассказали, что оценили концентрацию бензапирена в дорожной пыли самого большого города России и выявили наиболее загрязнённые участки Москвы. Исследовали

образцы пыли с поверхности дорог во всех районах столицы, а также пробы во дворах жилых домов, где обустроены автопарковки. Оказалось, что среднее содержание бензапирена на территории мегаполиса почти в 53 раза превысило его уровень в естественных почвах за пределами города. При этом наиболее загрязнёнными являются дворы территории, используемые для парковки машин: здесь килограмм пыли содержал один миллиграмм бензапирена, что почти в 20 раз выше предельно допустимой концентрации.

Кроме того, очень высокое содержание бензапирена зафиксировано вдоль широких дорог с интенсивным движением, включая МКАД и Третье транспортное кольцо. На трассах с большими потоками машин накопление загрязняющего вещества происходит в полтора раза быстрее, чем в пыли узких городских улиц.

Наконец, авторы научного исследования установили неравномерную канцерогенную загрязнённость воздуха в разных районах Москвы. Наибольшая концентрация бензапирена обнаружена в пробах дорожной пыли Северного, Юго-Восточного, Восточного и

Центрального административных округов. Именно в этих зонах располагаются крупные промышленные объекты, мусоросжигательные заводы и ТЭЦ, а также чаще всего возникают автомобильные пробки. В центре столицы, на севере и северо-востоке города концентрации бензапирена превышает норму в пятьдесят раз, что увеличивает риск развития онкологических заболеваний в 2-3 раза по сравнению с остальными частями города.

– В ходе данной работы мы доказали, что повышенное содержание бензапирена в дорожной пыли создаёт угрозу здоровью жителей Москвы, – подчеркнула профессор МГУ им. М.В.Ломоносова доктор географических наук Наталья Кошелева.

Информация учёных МГУ, по идее, должна побудить столичные власти и службу главного онколога Департамента здравоохранения Москвы к немедленной разработке новых программ по повышению безопасности городской среды. Впрочем, и в других крупных городах, скорее всего, ситуация аналогичная, и там онкологи тоже должны бить во все колокола.

Ирина БАЖЕНОВА.

Всемирная организация здравоохранения на своём официальном сайте разместила информацию, которая моментально оказалась в центре общественного внимания. Сообщается, что ВОЗ намерена обновить изданное в 2011 г. «Руководство по учёту гендерной проблематики для руководителей здравоохранения: практический подход» в свете новых научных данных и концептуального прогресса в области гендера, здоровья и развития. В частности, как указано в тексте новости, стало более широким видение «концепции взаимосвязанности гендерной власти с другими иерархиями привилегий или недостатков, что приводит к неравенству и различным последствиям для здоровья разных людей». К числу таких факторов риска неравенства, помимо пола, этнической принадлежности, расы, возраста, социально-экономического статуса, религии, инвалидности и миграционного статуса, теперь относятся также сексуальная ориентация, гендерная идентичность и самовыражение.

Учитывая последнее обстоятельство, обновлённое «Руководство по учёту гендерной проблематики» должно будет отражать «выход

за рамки бинарных подходов к гендеру для признания гендерного и сексуального разнообразия или концепций, согласно которым пол не ограничивается мужчинами или женщинами». Это цитата материала, опубликованного ВОЗ. Поскольку речь идёт уже не просто о гендерной дисфории, которая реализуется в смене пола (трансгендерность), а о так называемой небинарной гендерной идентичности, когда человек, якобы, сам не может определиться, с каким биологическим полом он себя ассоциирует, то главными экспертами в данной теме становятся, конечно же, психиатры.

Заведующий кафедрой психиатрии и медицинской психологии Казанского государственного медицинского университета, доктор медицинских наук, профессор Владимир Менделевич – один из немногих в России специалистов в области расстройств гендерного самовосприятия. Комментируя сообщение ВОЗ для аудитории «Медицинской газеты», профессор предлагает воздержаться от преждевременных эмоциональных оценок и паники, а взглянуть на происходящее глазами врача.

дов и не склонны к переменам, явление небинарной гендерной идентичности тоже оказалось проблемой. Они не хотят менять правила, установленные бинарным большинством, ради небинарного меньшинства. И примирить эти стороны в принципе невозможно.

– Так что же нас ждёт?

– Если вы имеете в виду нашу страну, то ничего страшного, поскольку ВОЗ – организация, которая вправе только рекомендовать, но не может заставить государство действовать по её усмотрению. Отечественная система здравоохранения можно не беспокоиться, скорее всего, палаты и туалеты в стационарах будут по-прежнему мужские и женские. Хотя даже если будет третий туалет для небинарных, почему это должно у кого-то вы-

для кого нарушение гендерной самоидентификации – не сценический образ, не способ эпатажа, а реальная большая трудность. Им некомфортно жить в обществе, законы которого не позволяют им себя реализовать.

Что касается психической нормы и патологии, можно провести параллель с трансгендерностью, закреплённой в МКБ-10. Существует истинный транссексуализм, когда человек психически здоров, но, как говорят, в результате ошибки природы родился с принадлежностью не к тому биологическому полу, с которым себя идентифицирует, и пытается с детства исправить эту ошибку, вести себя по образу и подобию противоположного пола. А есть ложный транссексуализм – бредовая идея, связанная с психическим расстройством. В отличие от истинного ложный транссексуализм лечится: проводим терапию психического расстройства, уходит бредовая идея.

Точно так же небинарный человек может вынашивать идею своей небинарности в силу психической патологии, и это проходит по мере лечения. А может на фоне полного психического здоровья страдать от небинарности, испытывать сильнейший психологический дискомфорт из-за неясности, кем себя считать. Опытные психиатры должны уметь различать первых и вторых.

– А внутри российского научно-медицинского сообщества есть единство мнений по поводу феномена небинарной гендерной идентичности?

– Нет. Но и в мировом научно-медицинском сообществе такого единства нет. Мне попадались в зарубежной научной литературе статьи профессоров, которые утверждают, что никакого третьего пола не существует, не надо обманывать биологию. Но ведь гендерная идентичность – это вообще не биология, это психология в чистом виде, то, как сам человек себя воспринимает. Биологического субстрата небинарности не существует, данное состояние не определяется генетикой.

Гендерная самоидентификация – психологический феномен, повлиять на который крайне сложно, даже когда речь идёт о детях. Невозможно заставить ребёнка быть представителем другого пола. В этом смысле наше возмущение тем, что американцы и европейцы позволяют малышам самим выбирать свой пол или нечто промежуточное, беспочвенно: научные данные показывают, что убедить человека в том, что он – представитель другого пола или небинарный, невозможно. Нет таких механизмов.

Ирина МАТВЕЕВА.

– Владимир Давыдович, проблема небинарной гендерной идентичности, о которой говорит ВОЗ, на самом-то деле является проблемой? Или это просто развлечение, которое охватило мир сегодня, но со временем пройдёт?

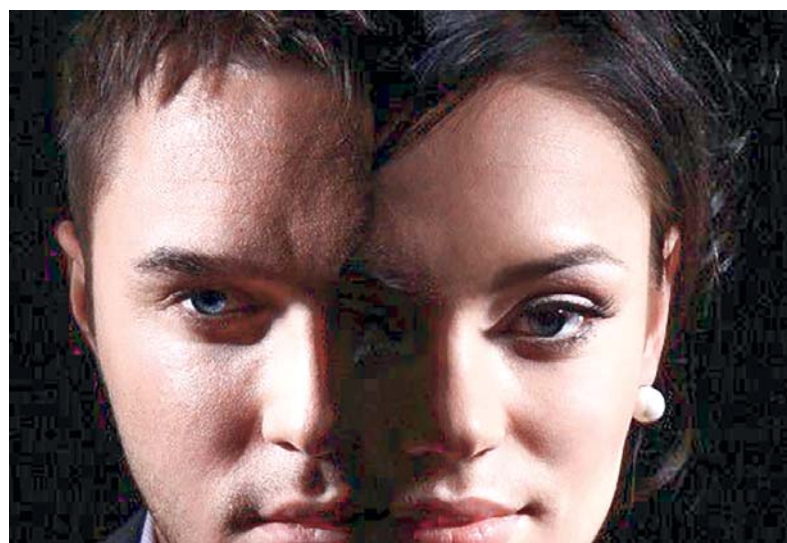
– Начнём с того, что ВОЗ разместила всего лишь декларацию о намерениях, не более того. Протоколы работы системы здравоохранения подлежат изменениям в целях дестигматизации людей с определёнными особенностями, в том числе с той, о которой вы спрашиваете. И главное – ВОЗ может регулировать исключительно вопросы медицинского характера, поэтому утверждения, будто организация признала третий пол реальностью, не соответствуют действительности. Признать третий пол могут общество и государство, а затем законодатели это зафиксируют в нормативных актах страны. В данном же случае, как я понимаю, ВОЗ намерена всего лишь призвать к тому, чтобы внутри системы оказания медицинской помощи были созданы щадящие условия для людей, которые не идентифицируют себя ни с мужским, ни с женским полом. Например, сегодня в больницах есть палаты мужские и женские, а куда госпитализировать небинарных пациентов, чтобы они не испытывали психологического дискомфорта?

Теперь что касается того, является ли это вообще проблемой. Для людей, которые ощущают себя небинарными, несомненно, является. В отличие от трансгендеров, у небинарных людей нет стремления менять паспортный пол на противоположный, потому что нет чёткого ощущения «кто я». И эти люди просят всего лишь признать

Авторитетное мнение

Гендер без пола

Что мы имеем – злой умысел или назревшую проблему?



спектр гендерной идентичности, который значительно шире, чем два биологических пола.

К слову, речь об этом в научной среде ведётся не со вчерашнего дня, а уже десятилетия. Я уже давным-давно, заполняя анкеты для участия в международных конференциях, нахожу в графе «пол» три строки: мужской, женский, другое.

– А не с помощью ли таких маленьких уловок данное явление намеренно распространяется по миру?

– Кому это может быть нужно? Я не вижу здесь интересанта. На

самом деле есть люди, которые страдают оттого, что общество не принимает их нестандартную гендерную идентичность. Их немного, думаю, тысячная доля процента, хотя точные данные социологических исследований на эту тему мне не встречались. Но ведь ВОЗ, как любая международная организация, нацелена то, чтобы защищать интересы не только большинства, но и меньшинства. Точно так же, мне кажется, должны действовать и государства.

Кстати, для государств и обществ, которые построены на традиционных системах взгля-

зывать беспокойство? Заметьте, небинарные люди не заставляют всех остальных быть небинарными, они осознали себя такими и хотят только, чтобы им это было позволено, чтобы к ним относились по-человечески, не более того. Если кого-то очень эмоционально-негативно трогает тема гендерной небинарности, попробуйте ответить самому себе на вопрос, чем вам лично мешает человек третьего пола? Как врач я не вижу никакой угрозы ни для государства, ни для социума в том, что вдруг будет признано существование третьего пола. Впрочем, не факт, что в России такое решение когда-то может быть принято, как и в других традиционалистских обществах.

– Среди людей, которые не могут определиться со своей половой принадлежностью, часть имеет не проблемы психологического свойства, а клинику психических расстройств. Коль скоро это две разные группы, означает ли это, что и подход к ним должен быть разным? И означает ли это, что у людей с психическим расстройством гендерная неопределённость – это действительно серьёзно и требует лечения, а у тех, кто психически здоров, само пройдёт?

– Само не пройдёт в любом случае. Мы говорим о людях,

Проекты

Работа с пациентами с болезнями органов дыхания в Санкт-Петербурге изменится после готовящегося открытия городского экспертного центра по профилю «пульмонология». Об этом сообщила главный пульмонолог Комитета по здравоохранению администрации Санкт-Петербурга, директор НИИ пульмонологии Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. И.П.Павлова Ольга Титова на научно-практической конференции «Санкт-Петербургский респираторный день».

По её словам, Комитет по здравоохранению правительства города провёл исследование, и оно показало, что в регионе из года в год растёт число пациентов с тяжёлым течением бронхиальной астмы, нуждающихся в генно-ин-

Экспертному центру пульмонологии быть

женерной биологической терапии, а также больных с идиопатическим лёгочным фиброзом. «Поэтому нам, без сомнения, требуется уйти от устаревших форм отбора этих пациентов, определения показаний и противопоказаний. С ситуацией уже не справляются экспертные группы городского совета по повышению качества оказания медицинской помощи. Дело требует новых подходов к лечению этих пациентов», – отметила она.

Основными целями создаваемого центра пульмонологии станут разработка, обеспечение, координация и мониторинг организационно-методических, диагностических, лечебно-профилактических мероприятий и

научно-практических исследований в области респираторной медицины с целью улучшения качества оказания медицинской помощи и снижения смертности от болезней органов дыхания в Санкт-Петербурге и Северо-Западном регионе РФ.

Как она уточнила, центр будет интегрирован в реализуемую в Санкт-Петербурге программу по созданию единого цифрового контура на основе ЕГИСЗ, а также в интернет-портал «Здоровье петербуржца» с уже открывшимися на нём электронными сервисами телемедицинских консультаций «врач – пациент». Тем самым в городе рассчитывают обеспечить координацию деятельности пульмологов, работающих как

амбулаторно, так и в стационарах, оказывать им помощь в экспертизе наиболее сложных случаев респираторных заболеваний.

Также центр будет обеспечивать своевременной необходимой квалифицированной помощью профильных пациентов, проводить диагностику хронической обструктивной патологии лёгких, интерстициальных заболеваний лёгких, анализировать показания и противопоказания для проведения биологической терапии у пациентов с тяжёлой бронхиальной астмой и антифибротической терапии у больных с фиброзирующим фенотипом ИЗЛ, таргетной и антибактериальной терапии у больных муковисцидозом. Ставятся и такие задачи, как динамическая оценка

эффективности проводимой терапии с целью её своевременной коррекции, разработка и реализация программ реабилитационного лечения у пациентов с болезнями органов дыхания, определение показаний и отбор пациентов с гипоксемической дыхательной недостаточностью для проведения длительной кислородотерапии.

Кроме того, будет создан региональный регистр пациентов с заболеваниями органов дыхания, в том числе идиопатическим лёгочным фиброзом, тяжёлой бронхиальной астмой, редкими болезнями органов дыхания, которые требуют дорогостоящего лечения.

Римма ШЕВЧЕНКО,
корр. «МГ».

Через полгода – в феврале 2023 г. – будем отмечать 10-летний юбилей знакового Федерального закона № 15-ФЗ «Об охране здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма, последствий потребления табака или потребления никотинсодержащей продукции». Знакового потому, что, как говорят некоторые эксперты, это один из самых сильных антитабачных нормативных актов в мировой практике, он вошёл в себя всё лучшее, что было предложено в борьбе с табакокурением в разных странах к 2013 г. Естественно, на этот документ возлагались очень большие надежды по оздоровлению населения России. Оправдались ли они?..

Закон принят, однако его исполнение, мягко говоря, недостаточно хорошо контролируется. На остановках общественного транспорта и железнодорожных платформах не протолкнуться между курящими. Смелычаки, уверенные в собственной безнаказанности, продолжают дымить в туалетах и тамбурах поездов дальнего следования. Несмотря на запрет, прописанный в законе, подъезды жилых домов по-прежнему остаются местами для курения. Огромное число подростков и молодых людей со всякого рода электронными никотиновыми доставщиками, похоже, никого уже не удивляет, тем более что купить и такие изделия, и традиционные сигареты можно на каждом шагу. Наконец, бросается в глаза растущая армия курящих женщин всех возрастов. Чтобы убедиться в этом, чиновникам, которые составляют благостные отчёты об успехах реализации антитабачного закона, достаточно выйти из служебных кабинетов и пройтись по улицам.

