

Медицинская

31 августа 2022 г.
среда
№ 34 (8052)

Газета®

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

О грудном вскармливании педиатр должен знать всё.

Стр. 5

К качеству судебно-медицинской экспертизы много претензий у всех, почему же ничего не меняется?

Стр. 6

Победители конкурса «Лидеры России» работают на благо пациентов.

Стр. 7

Акценты

За служение людям

В Самаре наградили медицинских работников, которые участвовали в восстановлении мирной жизни



В День государственного флага России губернатор Самарской области Дмитрий Азаров вручил 27 региональных наград. Знака «За служение людям» удостоились жители области, которые по зову сердца поехали в Снежное Донецкой Народной Республики и помогли восстанавливать мирную жизнь в братском городе. Награды получили работники сферы здравоохранения, энергетики, дорожного хозяйства, строители, представители транспортной отрасли и ЖКХ, сообщили в областном Минздраве.

Губернатор отметил, что на церемонии собрались люди разных профессий, но всех их объединяет стремление честно, добросовестно трудиться и приносить пользу обществу.

– И то, что вы делаете сегодня, каждый на своём рабочем месте, крайне важно. То, что каждый из вас сделал в Снежном, на территории ДНР, приближая мирную жизнь в этом городе для каждого его жителя, достойно глубочайшего уважения. Огромное вам за это спасибо. Вдохновлённый вашим примером, на восстановление Донбасса буквально вчера отправился новый отряд самарских добровольцев. Янисколько не сомневаюсь, что эта патриотическая эстафета будет продолжена.

Глава региона добавил, что Родина – это не просто географическое место на карте, но и общий язык, ценности, менталитет, и всё это объединяет россиян с жителями Донбасса. Д.Азаров уверен, что каждый житель области готов откликнуться и прийти

на помощь всем, кто в этой помощи нуждается.

– Главное богатство нашего региона – это люди, которые здесь живут, честно трудятся, растят детей, хлеб, строят будущее региона, вместе со всеми его жителями, гражданами России. И это богатство бесценно. Самарская земля во многом благодаря этому своему богатству считается опорным краем державы.

Среди награждённых – главный врач Тольяттинской городской больницы № 4 Сергей Тетюшкин. В ДНР он проводил операции, консультировал, помогал организовать работу медицинского персонала.

Сергей АЛЕКСАНДРОВ.

Сотрудничество

Отраслевые профсоюзы РФ, ДНР и ЛНР сделали шаг к интеграции

Временно исполняющий обязанности председателя Профсоюза работников здравоохранения РФ Владимир Беспяткин в ходе рабочей поездки в Ростов и Луганск подписал с лидерами отраслевых профсоюзов ДНР и ЛНР договоры о равноправном сотрудничестве в области здравоохранения, защиты трудовых и социально-экономических прав работников медучреждений, а также передал донецким коллегам медоборудование.

– Главной целью нашей поездки было заключение договоров с отраслевыми профсоюзами работников здравоохранения ДНР и ЛНР. Также важным этапом была передача медицинского оборудования для службы переливания крови ДНР, в котором республика очень нуждается. Наш профсоюз закупил это оборудование, передал его донецким коллегам в Ростове, и с военным конвоем оно будет доставлено в ДНР, – рассказал В.Беспяткин.

Подписание договора с коллегами из Донецка также прошло в Ростове, куда прибыл председатель республиканского профсоюза работников здравоохранения ДНР Александр Авдеев.

– Поскольку идёт процесс интеграции, рано или поздно республики про-

ведут свои референдумы и присоединятся к РФ, поэтому стартовала предварительная работа с их отраслевыми профсоюзами. Началом её стали договоры с профсоюзами работников здравоохранения ДНР, а также ЛНР – договор был подписан нами в Луганске с председателем Общереспубликанского профсоюза работников здравоохранения ЛНР Яной Строкач. Там же состоялось общение с профактивом, в котором принял участие входящий в состав нашей делегации представитель ФНПР в Южном федеральном округе и по работе с профорганизациями ДНР и ЛНР Дмитрий Чуйков, – отметил В. Беспяткин.