Между тем накануне Всемирного дня без табака, который отмечался 31 мая 2022 г., Минздрав России от имени главы ведомства Михаила Мурашко сообщил, что распространённость курения в нашей стране снижается. «Если в 2009 г. курили 39,5% взрослых, то в 2020 г. распространённость курения составила уже 21,5%, а в 2021 г. – 20,3%. Число курильщиков сократилось почти на 6%», – сообщили в министерстве. Серьёзно?

Управляемая статистика

Красноярский край – единственный субъект РФ, где при правительстве региона работает Координационный совет по охране здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака. В его составе представители министерств, а также региональных управлений внутренних дел, Роспотребнадзора. Таким образом, реализация государственной антитабачной политики здесь координируется и контролируется коллегиально и постоянно.

На днях совет ознакомился со свежими данными мониторинга распространённости потребления никотинсодержащей продукции в крае. Такой мониторинг уже много лет проводит Красноярский краевой центр общественного здоровья и медицинской профилактики, и вот результаты на июнь 2022 г.: отмечен рост доли курящих мужчин – 44% в 2021 г. против 39,5% в 2019 г. Интенсивность курения в регионе выросла с 10 до 20 сигарет в день (если в 2019 г. по пачке в день смолили 31% курильщиков, то в 2020 г. уже 49,2%, а в 2021 г. ещё больше – 53%). Далее, установлено, что 21,7% молодых людей в возрасте 18-24 лет интенсивно используют электронные системы доставки никотина.

Нет никаких оснований думать, будто Красноярский край – самый курящий регион России, и потому полученные здесь данные о динамике курения так заметно отличаются от среднероссийских. Всё дело в том, как считать.

По словам главного врача Краевого центра общественного здоровья и медицинской профилактики Ольги Кутумовой, мониторинг приверженности красноярцев курению

здесь начали проводить сразу после вступления в силу Федерального закона № 15-ФЗ. Тогда, в 2013 г., курили 46% жителей края. В первые годы реализации антитабачного закона ситуация начала заметно меняться к лучшему, к 2019 г. доля курильщиков в популяции снизилась до 28%. Но как раз в это время в Красноярский край, как и в Россию в целом, начали заходить компании-производители электронных средств доставки никотина, и положительная динамика сменилась отрицательной.

– Мы уже несколько лет мониторируем динамику потребления не только традиционных табачных изделий, но и электронных сигарет, вейпов, айкосов, а также жевательного и сосательного табака. Если учитывать всё вместе, то, конечно, число курильщиков выросло,

Игеу

Борьба за подсознание

Почему антитабачная компания проигрывает «протабачной»?

а никак не уменьшилось. Тревожно, что потребителями электронных доставщиков никотина становятся всё больше молодёжи. Но самое печальное – специалистами нашего центра доказан эффект двойного курения. Очень многие люди, которые используют электронные средства доставки никотина как альтернативные, при этом продолжают курить и традиционные сигареты тоже. Таким образом, данные нашего исследования доказали, что использование эрзац-сигарет вовсе не так «маловредно», как говорят лоббисты. Перехода от одного способа курения к другому раз и навсегда не происходит, напротив, человек получает двойную никотиновую нагрузку, следовательно, степень его никотиновой зависимости только растёт, но никак не снижается, – поясняет О.Кутумова.

Что касается показателя потребления именно табачных изделий – это 23% населения – здесь Красноярский край близок к федеральному уровню. Однако совершенно очевидно, что оценивать распространённость курения в популяции в целом только по числу тех, кто использует традиционные сигареты, некорректно. Объективный мониторинг, который проводится в Красноярском крае, доказывает: число курильщиков не уменьшается, просто их структура трансформируется за счёт появления альтернативных вариантов потребления никотина. И если не пытаться управлять статистикой, а провести такое же честное исследование в других российских регионах, картина получится аналогичная плюс-минус единица.

Следовательно, говорить о сокращении потребления никотина в России преждевременно. И тот факт, что россияне переходят с обычных сигарет на электронные, не означает, что мы становимся более здоровой нацией.

Здесь, кстати, следует напомнить, что в 2020 г. внесены изменения и дополнения в антитабачное законодательство Российской Федерации. В частности, фразу «табачные изделия» во всех документах заменили словами «табачные изделия, кальяны, никотинсодержащая продукция». А в 2021 г. постановлением Правительства РФ внесены изменения в систему проведения мониторинга и оценки эффективности реализации мероприятий, направленных на предотвращение воздействия окружающего табачного дыма и сокращение потребления никотинсодержащей продукции. Таким образом, уже с прошлого года мониторироваться должен потребительский спрос на все виды такой продукции, а не только сигарет. Наверное, к середине нынешнего года мы можем рассчитывать на

получение Минздравом России объективных, а не усечённых цифр распространённости потребления никотина в России.

Как заставить исполнять?

– Сразу же, как только был принят Федеральный закон № 15-ФЗ, в дополнение к нему приняли аналогичные региональные законы в трёх субъектах РФ: Самарской области, Красноярском крае и Республике Чувашия. Каждая из этих территорий каким-то образом расширяла рамки федерального нормативного акта. У нас в краевом антитабачном законе появилось несколько очень важных дополнений, а именно запрет на курение во время проведения общегородских культурно-массовых мероприятий на открытом воздухе, запрет на

поставить полицейского у каждой остановочной платформы, чтобы пресекать курение. Тогда зачем, спрашивается, вообще вводилась эта запретительная норма?

Помимо этого, приступив к реализации антитабачного законодательства, в Красноярском крае столкнулись с тем, что возможности правоприменительной практики в отношении данных нормативных актов ограничены так называемой ведомственной разобщённостью, а также изначальной невозможностью обеспечить контроль исполнения гражданами требований закона. В частности, оказалось, что запрет на курение в парках и скверах не может быть реализован потому, что данная норма установлена краевым законом, а Управление внутренних дел по Красноярскому краю, призванное

у него формируется зависимость. К сожалению, столь же яркой рекламой формирования здорового образа жизни медики позволить себе не могут.

– И пока у нас в стране не начнут серьёзно ограничивать продвижение никотинсодержащей продукции, число курильщиков не сократится. Формально альтернативные системы доставки никотина приравнены к табачным изделиям, и их реклама запрещена, но фактически точки их продажи располагаются, как правило, на самых видных местах, чтобы непременно привлечь внимание покупателей. Никакие слова о том, что курение вредно отразится на здоровье человека в будущем, по силе воздействия не идут в сравнение с тем, что он видит здесь и сейчас, – резюмирует эксперт.

Что дальше?

Какая динамика распространённости курения нас ждёт дальше, учитывая перечисленные выше объективные и субъективные сложности в антитабачной борьбе? По признанию моих собеседников, большого оптимизма у них нет, невозможно в отдельно взятой стране и отдельно взятом регионе отучить население курить, поскольку эта «зараза» транснациональна. В то же время они убеждены, что на фоне роста числа курящих государство должно прилагать усилия к охране не только их здоровья, но и здоровья людей некурящих, которые вынужденно оказываются пассивными курильщиками.

Есть законодательная лазейка, которая этому способствует. Речь идёт о курении на балконах и в окнах многоквартирных жилых домов, которое не запрещено Федеральным законом № 15-ФЗ. По законам физики, дым летит в окна верхних этажей, и, если у вас курящий сосед снизу, вы – заложник. Требовать от соседа прекратить курение на балконе или из окна неправомерно. Скажем иначе: закон в этом случае не обеспечивает безопасность для вашего здоровья, и способов защитить своё право не дышать табачным дымом у некурящего человека нет.

– Мы сталкивались с таким жалобами и рекомендовали людям, которые страдают от курящих соседей, фотографировать тех во время курения. Затем снимки, на которых есть дата и время, нужно вместе с заявлением отправлять в Роспотребнадзор. Ведомство обязано рассмотреть такое обращение в рамках закона о санэпидблагополучии граждан. Сразу скажу, случаев положительного решения в регионе единицы, это весьма непростая задача. И, конечно, было бы правильнее решить её на законодательном уровне, – считает О.Кутумова.

При этом эксперт предполагает, насколько сложно будет «пробить» данную законодательную инициативу, если она у кого-то и появится. Когда речь пойдёт о запрете курения на балконах, лоджиях и из оконных проёмов, у правоведов сразу возникнут возражения: это частная собственность человека, и он волен делать в её границах всё, что считает нужным. Но, с другой стороны, автомобиль – тоже частная собственность гражданина, тем не менее приучили же с помощью закона всех автомобилистов пользоваться ремнями безопасности. Так что было бы желание и некурящее большинство в парламенте. Как говорил Пётр I, есть желание – тысяча способов, нет желания – тысяча поводов.

Елена БУШ,
обозреватель «МГ».

пресекать правонарушения, находится в подчинении Министерства внутренних дел России.

– По этой причине полиции нельзя было вменить в обязанность контроль исполнения регионального закона. То есть, даже видя курящего в парке человека, красноярский полицейский не вправе составить в отношении того протокол. Пришлось проделывать дополнительный путь, а именно подписать соглашение между правительством Красноярского края и МВД России, и только после этого сотрудники полиции получили право штрафовать курильщиков, нарушающих региональный закон в парках и скверах, – поясняет О.Кутумова.

«Попытчим?»

Заведующая отделом мониторинга факторов риска Красноярского центра общественного здоровья и медпрофилактики Эльвира Пухова – социолог, поэтому все технологии наблюдения и анализа, которыми пользуются она и её коллеги, научно обоснованные. Эксперт подтверждает: после недолгого периода благополучия в 2020 г. опять начался рост числа курильщиков, и он, как ни странно, закономерен.

– Мы ведём открытую войну за здоровье людей с табачными компаниями, и в части рекламы своего товара они нас явно обыгрывают. Надо признать: те формы пропаганды здорового образа жизни, которые использует система здравоохранения, вызывают у населения значительно меньший интерес и отклик, нежели пропаганда курения в исполнении производителей и продавцов никотинсодержащих продуктов, – подчёркивает Э.Пухова.

С мнением социолога согласится любой опытный специалист в области маркетинга: табачники выигрывают потому, что их рекламные продукты проникают не в сознание человека, а глубже, поскольку презентуют они не столько свой небезопасный для здоровья товар, сколько идею привлекательности курения. Они продают не вейпы, айкосы и сигареты, а чувство принадлежности потребителя этих «пыхтелок» к социальной группе модных и крутых, и на это тратятся многомиллиардные бюджеты. Самое печальное, продолжает Э.Пухова, что с появлением на российском рынке средств электронной доставки никотина курить начали даже люди, которые прежде вообще никогда не курили. Надо отдать должное табачным компаниям, они умеют создавать условия, при которых человек становится случайным потребителем и очень быстро переходит в категорию постоянных, поскольку

Здесь объективности ради надо сказать, что реализация антитабачного законодательства даёт не столь выдающиеся, как ожидалось, результаты по той простой причине, что речь идёт о законе, который фактически расколол общество надвое, противопоставив интересы некурящей его части интересам курильщиков. Именно этим объясняются «пробуксовки» и в соблюдении новых правил, и в контроле их соблюдения: не может же заядлый курильщик, даже находясь «при исполнении», оштрафовать другого заядлого курильщика за курение в непопулярном месте. К тому же нет физической возможности

КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 26 (2338)

(Продолжение. Начало в № 26 от 06.07.2022.)

Выбор типа стресс-агента при визуализирующих стресс-методах. Необходимо выбрать не только метод, но и оптимальный стресс-агент, который предоставит наиболее полную информацию при наименьшем риске. Тредмил-тест и велоэргометрия, с одной стороны, являются наиболее физиологическими вариантами нагрузки, с другой, особенно предпочтительны в случаях, когда дополнительно необходимо получить информацию о толерантности к физической нагрузке, уровне ЧСС на нагрузке, и при оценке отдельных профессиональных категорий (пилоты, спортсмены и др.). Методом визуализации в этих случаях могут выступать только ЭхоКГ и ОФЭКТ. С другой стороны, пробы с физической нагрузкой не всегда могут быть проведены у пациентов с перемежающейся хромотой, заболеваниями опорно-двигательного аппарата, артериальной гипертензией, при детренированности, ряде других. У пациентов, которые не могут выполнить полный тест с нагрузкой, имеют противопоказания к нагрузке или выраженные изменения конечной части желудочкового комплекса на ЭКГ выбор должен быть сделан между фармакологическими стресс-агентами. Применение в качестве стресс-агента добутамина наиболее оправдано у лиц с исходными НЛС ЛЖ. Аденозин фосфат (С.01.Е.В.10) и дипиридамола хорошо зарекомендовали себя не только при диагностике стенозов КА, но и при микрососудистой дисфункции. Необходимо также взвешивать риски и пользу различных диагностических тестов у индивидуума и противопоказания к фармакологическим стресс-агентам.

Методы диагностики у больного с установленным диагнозом ИБС

Регистрация электрокардиограммы, расшифровка, описание и интерпретация электрокардиографических данных, эхокардиография трёхмерная в состоянии покоя с использованием доплеровских режимов и оценкой ФВ ЛЖ рекомендуется пациентам с установленным диагнозом ИБС, в том числе после реваскуляризации миокарда, при прогрессировании сердечных симптомов, несмотря на оптимальную медикаментозную терапию и/или появление новых симптомов.

Прицельная рентгенография органов грудной клетки рекомендована пациентам с установленным диагнозом ИБС при подозрении на развитие СН.

Холтеровское мониторирование сердечного ритма рекомендовано пациентам с доказанной стабильной ИБС и подозрением на сопутствующую аритмию.

МСКТА КА артерий не рекомендуется использовать как рутинный метод контроля у асимптомных пациентов с известным анамнезом атеросклеротического поражения коронарных артерий.

Неинвазивные визуализирующие стресс-методы (эхокардиография с физической нагрузкой, или с ЧПЭС, или с фармакологической нагрузкой, или сцинтиграфия миокарда с функциональными пробами, или позитронно-эмиссионная томография миокарда, или однофотонная эмиссионная компьютерная томография миокарда перфузионная, с функциональными пробами, если технические возможности и экспертный уровень специалистов позволяют их проведение) или как альтернатива ЭКГ с физической нагрузкой на тредмиле или велоэргометре (если тест доведён до диагностических критериев и ЭКГ позволяет оценить ишемические изменения) рекомендованы для стратификации риска ССО у пациентов с установленным диагнозом ИБС, в том числе после реваскуляризации миокарда, при увеличении частоты и тяжести сердечных симптомов, когда потенциально возможна и планируется реваскуляризация для улучшения прогноза.

При невозможности проведения неинвазивных стресс-тестов, КАГ, дополненная измерением ФРК или МРК, рекомендуется для оценки состояния коронарного русла у пациентов, у которых имеются симптомы заболевания, несмотря на оптимальную медикаментозную терапию, данные неинвазивных методов диагностики указывают на высокий риск ССО и обсуждается возможность реваскуляризации для улучшения прогноза.

Нагрузочная ЭКГ (или ЭКГ с физической нагрузкой на тредмиле или велоэргометре) рекомендована пациентам с установленным диагнозом ИБС для оценки ТФН, симптомов,

нарушений ритма сердца, ответа АД и риска событий при стабильном течении заболевания и решении экспертных вопросов.

Нагрузочная ЭКГ (или ЭКГ с физической нагрузкой на тредмиле или велоэргометре) может быть рекомендована пациентам с установленным диагнозом ИБС, получающих лечение, для оценки влияния лечения на симптомы и ишемию миокарда.

2. Инвазивные методы обследования при стабильной ИБС

Инвазивная коронарная ангиография

Коронарная ангиография (КАГ, коронарография) – это инвазивное диагностическое

Стабильная ишемическая болезнь сердца

Клинические рекомендации (протокол)

исследование, выполняемое в условиях рентгенооперационной путём введения контрастного вещества в устья коронарных артерий под рентгенологическим контролем. Традиционно используется в диагностике ИБС и при стратификации риска осложнений, для выявления стенозов в коронарных артериях, их локализации, протяжённости и выраженности, а также, в ряде случаев, для обнаружения участков нестабильности атеросклеротических бляшек (АСБ).

При наличии клиники стенокардии

При доказанной ИБС КАГ рекомендуется для стратификации риска ССО у пациентов с тяжёлой стабильной стенокардией (ФК III-IV) или с клиническими признаками высокого риска ССО, особенно когда симптомы плохо поддаются медикаментозной терапии, в том числе и без предшествующего стресс-тестирования.

Инвазивное измерение фракционного резерва коронарного кровотока (ФРК, iFR) рекомендуется при отсутствии данных нагрузочного стресс-тестирования для определения показаний к реваскуляризации, кроме стенозов > 90% при наличии технических возможностей и специалистов.

Проведение КАГ с возможностью измерения фракционного резерва коронарного кровотока или iFR (instantaneous wave-free ratio) рекомендовано для стратификации риска ССО у пациентов с неинформативными или противоречивыми результатами неинвазивных исследований.

Проведение КАГ рекомендуется для переоценки выраженности стенозирования КА при выявленном тяжёлом кальцинозе, по данным мультиспиральной компьютерной томографической ангиографии (МСКТА) КА, особенно у пациентов с высокой или промежуточной предстеновой вероятностью стабильной ИБС.

При отсутствии клиники стенокардии и/или бессимптомном течении заболевания

При отсутствии возможности получения данных нагрузочного стресс-тестирования КАГ, дополненная измерением фракционного резерва коронарного кровотока (ФРК или iFR), рекомендуется для определения состояния коронарного русла у больных со слабовыраженными симптомами или с бессимптомным течением заболевания, на фоне медикаментозной терапии, у которых данные неинвазивных методов исследования указывают на высокий риск ССО, и обсуждается возможность реваскуляризации для улучшения прогноза при наличии технической возможности.

Выполнение рентгенконтрастной вентрикулографии сердца в двух проекциях во время КАГ рекомендуется при неинформативности предшествующей транскатетеральной ЭхоКГ для оценки общей и локальной сократимости ЛЖ, а также пациентам с постинфарктной аневризмой ЛЖ, которым планируется реконструктивная операция на левом желудочке сердца.

Проведение КАГ рекомендуется пациентам с длительным анамнезом ИБС с высоким риском ССО при появлении признаков ишемии по данным неинвазивного стресс-

тестирования и/или выраженных симптомах ишемии (стенокардия напряжения III-IV ФК), а также при необъяснимом снижении локальной сократимости миокарда ЛЖ.

Малоизменённые/неизменённые коронарные артерии и вазоспастическая стенокардия

У пациентов с симптомами ишемии миокарда и неизменёнными или малоизменёнными КА при коронарной ангиографии для исключения микрососудистой стенокардии рекомендуется:

Внутрикоронарное измерение кровотока с помощью доплеровского датчика (измерение фракционного резерва коронарного кровотока).

Рассмотреть возможность внутрикоронарного введения ацетилхолина хлорида (S01EB09) и аденозина фосфата (С.01.Е.В.10) при проведении КАГ для оценки эндотелийзависимого и эндотелийнезависимого резерва коронарного кровотока и верификации спазма эпикардиальных артерий и мелких сосудов.

Проведение КАГ или МСКТА КА рекомендуется при подозрении на вазоспастическую стенокардию пациентам с характерными изменениями сегмента ST и клиникой стенокардии покоя, купирующейся приёмом органических нитратов и/или АК, для исключения атеросклеротического поражения коронарных артерий.

При подозрении на вазоспастическую стенокардию у лиц с нормальными или малоизменёнными, по данным КАГ, коронарными артериями рекомендуется проведение провокационных внутрикоронарных фармакологических проб для выявления спазма КА во время КАГ.

Другие показания для исследования коронарных артерий

Проведение КАГ рекомендуется перед оперативным лечением клапанной патологии сердца при наличии любого из нижеперечисленных признаков: анамнез сердечно-сосудистых заболеваний (указание на наличие стенокардии), подозрение на ишемию миокарда, систолическая дисфункция левого желудочка, у мужчин старше 40 лет и женщин в постменопаузальном периоде, а также наличие одного или нескольких факторов риска ССО.

Проведение КАГ рекомендуется пациентам с митральной регургитацией средней и тяжёлой степени.

Проведение МСКТА КА рекомендуется к рассмотрению как альтернатива КАГ перед операцией на клапанах сердца у пациентов с тяжёлыми клапанными пороками и низкой вероятностью поражений коронарных артерий.

КАГ у пациентов после трансплантации сердца рекомендуется выполнять ежегодно в течение 5 лет после трансплантации, и в дальнейшем при отсутствии гемодинамически значимых поражений КА – раз в 2 года.

Дополнительные методы исследования коронарных артерий

Внутрисосудистое ультразвуковое исследование коронарных артерий и оптикокогерентная томография

Внутрисосудистое ультразвуковое исследование сосудистой стенки и оптикокогерентная томография коронарных артерий рекомендуются к применению при стабильной ИБС у пациентов с поражением ствола ЛКА при отсутствии возможности получения данных нагрузочного стресс-тестирования и/или определения функциональной значимости с помощью измерения ФРК, iFR и для оптимизации результатов стентирования ствола ЛКА.

Рутинное выполнение внутрисосудистых методов визуализации не рекомендуется.

Иные диагностические исследования.

Стратификация риска пациентов с ИБС: Всем пациентам с впервые установленным диагнозом ИБС, а также при ухудшении симптомов ИБС рекомендуется стратификация риска ССО.

Проведение ЭхоКГ с определением глобальной систолической функции ЛЖ с определением ФВ ЛЖ и диастолической функции ЛЖ рекомендуется для стратификации риска

пациентам с впервые установленным диагнозом ИБС.

Рекомендуется рассмотреть возможность эхокардиографической оценки глобальной продольной деформации для определения прогноза дополнительно к измерению ФВ ЛЖ у пациентов с впервые установленным диагнозом ИБС и ФВ ЛЖ > 35%.

Стратификация риска с использованием данных выбранного стресс-метода визуализации или МСКТА КА или альтернативной ЭКГ с физической нагрузкой рекомендуется пациентам со стабильной ИБС с умеренными клиническими симптомами.

Рекомендуется рассмотреть возможность стратификации риска с использованием дополнительного неинвазивного нагрузочного стресс-метода визуализации (эхокардиография с физической нагрузкой, или эхокардиография с фармакологической нагрузкой, или сцинтиграфия миокарда с функциональными пробами, или позитронно-эмиссионная томография миокарда, или однофотонная эмиссионная компьютерная томография

миокарда перфузионная, с функциональными пробами) у пациентов с незначительными симптомами и стенозами $\geq 50\%$, по данным МСКТА КА, у которых недостаточно оснований для направления на КАГ.

КАГ не рекомендуется использовать в качестве единственного метода для стратификации риска ССО.

Стратификация риска с помощью КАГ, дополненной измерением фракционного резерва коронарного кровотока (ФРК и/или МРК), рекомендуется симптомным пациентам с сомнительными или противоречивыми результатами неинвазивного тестирования.

Стратификация риска с помощью КАГ, дополненной измерением фракционного резерва коронарного кровотока (ФРК и/или МРК), рекомендована симптомным пациентам, получающим оптимальную медикаментозную терапию, у которых неинвазивная стратификация риска показывает высокий риск ССО, и для улучшения прогноза решено проводить реваскуляризацию миокарда.

Стратификация риска с помощью КАГ, дополненной измерением фракционного резерва коронарного кровотока (ФРК и/или МРК), рекомендована пациентам с клиническим профилем высокого риска, особенно если симптомы плохо поддаются медикаментозной коррекции и решено проводить реваскуляризацию миокарда.

Лечение

Консервативное лечение. Модификация факторов риска

Основой консервативного лечения стабильной ИБС являются устранение модифицируемых факторов риска и комплексная медикаментозная терапия. Как правило, их проводят неопределённо долго. В ходе сбора анамнеза и обследования особое внимание обращают на выявление сопутствующих АГ, СД, дислипотеидемии. Крайне важным представляется информирование пациентов о наличии у них ИБС, характере её течения, факторах риска и стратегии лечения.

При выявлении избыточной массы тела рекомендуется её снижение с помощью дозированных физических нагрузок и низкокалорийной диеты. При необходимости рекомендуется направить пациента к врачу-диетологу для коррекции диеты и/или подбора медикаментозного лечения ожирения.

Всем пациентам со стабильной ИБС рекомендуется соблюдение специальной диеты и регулярный контроль массы тела.

Курящим пациентам настоятельно рекомендуется отказ от курения при помощи не только изменения поведенческой стратегии, но также использования фармакологической поддержки; избегать пассивного курения.

Рекомендована ежегодная вакцинация против гриппа пациентам с ИБС, особенно пожилым пациентам для снижения риска ССО и улучшения качества жизни.

При сопутствующей АГ рекомендуется включать в состав медикаментозной терапии антигипертензивные средства для достижения целевого уровня АД < 140/90 мм рт.ст. (первичная цель), при условии хорошей переносимости и в возрасте до 65 – < 130/80 мм рт.ст. (вторичная цель), но не менее 120 и 70 мм рт.ст.

Национальный медицинский исследовательский центр нейрохирургии им. Н.Н.Бурденко всегда был ответственен за развитие этой медицинской отрасли в стране. О проводимой клинической, научной, образовательной и организационной деятельности центра – в интервью с его директором академиком РАН Дмитрием Усачёвым.

– Вы возглавляете крупнейший в России и Европе центр нейрохирургии, недавно отметивший своё 90-летие. Как всё начиналось?

– Идея создания института в своё время принадлежала его основателям – хирургу Николаю Ниловичу Бурденко и неврологу Василию Васильевичу Крамеру. В результате их усилий в 1932 г. был образован Институт нейрохирургии с масштабной оперативной и исследовательской работой. В годы Великой Отечественной войны Н.Бурденко был назначен главным хирургом Красной армии, а институт стал эвакогоспиталем для раненых.

Потом в разные годы его возглавляли академики АМН СССР Борис Егоров, Александр Арутюнов, а с 1975 г. – академик Александр Коновалов, руководивший им на протяжении почти 40 лет! При А.Коновалове Институт нейрохирургии стал ведущей нейрохирургической клиникой мирового масштаба, произошёл переход к нейровизуализации, микрохирургии и минимально инвазивной хирургии, был построен большой хирургический корпус, коренным образом улучшивший условия для лечения пациентов.

Сменивший А.Коновалова на посту директора академик РАН Александр Потапов продолжил модернизацию института. В 2015 г. он обрёл статус национального исследовательского центра.

– Это, бесспорно, очень важные вехи. Но, согласитесь, есть общепризнанные чёткие критерии значимости научного учреждения – мировые приоритеты. Обладает ли ими центр?

– В Институте нейрохирургии возник целый ряд нейронаук. Это нейроанатомия (В.Неговский), нейропсихология (А.Лурия), нейропсихиатрия (А.Шмарьян), нейрогистология и стереоморфология (М.Барон), количественная нейроанатомия и неврология (С.Блинков), эндovasкулярная нейрохирургия (Ф.Сербиненко).

– Вклад в развитие мировых нейронаук впечатляет и делает честь отечеству. Чем живёт сегодня центр нейрохирургии?

– Сегодня центр является головным нейрохирургическим учреждением в России, что накладывает на нас обязательства по развитию нейрохирургической службы на всей территории страны. В настоящее время в центре работают 10 клинических отделений на 300 коек, 22 операционные, в том числе оснащённые интраоперационными

Наши интервью

Академик РАН Дмитрий УСАЧЁВ:

Помним историю и смотрим в будущее



КТ и МРТ, отделения радиологии и нейровизуализации с позитронно-эмиссионной томографией, лабораторный блок, научно-консультативное отделение. Специалисты центра в год выполняется порядка 10 тыс. нейрохирургических операций на головном и спинном мозге при послеоперационной летальности в пределах 0,5%. В условиях научно-консультативного отделения центра ежегодно обследуются около 60 тыс. пациентов. Созданы образовательный центр, лаборатории искусственного интеллекта, молекулярно-генетических исследований и ряд других. Растёт число научных публикаций специалистов в отечественных и престижных зарубежных научных журналах. Ведётся активная работа по созданию фундаментального 6-томного «Национального руководства по нейрохирургии».

– И что дальше?

– Перед нами стоит задача организовать специальный нейроонкологический центр, что даст возможность проводить комплексное лечение опухолей мозга на современном международном уровне.

– Расскажите о своём пути в нейрохирургию и ваших учителях.

– После окончания Свердловского медицинского института в 1985 г. работал в различных хирургических отделениях Свердловска – полостным хирургом, затем – сосудистым. В 1993 г. поступил в ординатуру, затем аспирантуру Института нейрохирургии им. Н.Н.Бурденко по специальности «нейрохирургия». Мои наставниками и учителями стали Александр Коновалов, Увайс Махмудов, Юрий Филатов,

Борис Кадашев и другие известные нейрохирурги. В тот период в институте начало своё развитие новое направление – хирургия брахиоцефальных сосудов, а в 2004 г. была создана специальная научная группа «Реконструктивная хирургия магистральных артерий головного мозга». Руководство группой поручили мне.

В институте работаю почти 30 лет, пройдя путь от ординатора до директора. Работаю с удовольствием, всегда стремлюсь учиться, охотно делюсь своими знаниями и опытом с молодыми нейрохирургами.

– Дмитрий Юрьевич, вы универсальный нейрохирург, но область ваших особых интересов – реконструктивная хирургия магистральных сосудов, ответственных за кровоснабжение головного мозга. Что удалось сделать в этой сложной проблеме?

– Сосудистая хирургия, безусловно, одно из любимых направлений. Часто причины хронической ишемии мозга и инсультов лежат в патологии внечерепных сосудов. Благодаря ультразвуковым исследованиям стал доступен неинвазивный скрининг состояния брахиоцефальных артерий. Это позволяет выявлять их стенозирующие поражения, как симптомные, так и асимптомные. На сегодняшний день мы располагаем точной диагностикой характера и распространённости поражения брахиоцефальных артерий головного мозга.

Однако важно понимать, что просто «почистить» или «починить» сосуды, питающие головной мозг, недостаточно, необходимо разбираться в физиологии мозгового кровообращения. Так, был проведён ряд исследований по определению послеоперационной восстановлению кровотока во внечерепных сосудах, в особенности если поражены сразу несколько из них, чтобы мозг отреагировал адекватно на наше вмешательство. Также были разработаны специальные анестезиологические пособия, методики региональной анестезии при каротидной эндартерэктомии, что позволило оперировать больных самого старшего возраста, точнее оценивать преходящую ишемию и предупреждать послеоперационный гемодинамический, ишемический инсульт.

– Каким общим проблемам центра уделяете внимание?

– Важно сохранить традиции, обеспечить преемственность поколений.

– Среди главных задач национального центра – повышение уровня профессорских и преподавательских кафедр и курсов нейрохирургии медицинских вузов. Несколько слов об этом аспекте вашей деятельности?

– Нами создана кафедра нейрохирургии с курсом нейронаук. В её составе сегодня 60 ведущих специалистов центра, среди них 25 профессоров. Целью работы кафедры является именно обучение специалистов в ординатуре и подготовка научно-педагогических кадров в аспирантуре, а также непрерывное послепломное образование практикующих врачей нейрохирургического профиля.