По его словам, встречи прошли очень позитивно, коллеги из ДНР и ЛНР ждут помощи, они готовы не просто сотрудничать, но и влиться в ряды Профсоюза работников здравоохранения РФ.

– Отраслевые профсоюзы России, ДНР и ЛНР будут работать дальше, сначала в рамках договоров, а потом, при движении процесса в сторону сближения, к нам добавятся две региональные организации. Договоры были заключены сроком на 3 года, но события развиваются такими темпами, что наше воссоединение может произойти гораздо раньше, – добавил В.Беспяткин.

Фёдор СМЕРНОВ,
обозреватель «МГ».

АВТОРИТЕТНОЕ МНЕНИЕ

Ростислав КАРПОВ

Научный руководитель Института кардиологии Томского национального исследовательского медицинского центра, академик РАН:

При всех соблазнах облегчить труд врача за счёт цифровых технологий нельзя забывать, что перед нами не условный пациент, а конкретный человек со своими переживаниями, ему нужен живой контакт с доктором.



Стр. 10-11

Новости

Здоровье каждому

В Новгородской области стартовал новый проект «Здоровье каждому». По инициативе губернатора области Андрея Никитина передвижной медицинский комплекс с бригадой врачей и студентов-медиков отправился в районы. В рамках проекта приём пациентов будут вести терапевты, педиатр, кардиолог, эндокринолог, хирург, стоматолог, онколог, невролог, гинеколог, рентгенлаборанты и врач-цитолог.

Первой точкой работы мобильной поликлиники станет посёлок Шимск, сообщили в пресс-центре правительства региона.

На площадке Новгородской областной больницы были представлены пять машин, которые составляют медицинский автопоезд с необходимым диагностическим оборудованием. Здесь имеются флюорограф, маммограф, передвижная стоматология и два комплекса: «женское здоровье» и «экспресс-диагностика».

А.Никитин осмотрел мобильную поликлинику, пообщался с её врачами, обсудил с ними перспективные планы в здравоохранении. Он отметил, что в регионе будет продолжено формирование технической базы медучреждений.

– Будем развивать кардиологию и заниматься вопросами детства. Направление выбрано правильное – движемся к созданию перинатального центра и полному сопровождению ребятишек на всех этапах, начиная с беременности их мам, – сказал глава региона. – Важная задача – наши отдалённые районы, в которых люди в силу разных причин не имеют возможности контролировать свои риски с сердечными заболеваниями, и в конечном счёте нам эту систему надо будет выстроить. Ценю, что вы поддержали меня в этой работе. Главная задача, которую ставит перед собой команда мобильной поликлиники губернаторского проекта «Здоровье каждого», заключается в ранней диагностике заболеваний у жителей отдалённых от центра населённых пунктов, что значительно повысит шансы вылечить человека, вернуть ему здоровье.

Виктор КОТЕЛЬНИЧЕСКИЙ.

Новгородская область.

Минздрав поддержал инициативу профсоюза по ковидным выплатам

Минздрав России откликнулся на июльское письмо Профсоюза работников здравоохранения РФ, в котором выражалась обеспокоенность сокращением списка категорий работников, имеющих право на ковидные льготы, и отсутствием бюджетных средств на выплаты по новой схеме.

В письме председатель профсоюза Анатолий Домников просил министра здравоохранения Михаила Мурашко инициировать рассмотрение поднятых профсоюзом вопросов, касающихся ковидных выплат, в Правительстве РФ.

Как следует из ответа Минздрава, министерство уже направило в Правительство РФ предложения по вопросу возможного расширения категорий медицинских и иных работников, которым в соответствии с постановлением № 1268 устанавливаются компенсационные выплаты, сообщили в профсоюзе.

В ответе, подписанном главой Департамента медицинского образования и кадровой политики в здравоохранении Минздрава Людмилой Летниковой, говорится, что «расширение перечня категорий работников, по мнению Министерства здравоохранения РФ, позволит снизить социальную напряжённость среди медицинских и иных работников, оказывающих медицинскую помощь по диагностике и лечению новой коронавирусной инфекции».