Мы оцениваем эффективность, контролируем организацию нейрохирургической помощи во всех 85 регионах России и даём рекомендации по улучшению качества оказания нейрохирургической помощи на местах. У нас активно работает телемедицинский консультативный центр, проводящий более 4 тыс. консультаций в год со всеми регионами страны.

– Ординатура по нейрохирургии в России, как и в Советском Союзе, двухлетняя. В качестве недолгого эксперимента была 5-летняя ординатура, то есть тот минимальный срок, который принят в мире для становления нейрохирурга. Как будет дальше?

– Чтобы продвигать 5-летнюю ординатуру, сначала необходимо выровнять качество оказания нейрохирургической помощи у нас в стране.

В Европе молодому специалисту после окончания ординатуры предлагается на выбор несколько вариантов трудоустройства по всему Евросоюзу, где уровень медицины примерно одинаков. В России другая ситуация: молодые специалисты чаще всего остаются работать там, где учились, – в крупных индустриальных центрах. Отучившись 5-8 лет на базе крупного нейрохирургического центра, молодой специалист не спешит ехать в другие регионы.

– Практически вы правы. Но согласитесь, что невозможно выровнять качество нейрохи-

рургической помощи, если на местах нет состоятельных нейрохирургов.

– Поэтому сейчас также созданы федеральные центры в Новосибирске и Тюмени, прекрасные школы в Нижнем Новгороде и Екатеринбурге. В этих центрах уровень оказания нейрохирургической помощи высокий.

– Вы главный редактор впервые создаваемого в стране 6-томного Национального руководства по нейрохирургии. Это тоже важное направление в повышении образовательного уровня нейрохирургов в стране.

– Согласен с вами. В России около 3 тыс. нейрохирургов – есть кому передавать опыт.

– Вы являетесь президентом Ассоциации нейрохирургов России. В чём основная роль ассоциации?

– Прежде всего, это координация работы нейрохирургов России. Разработка протоколов, клинических рекомендаций по оказанию нейрохирургической помощи и, безусловно, создание фундаментальных образовательных пособий.

– Намерена ли ассоциация ставить перед Минздравом вопрос о том, чтобы аттестация нейрохирургов была делом профессионалов, проходила через ассоциацию?

– Национальная медицинская палата России во главе с профессором Леонидом Рощалем не раз поднимала этот вопрос. Полагаю, что это вопрос времени.

– Ваше желание стать врачом случайно?

– Мой отец и дед – потомственные уральские металлурги – дали мне такие мужские постулаты, с которыми я до сих пор иду по жизни. Мама – невролог, более 25 лет проработала заведующей неврологическим отделением. Я выбрал медицину и никогда об этом не пожалел.

– Поделитесь вашими увлечениями вне медицины?

– Иногда удаётся вырваться в театр. В свободное время предпочитаю физкультуру. Отпуск в основном провожу у моря – привык плавать ещё с детства. Когда был молодой, плавал далеко. А сейчас слишком велико чувство ответственности.

– Я вас понимаю. У меня тоже подобная эволюция. Признавал только вдаль, а теперь вдоль. Несколько слов о семье.

– Моя супруга – детский невролог, доктор наук. Сын не пошёл по стопам родителей, занимается гидрогеологией нефти и газа, кандидат экономических наук. У нас замечательный четырёхлетний внук.

– Завершая нашу беседу, не могли бы вы сформулировать своё кредо руководителя национального центра?

– Нравственность, профессионализм, созидание, помня историю и смотря в будущее.

Беседу вел профессор
Леонид ЛИХТЕРМАН.

Опыт

В Свердловской областной клинической больнице № 1 впервые выполнили операцию ребёнку с очень редким и крайне опасным пороком развития сосудов головного мозга – артериовенозной мальформацией (АВМ) вены Галена. Как известно, при этом врождённом заболевании кровь под высоким давлением сбрасывается из церебральных артерий в вену Галена по сформировавшимся между ними прямым шунтам (соединениям), минуя капиллярное русло.

– Таким образом, происходит перегрузка правых отделов сердца, – комментирует врач отделения рентгенохирургических методов диагностики и лечения Камилла Мавлютова, впервые прооперировавшая такого пациента в стенах больницы. – В первые же

Спасение в первые дни жизни

часы жизни возникает сердечная недостаточность, что становится наиболее частой причиной смерти младенцев с АВМ вены Галена. Без оперативного лечения наступает летальный исход либо сразу после рождения, либо в ближайшие дни.

Кроме того, аневризмальная мальформация вены Галена может стать причиной кровоизлияния в мозг, эпилептических приступов и других серьёзных неврологических проблем. Поэтому более 90% детей с подобным диагнозом погибают или становятся инвалидами, если им вовремя не помочь.

Неоценимую помощь врачам больницы в лечении пациентов с данной патологией оказывает руководитель Научно-исследовательского центра эндovasкулярной

нейрохирургии Федерального центра мозга и нейротехнологий ФМБА России Кирилл Орлов – один из ведущих специалистов в этой области в России и единственный, кто занимается лечением новорождённых с АВМ вены Галена.

– Ежегодно в нашей стране рождается не более 15-20 детей с таким диагнозом. В Екатеринбурге есть все условия для их лечения. Это, в частности, мощная перинатальная база, одна из лучших в России, – ведь лечение новорождённых с АВМ вены Галена предполагает не только эндovasкулярную хирургию, но и ведение матери до рождения ребёнка, правильное родоразрешение и послеоперационное наблюдение пациента, – прокомментировал сотрудник НИЦ

эндovasкулярной нейрохирургии центра ФМБА России, нейрохирург Вадим Берестов, вместе с которым К.Мавлютова провела операцию.

Единственным вариантом лечения АВМ вены Галена является поэтапная эмболизация шунтов, из которых она состоит.

Количество таких вмешательств зависит от анатомических особенностей, но обычно требуется от 2 до 7 процедур, которые проводят с интервалом от 3 до 6 месяцев, так как, если закрыть все шунты за один раз, можно нарушить гемодинамику.

Во время первого визита В.Берестова в областную клиническую больницу № 1 были продиагностированы два ребёнка из Свердловской области, которые ранее

уже прошли несколько этапов эмболизации АВМ вены Галена. Одному из них через полгода снова потребовалось такое вмешательство.

А во время второго визита коллеги из Москвы рентгенохирург К.Мавлютова выполнила вместе с ним очередной этап эмболизации АВМ вены Галена двухлетней девочке из Орловской области. Ранее четыре подобных вмешательства были выполнены этой пациентке в Новосибирске. И в её случае это ещё не последняя процедура.

Безусловно, риски выполнения подобных вмешательств, особенно в первые дни жизни, очень высоки, однако современные методы эндovasкулярного лечения АВМ вены Галена позволяют спасти свыше 70% детей с этим диагнозом.

Елена ОСТАПОВА.

Екатеринбург.

Петербургский международный экономический форум (ПМЭФ) – событие, которого ждут и к которому тщательно готовятся. Участие в нём не только престижно, но непременно приводит к определённым результатам, воплощаются в реальные дела и открывают новые горизонты. О том, что важного и интересного он почерпнул для себя и для отечественной ревматологии, рассказывает директор НИИ ревматологии им. В.А.Насоновой член-корреспондент РАН Александр ЛИЛА.



Например, мы столкнулись с тем, что возникали заболевания de novo, то есть развивались новые ревматические заболевания на фоне перенесённой ковид-инфекции. Причём стало очевидно, что в ряде случаев инфекция просто объективизировала те симптомы, которые у пациента были и ранее. На фоне коронавируса заболевание как бы вспыхивало, но было понятно, что оно возникло не сейчас.

Также увеличилось количество так называемых недифферен-

сравнению с теми, кто вообще не вакцинировался или вакцинировался только одной дозой.

Поэтому мы ещё и ещё будем повторять: вакцинация обязательна, а противопоказания, если и есть, касаются очень небольшого количества людей. Скажу больше: я на протяжении всего этого периода не видел ни одного пациента, у которого были бы объективные противопоказания для вакцинации. Да, после вакцинации иногда возникают какие-то неприятные симптомы,

сатели-фантасты часто говорят о тех вещах, которые только на первый взгляд кажутся вымыслом и далёким будущим, а на самом деле очень актуальны и рано или поздно сбываются.

Академик А.Аветисян подчеркнул, что сейчас мы наблюдаем только начальный этап развития искусственного интеллекта; проводятся исследования и фантастов, и представителей разных областей науки. При этом обсуждаются вопросы, касающиеся не только больших возможностей,

– Александр Михайлович, каковы ваши впечатления о нынешнем ПМЭФ?

– Поскольку я на форуме не первый раз, могу сравнить. И должен отметить: несмотря на понятные опасения, в этом году он существенно не отличался от предыдущих по наполняемости, количеству участников и, соответственно, масштабу и насыщенности программы.

Меня пригласили принять участие в работе площадки, которая действовала в течение всех дней форума, – «Здоровое общество», в том числе в панельной дискуссии «Долгий» COVID: время быстрого реагирования».

Эта площадка собрала ведущих специалистов в своих областях. В её работе принимали участие и первый заместитель руководителя ФМБА России Татьяна Яковлева, и директор Национального медицинского исследовательского центра терапии и профилактической медицины, главный специалист терапевт Минздрава России, избранная недавно академиком РАН Оксана Драпкина, по видеоканалу присоединился и заместитель министра здравоохранения Евгений Камкин. Выступил руководитель Национального медицинского исследовательского центра реабилитации и курортологии Анатолий Фесюн, генеральный директор Национального медицинского исследовательского центра им. В.А.Алмазова академик РАН Евгений Шляхто.

Темой обсуждения стал так называемый долгий ковид. Главной задачей было привлечь внимание к тому, что связанные с коронавирусом проблемы не исчезли, несмотря на снижение заболеваемости и числа госпитализаций. Ведь сейчас на первый план всё больше выходят вопросы ранней диагностики и лечения последствий заболевания.

В частности, Т.Яковлева и О.Драпкина остановились на организационных мероприятиях, которые планируются и уже проводятся в масштабах страны в плане реабилитации пациентов, перенёвших ковид.

– Почему одними из важных оказались вопросы ревматологии?

– В случае развития постковидного синдрома пациенты, которые страдают аутоиммунными заболеваниями, оказались в самом невыгодном положении. Известно, что любая инфекция может вызывать обострения имеющихся ревматических заболеваний, и ковид это очень чётко продемонстрировал.

Второй момент: большинство наших пациентов получают иммуносупрессивные препараты, которые могут утяжелять течение инфекционного процесса, в связи с чем встал вопрос о коррекции терапии с учётом данных реалий.

И третий, не менее важный вопрос, возникший, как только появилась возможность вакцинации от COVID-19: допустимо ли в принципе подвергать этой процедуре ревматических пациентов и будет ли она эффективна на фоне иммуносупрессивных мероприятий?

Из первых уст

Прогнозирование, основанное на данных

«Долгий» ковид и искусственный интеллект – темы, звучавшие на форуме



Эти вопросы приходилось решать, как говорится, по мере поступления. Надо сказать, что на протяжении двух пандемийных лет институт работал в плановом порядке, мы не закрывались и были единственными в Москве, кто ежедневно принимал пациентов из столицы и со всех регионов Российской Федерации (ведь у нас порядка 75% – федеральные больные).

При этом, анализируя сегодня всю ситуацию с коронавирусом, понимаешь, что можно говорить и об определённых положительных моментах. Произошла актуализация ревматологии как специальности, потому что все лекарственные препараты, которые использовались для купирования цитокинового шторма, изначально были созданы для лечения ревматоидного артрита. Таким образом, налицо оказалась востребованность тех знаний, которые были накоплены ревматологами в течение последних 22 лет (а эти препараты впервые появились в 2000 г.), – нам было понятно, что делать, как делать, в какие сроки и т.д.

– Да, это был очевидный прорыв. Тем не менее коронавирус всех областей медицины приготовил немало неприятных сюрпризов. Чем он особенно удивил, если так можно сказать, ревматологов?

– Как я уже отметил, на фоне ковида наблюдалось обострение ревматологических заболеваний, поэтому в ряде случаев приходилось искать и находить новые решения, используя, в том числе, и наработки наших зарубежных коллег, которые активно публиковались.

цированных артритов, когда у пациента появляются боли в суставах, но в первые одну-две недели сложно поставить диагноз, а потом либо всё проходит, либо появляются и другие специфические симптомы. Причём диагностические сложности оказались связаны ещё и с тем, что у ряда ранее здоровых людей после перенесённого ковида в крови начали обнаруживать антитела, которые специфичны для ревматических заболеваний.

Мы ведь диагноз ставим на основании диагностических критериев – клинических, лабораторных, инструментальных. И вот вдруг в крови обнаруживается антинуклеарный фактор или антитела к фосфолипидам. При полном отсутствии клинических симптомов! Поэтому такие пациенты нуждаются в динамическом наблюдении специалиста с периодическим лабораторным контролем.

Ещё одна проблема, с которой мы столкнулись, – это быстрое развитие у молодых пациентов (35-40 лет), перенёвших ковид, асептического некроза головок бедренных костей, что нередко требует хирургического лечения (эндопротезирования суставов).

– Панацеи, понятно, не существует. А есть возможность как-то сгладить последствия ковида или вообще их предупредить?

– Поскольку речь уже идёт о «долгом» ковиде, то такой вопрос очень важен. Недавно была опубликована интересная работа учёных из Великобритании, где было показано, что у людей, которые прошли полный курс вакцинации, постковидный синдром наблюдался в два раза реже по

но процент осложнений в тысячи раз меньше, чем в состоянии, которое может развиться после перенесённого ковида.

– Насколько я знаю, вы посещали и другие площадки на ПМЭФ?

– Да, меня очень интересовала дискуссионная площадка «Интеллект: искусственный vs естественный», поскольку сейчас закономерно возрастает интерес к цифровым технологиям. Там модераторами были генеральный директор АО «Аргументы и факты» Руслан Новиков и заместитель президента РАН Максим Сафонов.

В дискуссии принимали участие президент РАН академик Александр Сергеев, директор Научного центра неврологии академик РАН Михаил Пирадов, директор Института системного программирования им. В.П.Иванникова РАН академик РАН Арутюн Аветисян и другие.

Для всех важно было определить, какие тенденции прослеживаются в решении вопросов изучения и «проектирования» искусственного интеллекта, в том числе касающиеся этики и безопасности. То, что главным спикером был А.Сергеев – очень показательно, ведь именно академия наук задаёт тон в рассмотрении насущных научных проблем и осуществлении самых смелых инноваций.

Помимо прочего дискутировали также на тему: искусственный интеллект против естественного или всё-таки ему в помощь? Очень понравилось выступление публициста, исследователя и теоретика фантастики Сергея Переслегина. Он себя называет прогностиком, потому что, как известно, пи-

но и прикладных тем: не будет ли искусственный интеллект в результате нарушать какие-то этические нормы, причинять вред и т.п.? Хотя, возможно, подробно говорить о таких высоких материях ещё рано.

– Как может использоваться искусственный интеллект в вашей области?

– Мы видим большие перспективы этого направления. Одно из них – создание программы реабилитации пациентов (в данном случае – детей с воспалительными заболеваниями суставов) с элементами искусственного интеллекта, чем мы в настоящее время занимаемся вместе с коллегами из Сколково.

Считаем, что это направление может быть очень востребованным, так как дети наиболее тропны к игровым аспектам реабилитации. Использование неиммерсивных технологий не требует даже 3D-очков, достаточно небольшого гаджета (приставки), с помощью которого можно будет выполнять специальные упражнения.

Вторая разработка касается так называемого компьютерного зрения, то есть анализа рентгенограмм суставов с целью дифференциальной диагностики ряда ревматических заболеваний. Процесс создания и реализации таких программ непростой, потому что даже мнения профессиональных экспертов в оценке конкретного снимка иногда расходятся. А для обучения искусственного интеллекта необходимо чётко определить, «что мы видим на этой картинке»; понятия «похоже» или «непохоже» тут не работают. Но направление очень важное для нас, и я уверен, всё должно получиться.

Мы крайне заинтересованы в таких программах. Например, сейчас анализ рентгенограммы суставов кистей занимает примерно 15-20 минут. Если созданная программа будет характеризоваться высокой чувствительностью и специфичностью, то на такой анализ может уходить всего несколько секунд, что, конечно, очень существенно...

Сейчас наша задача – выйти на какие-то приемлемые показатели. И судя по опыту, который появился при анализе изображений лёгких во время пандемии коронавирусной инфекции, данный проект вполне реализуем.

Беседу вела
Алёна ЖУКОВА,
корр. «МГ».

Москва.

Бумеранг добра

Студентка 5-го курса педиатрического факультета Сибирского государственного медицинского университета Ульяна Кокорева разработала проект «Комьюнити: я волонтер-медик», который направлен на создание корпоративного комьюнити волонтеров-медиков. Проект стал одним из победителей конкурса грантов на внеучебную деятельность в рамках реализации программы стратегического академического лидерства «Приоритет-2030».

«Сама идея возникла в период пандемии 2020 г., когда у волонтеров была сильная загруженность и их работоспособность заметно снизилась. Чтобы выступать в роли соратника и поддержки нуждающимся, волонтер-медик должен уметь оставаться в ресурсном состоянии. Для этого одной поддержки мало. Важно, чтобы был не просто отдых, но и смена деятельности», – рассказала Ульяна.

Командой уже проведено 10 мероприятий, где участники обменивались опытом, погружались в корпоративную культуру, учились поддерживать друг друга, оценивать и развивать свои личные качества. Для проведения тренингов были приглашены эксперты-психологи СибГМУ.

Подбирая темы мероприятий, команда ориентировалась на важные для каждого волонтера вещи – эмпатия, душевная полнота, владение собственными ресурсами и стрессоустойчивость.

Среди участников были как уже опытные волонтеры-медики, так и те, кто только планирует быть в основе команды. Ребята уже ближе познакомились с движением, а также сформировали для себя «антистрессовую банку».

«Для меня как для руководителя проекта главный результат – пополнение рядов волонтеров. Это новые заряженные ребята, готовые вершить полезные дела для общества и себя. Каждый участник собрал для себя нужные пазлы для развития стрессоустойчивости, научился правильно работать со своим временем и ресурсами. Мы сформировали корпоративную среду для

В медицинских вузах страны

Волонтерская пора



Команда «Вакцина здоровья»

обмена опытом и не только. Кто-то из ребят нашёл здесь друзей. А мне было интересно поработать с потенциальными участниками команды волонтеров-медиков», – отмечает автор проекта.

В работе над проектом ей помогли региональный координатор Всероссийского общественного движения добровольцев в сфере здравоохранения «Волонтеры-медики» Алексей Филимонов и партнёр проекта – ресурсный центр добровольческой деятельности Томской области «Бумеранг добра – 70».

Два месяца в Альметьевске

Ординатор кафедры кардиологии факультета повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов (ФПК и ППС) Казанского государственного медицинского университета Айзилья Галимова победила в республиканском грантовом конкурсе социально значимых проектов в сфере молодёжной политики.

Субсидия из бюджета Республики Татарстан направлена на функционирование Всероссий-

ского студенческого медицинского отряда «Альмедик», который собрал в Альметьевске студентов-медиков со всей России. В течение июля-августа бойцы-волонтеры будут работать на базе трёх медицинских учреждений, тем самым не только развивая свои профессиональные навыки, но и оказывая кадровую поддержку здравоохранению республики.

Добровольческие акции в рамках проекта, направленные на работу с населением, дают реальную возможность повысить уровень медицинской грамотности альметьевцев в области профилактики наиболее актуальных неинфекционных и инфекционных заболеваний, в том числе и ВИЧ-инфекции.

Время учёбы и летом

В Кемеровском государственном медицинском университете проходит уже вторая профильная медицинская смена «Умное лето с КемГМУ-2022» – в рамках реализации региональной программы детского отдыха и оздоровления.

Участниками смены в гибридном формате стали 44 школьника 5-11-х

классов из 11 образовательных организаций областного центра и Таштагольского муниципального округа.

Будущие медики второй профильной смены уже на первом занятии получили возможность составить объективное представление о медицинских профессиях, образовательных возможностях КемГМУ, приобщиться к волонтерской деятельности в медицине.

Интересный и познавательный квест «Проориентация школьников в медицину» и экскурсию по центру симуляционного обучения и аккредитации КемГМУ для школьников, их родителей и преподавателей провели Елена Цой и Наталья Попова. Участники второй профильной медицинской смены в форматах офлайн и онлайн посетили интерактивные площадки: отделение реанимации; знакомство с анатомией человека; оказание помощи детям; основы функциональной диагностики; кабинет акушера-гинеколога; основы хирургии; кабинет кардиолога.

На локациях школьникам продемонстрировали уникальное оборудование – симуляторы пациентов (взрослых и новорожденных) для

тренировки навыков оказания неотложной помощи; интерактивную образовательную платформу с 3D-изображениями тела человека; интерактивный педиатрический симулятор, позволяющий обучающимся развивать своё мышление в критических ситуациях, а также корректировать свой учебный план согласно поставленным задачам; тренажёры для отработки навыков функциональных и ультразвуковых методов исследований; симулятор, объединяющий в себе несколько учебных предметов, таких как гинекология, акушерство, педиатрия, экстренная медицина; виртуальный лапароскопический симулятор, торс для ведения травмы, фантом нижней части живота для хирургического тренинга при травме, тренажёры для отработки наложения кожных и кишечных швов; симулятор для обследования кардиологического пациента с комплексным воспроизведением клинической картины наиболее важных кардиологических заболеваний и синдромов.

Если хочешь быть здоровым

Студенческая выездная бригада Рязанского государственного медицинского университета «Вакцина здоровья» реализует серию информационно-профилактических акций «Если хочешь быть здоровым», разработанных обучающимися и сотрудниками вуза. Реализация проходит на открытых площадках при дозуправлениях, в парках и других местах, предназначенных для массового отдыха жителей областного центра.

Каждая акция включает в себя концертную площадку от активистов культуры-массового сектора РязГМУ, детскую интерактивную площадку, мини-лекторий от врачей разных специальностей, мобильную площадку диагностики здоровья, спортивную площадку от студенческого спортивного клуба вуза, танцевальные мастер-классы, дыхательную и суставную гимнастику.

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

Проекты

Цель одна, а задач много

Одним из итогов научно-практической конференции по лазерным методикам лечения в урологии, проходившей на базе главной клиники Южного Урала, стало подписание договора о сотрудничестве Челябинской областной клинической больницы (ЧОКБ) и самого престижного вуза России – Московского государственного университета. Стороны договорились о регулярном обмене опытом, открытии совместных практических площадок и подготовке научных кадров для Южного Урала.

«Цель у нас одна, а задач много, – говорит директор университетской клиники МГУ им. М.В.Ломоносова академик РАН Армаис Камалов. – Это в первую очередь налаживание взаимодействия между медицинским научным образовательным центром ведущего вуза в стране и такой же ведущей клиникой – областной клиникой Челябинска. Мы намерены обсуждать вопросы, связанные с внедрением новых методик с использованием инновационных технологий. Поскольку ЧОКБ является флагманом в регионе, эти методики смогут концентрироваться здесь как точка роста, как точка компетенции, а дальше уже

будут распространяться в другие больницы области».

Подписание договора о сотрудничестве открывает новые возможности для молодых врачей Южного Урала. Многие доктора смогут защитить диссертации, получить кандидатскую и докторскую степени и внести свой вклад в науку. Для опытных специалистов это ещё один ресурс повышения профессионального уровня.

«Любая конференция – дискуссионная площадка, которая позволяет встречаться людям, работающим в одном направлении медицины для того, чтобы совершенствовать свой опыт, свои знания, – подчёркивает главный врач ЧОКБ, доктор медицинских наук, профессор, заслуженный врач РФ Дмитрий Альтман. – Такое взаимодействие необходимо для совершенствования оказания медицинской помощи населению».

В рамках конференции прошли три мастер-класса, во время которых приглашённые и местные хирурги оперировали пациентов, а весь процесс транслировался на большой экран. Для лечения пациентов с мочекаменной болезнью использовали гибкие уретроскопы, обладающие способностью заглянуть в любые уголки почки. А при лечении аденомы предстательной железы

применяли лазерное оборудование разных производителей.

«Мы показывали в работе уретроскопы и лазеры разных производителей, чтобы продемонстрировать отличия и особенности использования каждого инструмента, – комментирует заведующий отделением урологии ЧОКБ, главный специалист уролог Минздрава Челябинской области Сергей Кокнаев. – Это будет полезно для тех докторов, кто смотрит нас вживую и через интернет. Те, у кого этой аппаратуры ещё нет, увидят, насколько эта аппаратура им нужна. А те, у кого она уже есть, получат дополнительную информацию в свой багаж знаний».

Во время практической части конференции ведущие хирурги из Москвы, Курска и Челябинска прооперировали шестерых южноуральцев с различными патологиями по высокотехнологичным методам с использованием самого современного оборудования мирового уровня.

Добавим: каждый месяц через отделение урологии ЧОКБ проходят более 200 пациентов с мочекаменной болезнью и патологией предстательной железы.

Наталья МАЛУХИНА,
внешт. корр. «МГ».
Челябинск.

Инициатива

Пополним состав брянских докторов

Три года назад был подписан договор о сотрудничестве между Первым Московским государственным медицинским университетом им. И.М.Сеченова и Брянской областью.

Курсы повышения квалификации и переподготовки для брянских врачей Сеченовский университет и прежде организовывал на своей базе. Теперь же департаменты здравоохранения и образования региона совместно разработали рабочую концепцию принципиально нового для области образовательного учреждения – предвуниверсария. По сути, это – та же школа, имеющая государственную лицензию, только строго ориентированная на подготовку будущих выпускников к поступлению в Первый МГМУ им. И.М.Сеченова. Договор содержит, в частности, положение об организации поездок учащихся в Сеченовский университет и проезд на Брянщину преподавателей вуза для проведения занятий и консультаций.

Для школьных кабинетов было закуплено новейшее оборудование, а для пришедших учиться старшеклассников занятия начали проводить заслуженные учителя России, кандидаты наук и другие специалисты в области образования. К тому же по

договорённости с Брянским государственным университетом им. И.Г.Петровского лабораторные работы по химии и биологии учащиеся стали делать на базе этого учебного заведения. И в первый пилотный год учёбу начали тогда по новым программам и учебным пособиям 100 школьников. Многие из них поступили потом в Сеченовский университет. Прошедшие недавно экзамены подтвердили стремление ребят к будущим занятиям именно медициной. По словам директора медицинского Сеченовского предвуниверсария области Алексея Ермакова, ведутся не только теоретические, но и практические занятия. Объектом заботы учащихся стали пациенты госпиталя для ветеранов, решено взять шефство и над детским онкологическим центром. Таким образом учащиеся предвуниверсария испытывают себя в волонтерской медицинской деятельности.

Следует отметить, что обязательная учебная программа рассчитана на два года. Но есть возможность получить и дополнительное образование по схеме «Шаг в медицину», когда обширные проводятся именно практические занятия. Конечный результат обеспечивает выход на обязательное участие в олимпиадах московских ме-

дицинских вузов. В этом году 70 ребят, занимавшихся на занятиях «Шага в медицину», участвовали в такой олимпиаде. Некоторые получили «плюс 10 баллов», которые пригодятся при поступлении после окончания предвуниверсария в медицинские вузы.

Окончившие предвуниверсарий могут также поступить и в Брянский медицинский техникум им. Н.М.Амосова. В минувшем году так сделали пять выпускников.

Разумеется, не всё гладко пока в таком новом и нужном деле. У предвуниверсария нет до сих пор своего здания. Сейчас он располагается на территории Брянского государственного университета им. И.Г.Петровского, есть ряд и других трудностей. Однако год от года увеличивается количество учащихся, поступивших в Сеченовский университет, медицинские вузы Смоленска, Курска и других городов. Будем надеяться, что после обучения молодые дипломированные специалисты пополнят состав брянских докторов. Это поможет, несомненно, разрешить существующую пока ещё проблему дефицита кадров.

Василий ШПАЧКОВ,
соб. корр. «МГ».

Брянская область.

Вывод

Всё живое вызывает к обсуждению

Парижский врач Поль Брока открыл центр речи, сообщив об этом в 1863 г. коллегам, которые и до него знали, что различные процессы, протекающие в левом полушарии мозга, затрагивают и язык.

Брока выяснил, что его центр речи локализуется в основании левой лобной или фронтальной доли. Француз как всегда возразил немец К.Вернике, уверявший, что надо смотреть «вглубь» височной доли – её срединно-медиальной поверхности, клетки которой отвечают за понимание языка и владение им. Нескончаемые споры длились до внедрения в широкую практику МРТ и его функциональной разновидности, позволяющей видеть при решении различных задач активность нервных клеток в живом мозге. Думается, что разрешению дискуссий способствует и работа, проведённая сотрудниками Массачусетского технологического института (МТИ).

Функциональный МРТ (фМРТ) позволил выяснить, что за восприятие голоса и понимание информации отвечает отнюдь не левое, а правое полушарие. Речь идёт об STG, или верхней темпорально-височной доле (Superior Temporal

Gyrus), нейроны которой формируют «голосовую» область. Нечто подобное нейробиологи МТИ увидели, а вернее, не увидели в мозге женщины, родившейся без левой височной доли. На томограммах её мозга отсутствующая доля выглядела как чёрное пятно. Но этим дело не ограничилось, поскольку у пациентки в результате врождённого дефекта не сформировалась «языковая» зона в лобной доле.

В своей статье учёные пишут, что процессинг языка являет собой пример чёткой латерализации его функции в левом, доминантном с этой точки зрения, полушарии. Латерализация хорошо известна и понятна, вопрос только в том, как это происходит. Результаты фМРТ-исследования мозга EG (Эхо-ЭГ) надёжно доказали, что для языка очень важна функциональная сеть, развивающаяся между височной долей и фронтальной. Для подтверждения были также проанализированы данные исследований 145 нормальных контролей-добровольцев. Женщину пытались научить языку, но два фМРТ, проведённые с промежутком в 3 года, образования сети не выявили. Зато в лобных долях обоих полушарий прекрасно функционирует так называемая сеть множественных потребностей (Multiple Demands).

Это может свидетельствовать о том, что лобная кора поддерживает нелингвистическое распознавание. Тем не менее для развития языковой функции мозга требуется всё же левая височная доля, связь которой с лобной формируется уже после рождения, почему иногда и происходят задержки в развитии языка и речи у детей.

Интересно с точки зрения уникального исследования EG, родившейся без левой височной доли, проследить под новым углом многочисленные томограммы аутистов и детей с аутистическим спектром расстройств, которых недаром зачастую называют «буки» за их сложности с овладением языком. Возможно, что нарушение височно-лобной сети обнаружится и у заик и при косноязычии. Вспомните в качестве примера последнего легендарного Демосфена с его камешками во рту, который со временем научился произносить гневные «филиппики» против македонского царя Филиппа II, отца Александра. Мы давно уже вступили в эру инструментального изучения мозга, чего не было во времена Брока и Вернике. Но они были, как Шерлок Холмс, весьма наблюдательны и подобно сыщику обладали дедуктивной сетью в мозге, что позволило сделать им правильные выводы-«дедукции».