В середине июля после улучшения ситуации с коронавирусом российские власти скорректировали выплаты медикам, работающим с пациентами с коронавирусной инфекцией. Теперь медработники будут получать дополнительные 25% к окладу, а назначение предыдущих ковидных выплат приостановлено до конца 2022 г.

Фёдор СМИРИН.

Инородные предметы там, где их не должно быть

У малыша, которого родители привезли в детскую окружную больницу Нижневартовска Ханты-Мансийского автономного округа, рентген показал наличие инородного предмета круглой формы в пищеводе. Под общей анестезией врач провёл эндоскопическое исследование и обнаружил две батарейки, которые специальными щипцами удалил. Они пробыли в организме ребёнка недолго, поэтому не успели нанести серьёзный вред. Малыш продолжил восстановительное лечение в отделении хирургии, сообщили в Департаменте здравоохранения округа.

Удаление инородных тел – работа командная. Даже опытному врачу-эндоскописту сложно справиться одному – без медицинских сестёр, анестезиологов-реаниматологов, хирургов. В детской окружной больнице такая совместная работа отлично налажена. За прошедшее лето практически каждую неделю в учреждение поступало по два ребёнка с инородными предметами в пищеводе, желудке, кишечнике, бронхах. Только за неполный август специалисты приняли уже восемь детей.

Для детского организма опасны все проглоченные предметы, но наиболее угрожающие здоровью – это батарейки, которые находятся в детских игрушках и пультах. Содержимое батареек вступает в контакт со слизистой и начинается химическая реакция, расплавляющая ткани – вплоть до полного их разрушения и образования глубоких язв. В коллекции, которую собрал врач-эндоскопист детской окружной больницы Вячеслав Воронин, больше всего монет, их чаще глотают дети. Так как родители оставляют металлические деньги в свободном доступе либо дают ребёнку в качестве игрушки. Также в коллекции – шурупы, булавки, пластмассовые детали от конструктора, палочки от чупа-чупсов, колпачки от ручек.

«Помимо травм от твёрдых инородных предметов, часто дети получают и химические ожоги пищевода, пищеварительного тракта. Бывали случаи, когда дети находили яркие капсулы популярного стирального порошка, принимая их за конфеты, ёмкости от средств бытовой химии также привлекательны для малыша», – говорит В.Воронин.

Сергей ФЁДОРОВ.

Нижневартовск.

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

Профилактика

По пути к здоровью и благополучию

В честь своего 75-летия ФМБА России дало старт масштабному фестивалю

В свой юбилейный 75-й год Федеральное медико-биологическое агентство России проводит в регионах страны Фестиваль здоровья, ключевыми задачами которого являются профилактика социально значимых заболеваний, диспансеризация населения, повышение приверженности к здоровому образу жизни. При поддержке губернатора Калужской области Владислава Шапши первым фестивалем принял Обнинск.

Как отметила руководитель ФМБА России Вероника Скворцова, одним из важных условий здорового общества является комплекс медицинских и социально-экономических мероприятий, направленных на профилактику и укрепление здоровья граждан.

«Развитие здравоохранения, продвижение ценностей здорового и активного образа жизни – одни из безусловных приоритетов Федерального медико-биологического агентства. Ранняя диагностика и современные методы лечения различных заболеваний позволяют добиться значительных успехов и снизить связанную с ними смертность. Проведение подобных



Каждый участник мог выбрать занятие или площадку по душе

Фестивалю здоровья информационно-просветительских кампаний, направленных на профилактику заболеваний, раннюю диагностику и повышение приверженности к здоровому образу жизни, – серьёзный вклад в борьбу за здоровье каждого человека. Здоровая нация и высокий показатель продолжительности жизни – залог процветания любого государства», – заявила В.Скворцова.

В рамках программы действовала площадка психологического осмотра. В передвижном госпитале клинической больницы № 8 ФМБА России жителям города и региона была предоставлена уникальная возможность пройти диспансеризацию в мобильных комплексах по флюорографии и маммографии, УЗИ, а также в лабораторном комплексе, где можно было сдать биохимический анализ крови, а мужчинам и женщинам дополнительно сдать кровь на ПСА и СА-125 для раннего выявления рака предстательной железы и рака яичников. Также врачи проверяли качество зрения и делали кардиограмму сердца всем желающим.

«ФМБА России в своей работе уделяет особое внимание профилактике развития заболеваний трудоспособного населения. Охрана здоровья работников предприятий – не только одно из основных направлений работы наших медицинских организаций, но и одна из основных составляющих производственного процесса. Меры по охране здоровья на рабочих



Активисты ЗОЖ отмечены благодарственными письмами

местах помогают сократить на 27% продолжительность времени утраты трудоспособности и на 26% – расходы предприятий на медико-санитарное обслуживание. Поэтому вопрос сохранения здоровья работающего населения имеет стратегическое значение», – подчеркнула первый заместитель руководителя ФМБА России Татьяна Яковлева.

На базе первичного звена здравоохранения ФМБА создаёт центры промышленной медицины, деятельность которых направлена

свое агентство впервые проводит Фестиваль здоровья. Спасибо, что вы здесь. Желаю всем здоровья, но для того, чтобы мы все были здоровы, нужно потрудиться, позаботиться о себе, правильно питаться, вовремя ложиться спать, заниматься спортом. Давайте поможем нашей больнице, поможем врачам – мы в силах это сделать. Мы делаем это прямо сейчас вместе с вами – мы все за здоровый образ жизни. Здоровья, любви и благополучия Обнинску и всем вам».

На фестивале каждый смог найти занятие или площадку по душе. В рамках программы были развернуты спортивные площадки по фрисби, весёлые старты, аэробика, соревнование по выносливости, настольный теннис, командные виды спорта. Участников ждали игровые зоны, фотовыставки, буккроссинг, творческие мастер-классы, анимационная программа для детей.

«Наша цель – мотивировать граждан своевременно проходить по возрасту обследование своего здоровья. В программу фестиваля мы заложили два трека развития – индивидуальный, в рамках которого каждый житель города может пройти необходимые диагностические процедуры по проверке своего здоровья, и общественный, который направлен на популяризацию ЗОЖ и профилактику заболеваний, – сообщил исполняющий обязанности директора клинической больницы № 8 ФМБА России Сергей Курдюев. –



Особое внимание – детям

инфекционное оно или нет, – ответственно относиться к своему здоровью и ежегодно проходить медицинский осмотр.

Обращаясь к участникам фестиваля, губернатор В.Шапша сказал: «Я рад, что 7 лет назад в Обнинске мы зародили прекрасную традицию – проводить городской марафон. Я буду вместе с вами. Сегодня в первом наукограде Федеральное медико-биологиче-

Идея и механизмы реализации есть. И фестиваль можно провести на любой площадке. В этом его уникальность. Думаю, он будет популярен среди жителей каждого региона страны».

Уже 20 августа эстафету фестиваля принял Санкт-Петербург, а сегодня акция продолжается в других регионах.

Александр МЕЩЕРСКИЙ.

Инициатива

Реабилитация для инвалидов

Правительство РФ утвердило план мероприятий по комплексной реабилитации и абилитации инвалидов до 2025 г. Соответствующее распоряжение № 2253 от 16.08.2022 подписано, сообщается на сайте правительства. В ближайшие 2,5 года запланировано более 40 различных мероприятий.

В частности, во II квартале 2023 г. правительство подготовит и внесет в Госдуму поправки в несколько законов. Изменения коснутся стандартов реабилитационных услуг, что в конечном итоге должно повысить эффективность самой реабилитации. Также для региональных и муниципальных реабилитационных центров разработают и утвердят типовые организационно-функци-

ональные модели. В регионах создадут пункты проката тренажеров, с помощью которых можно будет заниматься спортом.

Кроме того, для логопедов, дефектологов, педагогов-психологов и других специалистов по комплексной реабилитации и абилитации разработают программы повышения квалификации. В вузах с учебно-методическими центрами, где обучаются студенты-инвалиды, к концу 2024 г. запустят пилот реабилитации учащихся с ограниченными возможностями здоровья.