Исследования

Гири помогут изоляции

В XVII веке люди ещё так мало знали и видели, что делали открытия в областях исследований, не являвшихся для них основными.

Сегодня учёные должны много знать в своей конкретной области, хотя двуцепочную спираль ДНК предложили, исходя из данных Розалин Франклин, орнитолог Дж.Уотсон и физик Ф.Крик. В своей книге «Рассвет языка» швед С.Йоханссон сделал попытку проследить путь от обезьяньей «болтовни» к словам человеческим. И всё было бы хорошо, если бы он не вторгался в генетику, уверяя, что 20 тыс. генов не хватает на 100 млрд нейронов нашего мозга, поэтому с его точки зрения нервная система и поведение не контролируются только генами. Сие заявление напоминает давнишний спор преформистов и эпигенетиков: первые утверждали, что человек сформирован уже в головке спермия, а вторые ставили во главу развития влияние внешних факторов. Ламарк писал о «внутреннем стремлении» предков жирафа тянуть шею, а его противник через полвека связывал урожай клевера на лугу с приплодом мышей и численностью кошек. В начале геномного миллениума эпигенетика подразумевает модификацию ДНК и белков путём присоединения к ней метильных групп СН₃, и этого достаточно, чтобы «замолчать» мужские гены у женщин и наоборот. В то же время для нарушения развития, выражающегося в умственной отсталости, достаточно добавления лишней хромосомы 22 пары (синдром Дауна) или хрупкости одной из хромосом из-за нарушений в гене фрагментарности FMRP (Fragile Mental Retard Protein).

Некогда король викингов Горм, отец Харальда Блутуса-Синезубого, поставил в устье реки Орхус на востоке Ютланда крепость. Ныне город Орхус, второй по величине город Дании, и его



Эмбрион мыши с голубыми извилинами мозга и зелёными лапками

университет позволил себе новый нейропсихиатрический центр в стиле гирификации. «Гирями» – gyrus – как известно, называют извилины головного мозга, поэтому неудивительно, что корпуса будущего центра Neuro имеют сходную форму. В то же время – в ожидании новых пандемий – «гири» позволят быстро изолировать красные зоны, а не делать весь центр недоступным. В центре специалисты университета будут лечить нейрофизиологические и психиатрические расстройства, а также вести исследования в этих областях (они вряд ли согласятся со шведом). Кстати, название борозды sulcus означало ров вокруг лагеря, в котором стоял римский легион.

Француз А.Каррелю 110 лет назад вручили Нобелевскую премию за получение первых культур тканей, а японцу С.Яманакэ через век после него – за получение клеточных «клонов», а вернее плюрипотентных клеток из фибробластов кожи взрослого организма. Преимуществом их

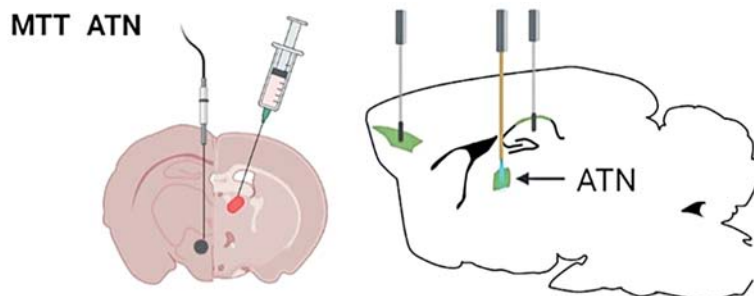
является то, что они по своему потенциалу сходны с эмбриональными стволовыми, дающими 200 клеточных типов организма. Следующими стали органоиды различных органов, в том числе и мозга. Характерной чертой последних является стратификация, или образование упорядоченных нейронных слоёв, которой нет в органоидах, полученных из клеток человека с синдромом Дауна. Различия при МРТ-исследовании видны и в мозге при шизофрении, при которой снижается активность в участках мозга, которые активны у здоровых. Сотрудники Йогогамского университета и их коллеги из Гарварда выявили белковый маркер, позволяющий раннюю диагностику заболевания. Это протеин рецептора SMRP (Cytoskeletal Receptor Modulated Protein), модулирующего клеточный цитоскелет (совокупность волокон актина), удерживающего форму нейрона.

Ген белка активен и в лимфоцитах, что облегчает и удешевляет диагностику заболевания. Статья в журнале PNAS называется «Клиническое свидетельство нарушения регуляции нейросетей может помочь при диагностике шизофрении». Авторы показали, что протеин SMRP крайне важен для нормальных дендритов, то есть отростков, по которым поступают сигналы к нейронам. Можно также напомнить, что лимфоциты (как и другие клетки крови) имеют происхождение от клеток, «выселяющихся» из нервной трубки. Кстати, иммунные лимфоциты постоянно «переговариваются» с нейронами, что ведёт к снижению регенерации стареющих нервных клеток. А в Университете Гонконга выявили у мышей нейросеть, объединяющую нервные клетки «эмоциональной» поясной извилины (AC – Anterior Cingulate) и слуховой коры височной доли (Auditory Cortex – шизофреники часто слышат «голоса»). Учёные считают, что их данные также помогут психиатрам (CR).

Взгляд

Эллины называли таламусом грудку трофейного оружия побеждённых. Нечто подобное ему увидели под полушариями первые анатомы, давшие образованию латинское название таламус. Под ним естественно располагается гипоталамус, а чуть впереди хиазма, почему наши назвали таламус зрительным бугром. Та часть его, что смотрит в направлении хиазмы, есть передний таламус (AT – Anterior Thalamus). Можно отметить, что кора имеет слои нейронов, в то время как у подкорковых структур слоёв нет, поскольку они «закладывались» намного раньше в виде клеточных групп, или ядер. К подкорке относятся также миндалина и чёрная субстанция, клетки которой синтезируют из аминокислоты тирозина дофамин.

Бугор зрения



Слева ATN и MTT, справа показаны электроды в таламусе, гиппокампе и предлобной коре

Отростки дофаминовых нейронов посылают свои «проекции» в кору, поэтому нейробиологи Мичиганского университета полагают, что именно эти связи определяют развитие кокаиновой зависимости. Необходимо добавить, что чёрная субстанция среднего мозга лежит в близком соседстве с задним отделом таламуса, под ним же расположены округлые сосцевидные, или мамиллярные тела, посылающие свои сигналы в таламус по мамиллярно-таламическому тракту (МТТ). Всё это делает зрительный бугор важным хабом мозга, определяющим работу последнего. Мнение коллег подтвердили авторы статьи, выявившие мозговую сеть, активность которой порождает беспокойность и зависимость от упомянутого вещества. Проявлению путей распространения сигналов способствовало введение в нейроны флуоресцентных белков с помощью вируса бешенства. Свечение показало вовлечение в сеть той же миндаловины, которую считают центром страха. Учёные полагают, что можно найти способы воздействия на нейроны сети, которые помогут лечить людей от зависимости.

Клетки миндаловины участвуют также и в формировании памяти, что вполне естественно. Однако в университетах Оксфорда и Ковентри, а также новозеландского Окленда показали участие в этом важном процессе и нейронов переднего отдела таламуса. Речь идёт о его ядрах – nuclei (ATN), участвующих в формировании вышеупомянутого МТТ, нейроны которого реагируют на возбуждающую их глутаминовую аминокислоту (Глю). В связи с этим понятно, что повреждение МТТ, затрагивающее и гиппокамп, приводило к нарушению памяти. За память отвечает также и предлобная, или префронтальная кора, «подпитываемая импульсами, происходящими из ATN. На нервных клетках её имеются белковые рецепторы токсичного мускарина, получаемого из мухоморов. В норме же они возбуждаются хорошо известным по мышечным сокращениям ацетилхолином.

Всё это помнили нейробиологи Массачусетского технологического института (МИТ). В своей

статье, опубликованной журналом PNAS, они подчёркивают роль сетей AT в поддержании рабочей памяти (WM – Working Memory), которая ухудшается с возрастом. Особую роль авторы отделили нижнему-вентральному отделу AT, имеющему связи с клетками полюса височной доли (энторинальная кора). Нейроны последнего отвечают за пространственную ориентацию и связанную с ней память. Оживить память у старых мышей удалось путём активации клеток нижнего отдела AT, а также прямым воздействием на предлобную кору (но в этом случае мыши становились беспокойными). Суть открытия, сделанного в МИТ, заключается в выявлении роли AT и возможности «оживления» с его помощью памяти у старых 14-месячных крыс. За 2 года до МИТ сотрудники Рокфеллеровского университета обнаружили, что за кратковременную память отвечают нервные клетки таламуса, несущие на своей поверхности белковые рецепторы, которые назвали «смарт» (smart). Авторы предположили, что с помощью клеток со smart осуществляется связь между AT и предлобной корой.

Утеря памяти считается одним из ведущих признаков развития такого нейродегенеративного заболевания, как болезнь Альцгеймера, но она страдает и при паркинсонизме, развивающемся на фоне гибели нейронов, синтезирующих дофамин. Тот же МИТ опубликовал работу, согласно которой болезнь Паркинсона развивается в результате гибели особой популяции клеток, что удалось выявить при анализе РНК в отдельных клетках (single-cell RNA). Учёные просмотрели 387 483 клеточных ядра и профили 22 048 дофаминовых нейронов. Одним из ведущих генов, меняющих свою активность, явился ген, кодирующий синтез белкового рецептора AGT, то есть ангиотензина, с которым соединяется с помощью своих шпилек-спайков COVID. Не этим ли объясняются известные нервные осложнения, от которых страдают даже вроде бы выздоровевшие люди. Похоже, что мозг хранит ещё много тайн, которые придётся раскрывать нейробиологам...

Подготовил Игорь ЛАЛАЯНЦ,
кандидат биологических наук.

По материалам NeuroPsychologia, Cell Reports, PNAS, Science, Cell, Current Research in Neurobiology, J Neuroscience, Nature Neuroscience.

Особый случай

Танзанийский вирус

В Танзании зарегистрировано 13 случаев неизвестной болезни в деревне Мбекенгера региона Линди. Об этом сообщил главный врач Танзании доктор Айфел Сичалве во время брифинга.

По симптомам болезнь схожа с геморрагическими лихорадками Эбола и Марбург – температура, головная боль, усталость и кровотечение, особенно из носа. Однако предварительные результаты лабораторных исследований исключили эти вирусы, как и COVID-19 – анализы дали отрицательный результат.

С 5 июля, когда был зарегистрирован первый случай этой болезни, скончались три человека, два пациента, находившиеся в изоляторе медцентра Мбекенгера, выздоровели и вернулись домой. В больнице остаются ещё пятеро больных.

Министерство здравоохранения Танзании направило группу экспертов в регион Линди для расследования вспышки и принятия мер по предотвращению дальнейшего



распространения неизвестного заболевания. Проблемой также занимаются специалисты ВОЗ.

В последние годы Африка всё чаще сталкивается с инфекциями, вызванными зоонозными патогенами, когда болезни, возникающие у животных, затем передаются людям. Такие ситуации возникали и раньше, но тогда плохая транс-

портная инфраструктура выступала в качестве естественного барьера. Теперь, когда ситуация с транспортом улучшилась, возросла угроза перемещения зоонозных патогенов в крупные городские центры.

ВОЗ предупреждает, что число случаев заболевания и смерти от зоонозов в городах может стать катастрофическим.

Бывает и такое

«Кратчайший путь» к счастью

Можем ли мы предсказать, насколько счастливыми мы будем через 10 лет? Исследователи, специализирующиеся на искусственном интеллекте, считают, что можем. Они создали алгоритмы, способные определять уровень благополучия и психологический возраст людей на основе их психологического профиля. «Мы представляем модель изучения на основе психологического опросника, которая может быть использована для оценки психологического возраста, будущего благополучия и риска депрессии», – заявляют учёные в статье, опубликованной в журнале Aging.

В исследовании приняли участие учёные из частной компании Deep Longevity и Гарвардской медицинской школы. Они использовали данные работы, проведённой в США Национальным институтом старения. Исследование под названием «Средний возраст в США», или MIDUS, включает около 4000 испытуемых с определёнными психологическими профилями. Оно проводилось в два периода – 1995-1996 и 2004-2006 гг. Опросник включал 32 пункта, такие как ответы на утверждения типа «Требования повседневной жизни часто угнетают меня», «Поддерживать близкие отношения трудно» или «Я хорошо справляюсь с ответственностью»... На основе этих дан-

ных были созданы две «численные модели человеческой психологии». Исследование относится к области «машинного обучения»: разработка системы, которой «скармливают» данные для извлечения логических связей для определенной цели. Сырьём служат известные статистические данные.

Первый разработанный алгоритм призван предсказать возраст и психологическое благополучие респондентов на 10 лет вперёд. Как заявляют учёные, «десятилетия исследований благополучия выявили, что психологическое благополучие тесно связано с физическим здоровьем, оптимизмом и социальными связями». Другими словами, из ответов на простые вопросы о повседневной жизни можно сделать много выводов. Таким образом, идея разработанной модели заключается в том, чтобы описать траекторию развития человеческого разума по мере его старения. Например, отмечено, что акцент на самосовершенствовании неуклонно снижается, но чувство цели в жизни начинает угасать только после 40-50 лет.

Вторая модель предназначена, скорее, быть основой для психологических рекомендаций. Она разделяет респондентов на группы в зависимости от их предрасположенности к развитию депрессии и рассчитывает эффективные «траектории» для установления психической стабильности. Наивно по-

лагать, что этот алгоритм способен предоставить «рецепты счастья» в соответствии с психологическим профилем, но исследователи надеются, что она будет полезна, например, при разработке приложений для психического здоровья.

«Существующие программы по охране психического здоровья предлагают общие советы, которые применимы ко всем, но не подходят никому. Мы создали систему, которая научно обоснована и предлагает превосходную индивидуализацию», – говорит Алекс Жаворонков, «директор по долголетию» Deep Longevity. Чтобы продемонстрировать полезность своих исследований в реальном контексте, команда создала бесплатную веб-приложение под названием FuturSelf. Оно позволяет пользователям пройти психологический тест и получить отчёт с информацией о том, как улучшить своё психическое благополучие в долгосрочной перспективе. Также можно подписаться на программу, которая предоставляет рекомендации, отобранные алгоритмом.

Авторы поясняют, что полученные данные будут использоваться для дальнейшего уточнения результатов исследования. В планах – продолжить изучение психологии человека в контексте старения и долгосрочного благополучия. В частности, исследовать влияние счастья на физиологические показатели старения.

Ну и ну!

Врач из Коннектикута признал себя виновным в заказе сотен «ненужных сканирований мозга». Согласно пресс-релизу прокуратуры США в округе Массачусетс, 67-летний доктор Дональд Зальцберг предстал перед окружным судом США и признал себя виновным по «одному пункту обвинения в сговоре с целью совершения мошенничества в сфере здравоохранения и одному пункту обвинения в сговоре с целью получения откатов».

мозга, за которое будут поданы иски в Medicare и другие страховые компании для оплаты», – говорится в сообщении окружной прокуратуры штата Массачусетс.

За каждое ненужное сканирование мозга Зальцберг получал денежные откаты в размере от 100 до 125 долл.

«В результате схемы были выставлены мошеннические счета на сумму более 3 млн долл.», – говорится в пресс-релизе.

Обвинение в сговоре с целью совершения мошенничества в сфере

Откаты за ненужное сканирование

Признание вины произошло через несколько месяцев после того, как Зальцберг впервые был обвинен в мошенничестве в течение 5 лет – 2014-2019 гг.

Дональд Зальцберг – лицензированный врач, руководил офтальмологической практикой в Уэст-Хартфорде, штат Коннектикут, сообщает в окружной прокуратуре штата Массачусетс. Медицинская диагностическая компания, с которой он работал, проводила транскраниальное доплеровское сканирование (TCD) для измерения кровотока в разных частях мозга.

Зальцберг был обвинён в заказе «сотен ненужных с медицинской точки зрения TCD-сканирований в обмен на откаты» от диагностической компании, говорится в пресс-релизе. «Зальцберг и его сообщник – директор компании использовали ложные диагнозы пациентов, чтобы проводить ненужное сканирование

здравоохранения влечёт за собой тюремное заключение сроком до 10 лет лишения свободы, а также потенциальный штраф в размере до 250 тыс. долл. Кроме того, второе обвинение в «заговоре с целью нарушения закона о борьбе с откатами» влечёт за собой до 5 лет тюремного заключения и возможный штраф в размере 250 долл.

«Приговоры выносятся судьёй федерального окружного суда на основании руководящих принципов и законов США о вынесении приговоров по уголовному делу», – говорится в пресс-релизе.

Похожий инцидент произошел в феврале, когда врач, имеющий лицензию в Оклахоме и Техасе, признал себя виновным в получении откатных платежей за «написание и направление рецептов на сложные лекарства», – объявила прокуратура США в Северном округе Оклахомы.

Ситуация

Исключительный эпизод

В Испании зафиксировали первый с 1979 г. аутохтонный (независимый от внешних факторов) случай холеры.

По данным издания, заражение выявили у молодой несовершеннолетней девушки в провинции Толедо автономного испанского сообщества Кастилия-ла-Манча. Предположительно, она выпила неочищенную воду из колодца на территории фермы. Была госпитализирована и после успешного лечения выписана. Власти опечатали территорию фермы для проведения расследования: специалисты пытаются найти источник заражения, а также определить, есть ли другие пострадавшие.

«Несмотря на то что ферму закрыли, чтобы исключить риски для населения, опасаться нечего», – заверил представитель правительства региона.

Эпидемиолог и научный сотрудник института ISGlobal в

Барселоне Кике Бассат считает, что это исключительный эпизод, связанный с потреблением неочищенной воды, и «риск для населения практически нулевой, поскольку для загрязнения существующих санитарных сетей, находящихся под контролем Испании, должна произойти катастрофа».

Как известно, возбудителем холеры является бактерия *Vibrio cholerae*, попадающая в организм вместе с зараженными ею продуктами питания или водой или при контакте с больными. Нередко заболевание протекает в лёгкой форме или бессимптомно, но в других случаях может привести к летальному исходу за несколько часов.

По данным Всемирной организации здравоохранения, ежегодно в мире регистрируется от 1,3 до 4 млн случаев холеры, при этом от 21 тыс. до 143 тыс. заболевших скончались.

Ракурс

В последнем докладе ООН «Положение дел в области продовольственной безопасности и питания» отмечается, что глобальные меры по искоренению голода и неполноценного питания не дают ожидаемых результатов.

В докладе Организации Объединённых Наций приводятся новые данные, свидетельствующие о том, что мир всё дальше отходит от цели ликвидации голода. Число людей, страдающих от голода в мире, в 2021 г. достигло 828 млн, что примерно на 46 млн больше, чем годом раньше, и на 150 млн больше, чем до начала пандемии COVID-19.

За 2022 г. представлены последние данные о ситуации, включая

Число голодающих в мире растёт

последние оценки стоимости и экономической доступности здорового питания.

С 2015 г. доля голодающих оставалась относительно неизменной, но в 2020 г. она выросла и продолжила расти в 2021 г., достигнув 9,8% мирового населения. Для сравнения, в 2019 г. эта доля составляла 8%, а в 2020-м – 9,3%.

В 2021 г. около 2,3 млрд человек в мире (29,3%) столкнулись с умеренной или тяжёлой формой отсутствия продовольственной безопасности – это на 350 млн больше, чем до начала пандемии COVID-19.

Почти 924 млн человек (11,7% мирового населения) столкнулись с отсутствием продовольственной безопасности в тяжёлых формах – это на 207 млн больше, чем двумя годами ранее.

В 2020 г. здоровое питание не могли позволить себе почти 3,1 млрд человек, что на 112 млн больше, чем в 2019 г.

По оценкам, 45 млн детей в возрасте до 5 лет страдали от истощения – наиболее опасной формы неполноценного питания, при которой риск смерти ребёнка увеличивается в 12 раз. Кроме того,

из-за хронического недостатка в рационе жизненно важных питательных веществ 149 млн детей в возрасте до 5 лет имели отставание в росте и развитии, а 39 млн имели избыточный вес.

Был достигнут прогресс в области исключительно грудного вскармливания: в 2020 г. во всём мире исключительно на грудном вскармливании находились почти 44% младенцев в возрасте до 6 месяцев. Этого все ещё недостаточно для достижения цели в 50% к 2030 г. Крайне тревожит то, что две трети детей не полу-

чают разнообразного питания, минимально необходимого для здорового роста и полноценного развития.

Согласно прогнозам, в 2030 г., даже с учётом восстановления мировой экономики около 670 млн человек (8% мирового населения) будут по-прежнему сталкиваться с голодом.

Подготовила Юлия ИНИНА.
По материалам Mwananchi, Pais,
New-Science, Newsweek.

Как врачу мне кажется уместным вновь и вновь на страницах газеты обращаться к медицинским аспектам биографии нашего великого коллеги, писателя с мировым именем, как бы много о нем не было сказано и написано.

Окончив в 1884 г. медицинский факультет Московского университета, А.Чехов стал практикующим врачом и считал, что его основное дело – лечить людей. В письме другу он шутиливо по форме, но серьёзно по существу поведал: «Медицина – моя законная жена, а литература – любовница».

Во второй половине XIX века на медицинском факультете Московского университета преподавали такие учёные, как физиолог с мировым именем И.Сеченов, великий клиницист С.Боткин, основатель терапевтической школы в медицине Г.Захарьин, выдающийся хирург Н.Склифосовский, акушер В.Снегирёв, судебный медик И.Нейдинг. Годы, проведённые в стенах медицинского факультета, сыграли большую роль в формировании научного мышления А.Чехова, которое наложило отпечаток на его художественное творчество. Школа терапевта Г.Захарьина, по видимому, была наиболее близкой Чехову. В письме к А.Суворину от 15 октября 1889 г. А.Чехов сравнивает Боткина и Захарьина: «В русской медицине он (Боткин) то же самое, что Тургенев в литературе... (Захарьина я уподобляю Толстому) – по таланту». Весьма показательно, что Чехов сравнивал научную-врачебную деятельность с работами великих писателей, очевидно, потому, что в основе их лежат талант и творческое начало, высочайший профессионализм и духовность, глубоко почитаемые А.Чеховым. «Из писателей предпочитаю Толстого, а из врачей – Захарьина» – из письма журналисту и драматургу В.Тихонову.

Начало

Свою медицинскую деятельность Чехов начал в Подмошкое, в древнем Звенигороде. Частной практикой занимался он и в Москве, где на дверях арендуемого дома повесил табличку: «Доктор А.П.Чехов». На его огромном письменном столе рядом с чернильницей и ручкой непременно соседствовали стетоскоп и неврологический молоточек. Пациентов доктора Чехова нельзя было назвать людьми состоятельными. «...Лечу в аристократических домах, – шутил он. – Например, сейчас я иду к графине Келлер лечить... её повара и к госпоже Воейковой – лечить горничную».

В Мелихове, где Антон Павлович практиковал как земский врач, его основными пациентами были кре-

Былое

Это просто и сложно, как жизнь...



стьяне. На балконе флигеля был установлен флагшток. Маленький флажок поднимался, когда Чехов бывал дома – и местные жители могли прийти к нему. Тогда усадьба превращалась в амбулаторию, и посещали её пациенты не только из Мелихова, но и из соседних сёл.

Особо следует отметить деятельность врача Чехова в 1892-1893 гг., когда в России разыгралась страшная эпидемия холеры. Писатель счёл своим общественным долгом организовать врачебный пункт в Мелихове, оборудовать его на свои личные средства. «У меня в участке 25 деревень, 4 фабрики и 1 монастырь. Утром приёмка больных, а после утра – разъезды». Энергичная борьба с холерой дала свои позитивные результаты. Чехов писал: «Летом трудненько жилось, но теперь мне кажется, что ни одно лето я не проводил так хорошо, как это. Несмотря на холерную сумятицу и безденежье, державшие меня в лапах до осени, мне нравилось и хотелось жить». По предложению санитарного совета Серпуховского уезда земское собрание постановило: «Благодарить доктора А.П.Чехова за принятие им бескорыстного участия в деле врачебной организации уезда».

Несомненной заслугой Антона Павловича является то, что ему удалось добиться субсидий и восстановить издание журнала «Хирургическая летопись» под новым названием «Хирургия». «Спаси хороший медицинский журнал, – писал Чехов, – так же полезно, как сделать 20 000 удачных операций...»

Переехав из-за болезни лёгких в Крым, А.Чехов перестал заниматься лечебной практикой, но продолжал

интересоваться достижениями медицины, читал специальные журналы, следил за научной литературой. Медицина органично вошла и в его художественное творчество. Коллеге, известному русскому невропатологу Г.Россолимо он писал: «...Не сомневаюсь, занятия медицинскими науками имели серьёзное влияние на мою литературную деятельность; они значительно раздвинули область наблюдений, обогатили знаниями, истинную цену которых для меня как для писателя может понять только тот, кто сам врач; они имели также и направляющее влияние, и, вероятно, благодаря близости к медицине мне удалось избежать многих ошибок...»

Переплетение науки и литературы

Мне думается, что для чеховской прозы характерны объективность и точность медицинских наблюдений. У писателя научно достоверно изображены оттенки душевного состояния человека: хорошее настроение, состояние эйфории, волнение, чувство страха.

Научно точно Чехов изображает болезнь и смерть своих героев. Так, в «Чёрном монахе» достоверно передано сочетание бреда и реальности у Коврина, то же самое относится к героям «Припадка» и знаменитой «Палаты № 6». В рассказе «Попрыгунья» об умершем Дымове сказано: «Грудь ещё была тёпла, но лоб и руки были неприятно холодны». Это пишет врач... Не врач такого не напишет. Сказано, что на лице Дымова сохранилась «знакомая улыбка». И это подмечено верно: в первые мгновения после смерти иногда на лице бывает улыбка, благодаря своеобразному сокращению мышц.

Изучение переписки А.Чехова, его произведений показывает, что писатель хорошо разбирался в диагностике и лечении инфекционных заболеваний, особенно холеры, заболеваний лёгких, органов пищеварения, опухолевых процессов. Знакомы были ему и заболевания сердца и сосудов. Однако исследователи, изучавшие врачебную деятельность писателя, не заметили, прошли мимо его широких познаний в области судебной медицины и криминалистики, которые легли в основу многих его произведений. Сохранился «Протокол судебно-медицинского вскрытия № 99» трупа 30-летнего крестьянина, составленный согласно всем процессуальным требованиям

студентом Чеховым: «Пятницей части 1-го участка от 23 января. Крестьянин Ефим Ефимов... вел нетрезвую жизнь... 22 января его нашли мёртвого...» А.Чехов, исследовав труп, установил, что смерть Ефимова наступила от повешения в состоянии опьянения.

Судебная медицина

Лето после окончания медицинского факультета он провёл в подмосковном Воскресенске. Уездный врач П.Розанов, узнав от следователя М.Шиффера, что в уезде появился молодой врач Чехов, интересующийся судебной медициной, стал приглашать его на вскрытия. В его произведениях появились судебно-медицинские мотивы. Материалами для таких рассказов писателя, как «Мёртвое тело», «Утопленник» и др., послужили судебно-медицинские вскрытия, проведённые А.Чеховым. В 1842 г. издаётся Устав судебной медицины (т. XIII Свода законов). Согласно уставу, судебно-медицинские обязанности выполняют уездные врачи, в городах – городские и полицейские, а равно и другие военные, гражданские и вольнопрактикующие медицинские чины (ст. 1905). А.Чехов внимательно следил за последними достижениями судебной медицины не только в силу врачебного долга. В краткой автобиографии писатель отметил, что занятия судебной медициной оказали серьёзное влияние на его литературную деятельность. В Таганрогском городском суде слушалось дело по обвинению купчихи Александры Максименко в отравлении своего мужа мышьяком. 23 февраля 1890 г. А.Чехов предупредил издателя А.Суворина: «Кстати, в случае, если у Вас пожелают пройти насчёт оправдательного приговора в процессе мужеотравительницы Максименко (в Ростове-на-Дону), то поосторожнее. До процесса я разговаривал с защитником Холевым и мог убедиться, что Максименко совсем не виновата». Эксперт Чехов прекрасно знал симптомы отравления мышьяком, разобрался в уголовном праве, но, главное, знал силу воздействия печатного слова на неподготовленного, неискушённого в судебной медицине обывателя и не хотел, чтобы читатель был введён в заблуждение.

Совершенно незаметно для читателя писатель, врач, судебный медик, психолог сливаются в Чехове в единое целое. «Уездный

врач и судебный следователь ехали в один хороший весенний полдень на вскрытие», – так начинается рассказ «Следователь». Доктор вслушивается в слова следователя «...я знаю одну очень интеллигентную даму, которая предсказала себе смерть и умерла без видимой причины именно в названный ею день. Сказала, что умрёт тогда-то, и умерла». «Нет действия без причины», – сказал доктор. – Есть смерть, есть и причина...» И продолжает: «Надо было бы вскрыть её...» Интересно, кто говорит в Чехове – писатель, психолог, судебный медик, криминалист? «Зачем? – А затем, чтобы узнать причину смерти. Не от предсказания своего же она умерла. Отравилась, по всей вероятности». Это, конечно, Чехов – судебный эксперт.

В дальнейшем выясняется, что женщина, жена следователя, натура страстная, будучи беременной, узнала об измене мужа. И автор задаёт прицельный вопрос, который мог задать лишь криминалист или судебный медик: «А что раньше было, измена мужа или появление идеи о смерти?» Оказывается, что женщина стала говорить о смерти именно вскоре после этого случая. «Ну, вот, видите... По всей вероятности, она тогда же решила отравиться, но так как ей, вероятно, вместе с собой не хотелось убивать и ребёнка, то она отложила самоубийство до родов», – рассудил доктор. Всего несколько строк – и перед нами вся человеческая судьба. Это – тонкий психологический анализ писателя с аналитическим складом ума. Одновременно – чёткая следственная версия о роде смерти (самоубийство) и экспертная – о причине её (отравление).

В произведениях А.Чехова никогда не смешивается сомнительное с правдоподобным. Эта выверенность каждой ноты, детали, полутона, отдельного штриха не ощущается читателем. Естественность, непринуждённость получает у писателя особое преломление.

И в жизни, и в творчестве он всегда оставался великим врачом. Пусть вместе со славой мирового писателя в наших сердцах живёт незабвенная память о том, кто поистине украсил собой отечественную медицинскую корпорацию. Слава его – часть неизбывной славы нашей литературной России.

Юрий МОЛИН,
профессор,
доктор медицинских наук,
заслуженный врач России.

Память

В преддверии Дня памяти и скорби в столице Прииртышья в рамках социального проекта «Омск – это мы» состоялась церемония открытия граффити-портрета в военной форме легендарного врача-педиатра, участника Великой Отечественной войны, майора медицинской службы Советской армии, Героя Социалистического Труда, Почётного гражданина города Омска, академика РАН Валентины Бисяриной.

Есть и вторая веская причина для появления монументального полотна на фасаде городской детской клинической больницы № 2, носящей её имя, – 24 июля 2022 г. исполняется 110 лет со дня её рождения.

Авторы «уличного» портрета известные граффитисты Дмитрий Трайп и Андрей Северский сумели с большой точностью отобразить её портретное сходство.

– Когда спросили, кого из знаменитых омичей мы хотели бы увековечить, мы предложили, чтобы здесь, на здании детской городской

Гордость омской земли

клинической больницы № 2 им. В.П.Бисяриной появилось её изображение, – говорит первый заместитель министра здравоохранения области Елена Шипилова. – Чтобы это было не просто имя больницы, а узнаваемый образ великой женщины, которая прошла всю войну, стала Героиней Социалистического Труда, академиком РАН. Про мужчин говорят «отец-основатель», а это – женщина-основатель педиатрии, и мы безмерно рады, что теперь всегда можем видеть её портрет...

Председатель Профсоюза работников здравоохранения области Сергей Быструшкин, который учился у Валентины Бисяриной, поделился своими воспоминаниями.

– Я был её учеником в 70-е годы, учился ещё в ординатуре, а затем работал под её руководством, – отметил он. – Поэтому скажу одно: такого заботливого, отзывчивого врача, профессионала с большой

буквы я до сих пор больше не встречал. Она относилась к детям с невероятной любовью. И всегда говорила: чтобы заниматься педиатрией, нужно очень любить детей и иметь призвание.

– Валентина Павловна – легенда отечественного здравоохранения, гордость омской земли, – считает депутат Омского городского совета Максим Астафьев. – Ей благодарно не одно поколение жителей нашей страны, ведь она не только непосредственно лечила детей, но и разрабатывала эффективные методики, писала учебники, готовила классных специалистов по педиатрии. Эти специалисты трудились и трудятся до сих пор в разных городах России. Я уверен, что омичи должны сохранять память о Валентине Павловне, о других наших выдающихся земляках...

Стоит напомнить, что В.Бисярина родилась в Омске, в семье желез-

нодорожников. После окончания Омского медицинского института работала врачом на железнодорожной станции Ишим. В 1936 г. начала работать ординатором в клинике детских болезней института, а с 1941 г. была в рядах Красной армии. Служила помощником начальника фронтального лечебного отдела. Хорошо проявила себя, прошла всю войну и окончила её в 1945 г. в Венгрии. Ратный труд военврача отмечен орденом Красной Звезды, медалями «За боевые заслуги», «За взятие Будапешта», «За победу над Германией в Великой Отечественной войне». Когда отгремел салют Победы, Бисярина продолжила работу в Омске. В 1954 г. заняла должность заведующей кафедрой госпитальной педиатрии. Активно занималась научной деятельностью, предložила новые методы ранней диагностики, эффективного лечения и профилактики многих

заболеваний. В 1958 г. защитила докторскую диссертацию «Состояние сердечно-сосудистой системы при различных формах лёгочного туберкулёза у детей». В 1960 г. ей присвоено учёное звание профессора. Заведовала кафедрой до 1990 г. Являлась председателем (с 1988 г. – почётным) правления Всероссийского научного общества детских врачей, членом правления Всесоюзного научного общества кардиологов. Подготовила 45 кандидатов и 9 докторов наук. Автор более 400 научных работ, среди них 8 монографий и несколько учебников. К слову, Валентина Павловна стала первой женщиной – академиком АМН СССР из Сибири (1969).

Кроме детской больницы, названной именем В.Бисяриной, недавно в Ленинском административном округе города-миллионера появилась ещё и улица, названная в честь легендарного врача, прошедшего нелёгкий путь дорогами войны.

Татьяна БЕРЕЗОВСКАЯ,
соб. корр. «МГ».

Омск.

– Владимир Николаевич, что самое главное в работе военного журналиста, готового в любой момент встретиться лицом к лицу с опасностью?

– Когда работаешь на линии огня, то невольно забываешь о страхе, ты увлечён, тебе надо сделать эксклюзив, опередить коллег, «вставить фитиль», как говорили наши предшественники, фронтовые корреспонденты времён Великой Отечественной. Страх приходит потом, когда всё позади, и ты в очередной раз невредимым возвращаешься домой. Но это твой выбор, часть твоей работы. Если ты поехал туда, значит, будь готов к любому, даже самым непредсказуемым последствиям. Ты ведёшь свою войну – только словом. И твоя высшая цель заключается в том, чтобы война быстрее закончилась. Ибо войны, как правило, никаких проблем не решают, а лишь загоняют их вглубь.

– Как повысить доверие читателей, если приходится писать о войне?

– Как и везде – оставаться честным перед ними и перед самим собой. Не верить пресс-службам, их задача как раз в том, чтобы скрывать реальную картину, выдавать свою «правду». Докапываться до истины – даже если это связано с риском для жизни. Но не подливать керосинчику в уже пылающий костёр. Это пожелание сегодня особенно актуально.

Нельзя, чтобы твоя душа зачерствела от бесконечного ужаса. Ещё надо уметь думать, а это дело непростое. Не каждому оно по силам. Увы, мир устроен сложно, в нём нет только «белых» и «красных», а есть множество оттенков, полутонов. Поэтому лучше ставить вопросы, чем восклицательные знаки. А читатель следом за вами подумает и сделает выводы.

– В условиях современных информационных войн, наверное, профессия журналиста стала совершенно другой?

– Коротко ответить на этот вопрос сложно. Сегодня журналистика уступает место пропаганде, пиару, рекламе. А это совсем разные профессии. Пропагандист будет прежде всего ориентироваться на дудку, из которой издаёт звуки власть. А журналист должен быть максимально независимым. Писать о том, что происходит реально, а не то, что ему сказали сверху. Такое слово больше ценится. К нему есть доверие, люди сразу понимают, что разговор пошёл честный. К сожалению, сейчас всё затмил телевизор. Это особый формат, там всё что угодно, только не журналистика.

Я рад, что мне довелось трудиться совершенно в другое время. Когда люди читали газеты, журналы, интересовались литературой, театрами. Когда живое слово вызывало в их душах живой отклик.

– Есть ли будущее у бумажных СМИ или они вскоре уйдут в электронный формат?

– Хороший вопрос. На эту тему я даже написал книгу «Миссия невыполнима? Антиучебник журналистики». В России бумажная пресса скукоживается на глазах. До пандемии я довольно долго работал в странах Центральной Европы. Там процесс «электронной трансформации» идёт, но не в такой жёсткой форме. Тиражи газет уменьшаются, но не так быстро. Есть достаточно большая прослойка среднего клас-



Профессия военного журналиста сегодня вновь востребована. Известный журналист Владимир Снегирев освещал войну в Афганистане, боевые действия на Северном Кавказе и в Закавказье, военные конфликты в Ираке, Ливии, Сирии, Египте и ряде других стран. Много лет занимался поиском и освобождением советских военнопленных в Афганистане, выяснением судеб без вести пропавших.

На его счету – организация и участие в полярной экспедиции газеты «Комсомольская правда», которая в 1979 г. впервые в истории совершила лыжный переход к Северному полюсу, в 1988 г. также впервые соединила лыжной Евразию и Северную Америку через Северный полюс. Основатель и первый президент Гильдии туристической прессы, автор 15 книг и ряда киносценариев. Кандидат исторических наук. Недавно В.Снегирев отметил своё 75-летие.

В 70-е годы участники экспедиции при «Комсомольской правде» накануне арктических походов проходили бесконечные обследования в Институте медико-биологических проблем.

В 1990 г. М.Горбачёв пообещал, что первым журналистом в космосе будет российский. Я тоже решил попробовать себя в отборе на полёт. Врач, которая меня вела, подняла старые результаты и резюмировала: если бы я решился на полёт двадцатью годами ранее, то отбор прошёл бы со свистом. Здоровье было идеальным. А теперь – нет. Честно сказать, я не расстроился. Полёт в космос – штука тяжёлая. Понимаешь это, поправ на первые тренажёры.

В пандемию мне запомнилась встреча с главным врачом московской городской клинической боль-

Есть такая профессия

са, которая привыкла к бумаге. Чашка кофе и газета. В офисе, метро, поезде удобно развернуть свежий номер и почитать что-то полезное. У нас, к сожалению, среднего класса нет, вернее, он есть, но в зачаточном состоянии...

Увы, хотим мы того или нет, а будущее, безусловно, за интернетом. Поколение, которое помнит запах бумаги и типографской краски, уходит. А ребята, которые сегодня родились, появились на свет с телефоном в руке, бумага для них – ничто. Им ближе смартфон и компьютер. Малыши уже учатся пользоваться телефоном раньше, чем читать. Но на наш с вами век бумаги ещё хватит.

– Как вам удавалось побывать в таких горячих точках и не выгореть? В чём секрет стойкости?

– Работать журналистом всегда огромная ответственность. Так было и в Советском Союзе, где была установлена жесточайшая цензура. Ты видел бесстрашие солдат и офицеров, совершённые ими подвиги, но в газете вынужден был читать бред, переписанный цензорами, где реальные боевые действия называли учениями, где террористов и душманов именовали «условным противником», где не было ни раненых, ни убитых. И разрываться от того, что не можешь сказать правду. Но рано или поздно она прорывалась сквозь запреты.

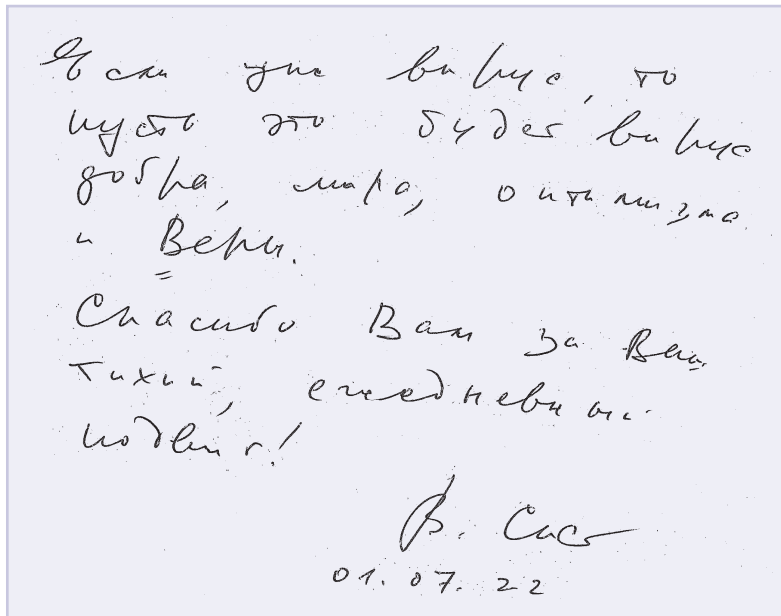
Всегда есть выход из подобных ситуаций. Например, вести дневник. Ситуация поменяется, и твои записи станут основой для статей, книг, сценариев. Не раз всё и менялось коренным образом. Сегодня нельзя – завтра можно.

Конечно, командировки в зоны конфликтов отражаются на психике. Когда попадаешь в зону вооружённого конфликта, тебе некогда погружаться в собственные переживания, зато накрывает потом, по возвращении домой. Думаешь, ты же мог быть убитым, вспоминаешь какие-то страшные сцены...

Правда на войне никому не нужна – ни одной из сторон. Поэтому журналист – всегда желанная мишень.

– Переписываете ли свои тексты?

– Всегда. У меня, как и в юные годы, осталась робость перед чис-



тым листом. Слово, если его верно подберёшь, обладает огромной силой – оно может вызвать гнев, сострадание, любовь и ненависть. Однако, чтобы слово работало, а не оставалось значком на бумаге или на экране компьютера, ты должен сильно постараться.

У молодёжи сейчас другой подход. Вижу, как в редакции они часами молотят по клавишам, им даже по телефону лень или недосуг позвонить, чтобы уточнить какие-то детали, поднабраться свежего материала. Тупо переписывают друг у друга из лент в интернете. Это не журналистика, а компьютерная щебёнка, как говорит мой друг. Я всю жизнь руководствовался правилом: пишу только о том, что видел собственными глазами.

Когда сажусь за письменный стол, волнуясь, как будто пишу свою первую статью. Удастся ли моему слову пробиться, заставит ли оно волноваться, заплакать, радоваться читателя или оставит равнодушным? Если последнее – может, тогда и не стараться.

– Часто ли приходилось встречаться с медицинскими работниками?

– Не могу сказать, что я много написал статей о людях в белых халатах... В первой командировке в Афганистан, шёл 1981 г., гепатит

косил всех поголовно. Страшно вспомнить. Но меня каким-то удивительным образом вирус обошёл стороной. Хотя пил воду из луж, без конца перемещался по разным провинциям, жил и в афганских кишлаках, и в наших частях, а случалось, и с моджахедами делил кров. Не знаю, почему мой организм сумел противостоять заразе. Возможно, потому что для себя сразу определил: делай что должно, и будь что будет. А может быть, моё сибирское здоровье не подвело.

Ещё вспоминаю, как в середине 80-х годов, будучи в одной из командировок «за речкой», написал в «Комсомолку» очерк о девочках-медсёстрах, награждённых боевыми медалями за участие в знаменитой Панджшерской операции. Но военная цензура материал не пропустила. Он был напечатан позже, когда уже полным ходом шла перестройка. Как же мне было стыдно перед медсёстрами. И только недавно снял груз с души: меня нашла одна из тех девочек, Лена Якович. Мы с ней списались, и она меня утешила: хорошо, что вы тогда не опубликовали свой очерк, ведь мы своим родителям не сказали, что уехали в Афган.

Была дружба с медиками и в связи с участием в полярных путешествиях.

ниции № 15 Валерием Вечорко. На 30-летие «Российской газеты» главный редактор поручил сделать интервью с целым рядом знаковых российских персон, в том числе и с ним. Приехал я в больницу в 10 часов вечера. Захожу в кабинет и вижу предельно уставшего человека с кругами под глазами. Он так обречённо говорит: «Задавайте свои вопросы». Но какие тут могут быть вопросы? «Давайте просто попьём чаю, поговорим о жизни». Вижу: у него в глазах удивление. «Давайте». Вот с тех пор мы с ним о жизни и разговариваем.

Недавно был в командировке в Белоруссии. Побывав в Брестской области, вспомнил, что Валерий Иванович оттуда родом. Решил побывать в его родных местах. Было любопытно, откуда корни этого достаточно жёсткого, пробивного характера человека. Доехал до деревни, где он появился на свет... Природа запоминающаяся: глухие леса, песчаные почвы, на которых огород не посадишь. Вот где многое стало ясно. И сам доктор, его родители, сёстры, односельчане с детства были приучены к тяжёлому труду. Возможно, оттуда и умение преодолевать самые сложные препятствия, находить выход из критических ситуаций и побеждать.

– Что бы вы пожелали читателям «МГ»?

– Когда начался ковид, первые 7 месяцев я трудился в Праге собственным корреспондентом «Российской газеты». Сидел в изоляции. Мне казалось – вот наступил момент истины. Послание от господ всем нам: хватит, ребята, думать о себе, пора забыть о вечных расприх и спорах. Казалось, вот человечество объединится и создаст центр по борьбе с вирусом. Ничего подобного не произошло.

И ещё моё пожелание докторам – не давать коварным недугам на лопатки себя положить и в строю до конца оставаться. Живите так, чтобы в глазах была жизнь, а за спиной – крылья. Вы ответственны за здоровье россиян!

Беседу вел
Алексей ПАПЫРИН.

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

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

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

Главный редактор А.ПАПЫРИН.

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

Дежурный член редколлегии – А.ИВАНОВ.

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 № 1587

Тираж 13 940 экз.

Распространяется по подписке в Российской Федерации и зарубежных странах.