Согласно плану, будет внедрена практика предоставления услуг по дневному пребыванию ментальных инвалидов в организациях социального обслуживания. Предполагается развивать и дистанционные технологии в системе комплексной

реабилитации и абилитации инвалидов.

Также план посвящён вопросам комплексной реабилитации детей-инвалидов, в том числе своевременной диагностике ещё на стадии внутриутробного развития. Будет расширена практика проведения перинатальных и неонатальных скринингов, чтобы повысить шансы малышей справиться с недугом на ранней стадии и избежать его последствий в будущем.

В результате реализации плана не менее 95% людей с инвалидностью будут охвачены услугами по основным направлениям комплексной реабилитации и абилитации к 2025 г., подчеркнули в правительстве.

Григорий МАТВЕЕВ.

Проекты

Уточнённая аккредитация

Минздрав России разработал и направил на согласование в Национальную медицинскую палату проект нового положения об аккредитации специалистов. В пояснительной записке президенту НМП Леониду Рошалю уточняется, что в нём «учтены предложения представителей профессиональных некоммерческих организаций, образовательных организаций и практикующих специалистов».

Важными нововведениями являются детализация и нормативное закрепление механизма допуска к осуществлению профессиональной деятельности специалистов, получивших медицинское, фармацевтическое или иное образование в иностранных организациях, осуществляющих образовательную деятельность.

«Кроме того, в новом положении значительно упрощены механизмы подачи документов для прохож-

дения всех типов аккредитации, в том числе благодаря широкому внедрению цифровых технологий. Данные меры повысят комфортность прохождения аккредитации, а также снизят нагрузку на секретарей аккредитационных комиссий, подкомиссий и федеральные аккредитационные центры», – уточняется в письме.

В проекте появилось дополнение, что аккредитация специалиста проводится с учётом квалификационных требований к медицинским и фармацевтическим работникам, утверждаемых федеральным Минздравом.

Составы аккредитационных комиссий и центральной аккредитационной комиссии утверждаются сроком на 3 года приказом Минздрава России (ранее – на год). Основной формой деятельности аккредитационных комиссий и аккредитационных подкомиссий являются заседания, проводимые в очной форме. Ранее допускал-

ся дистанционный формат. Такой формат допускается для заседаний центральных аккредитационных комиссий.

Обозначен срок, в течение которого хранятся протоколы заседаний аккредитационных комиссий и подкомиссий, которые направляются в федеральные аккредитационные центры, – 6 лет (ранее срок не уточнялся). Сроки приёма и регистрации документов, необходимых для допуска к прохождению первичной аккредитации и первичной специализированной аккредитации, составляют не менее 3 рабочих дней (ранее – не менее 14).

В настоящее время процедуру аккредитации регулирует ведомственный приказ № 1081н от 22.11.2022. Срок его действия истекает в марте 2023 г. В проекте обновлённого положения уточняется, что он вступит в силу с января 2023 г. и будет действовать до января 2029 г.

Вячеслав ДАШКОВ.

Перемены

Столичное переоснащение

С начала 2022 г. в поликлиники и больницы, подведомственные Департаменту здравоохранения Москвы, поставили новое медицинское оборудование. В соответствии с планом до конца года столичные медицинские организации получат ещё более 11,7 тыс. единиц техники. Такие данные столичных властей.

«Городские медицинские организации не испытывают какого-либо дефицита оборудования. Только с начала года столичные стационары и поликлиники получили свыше 10 тыс. единиц техники. Из них 176 единиц – тяжёлое диагностическое оборудование для проведения высокоточных исследований. Технику в столичных медорганизациях обновляем в плановом порядке. Кроме того, новейшим оборудованием

оснащаем городские поликлиники и новые корпуса стационаров после проведения в них капитального ремонта, а также все новые построенные медицинские объекты», – заявила заместитель мэра Москвы по вопросам социального развития Анастасия Ракова.

Все виды техники закупаются с заранее фиксированными сроками поставки, чтобы оборудование поступило к открытию новых или обновлённых объектов.

В соответствии с новым московским стандартом поликлиник вся аналоговая медицинская техника постепенно заменяется на цифровую, что позволяет интегрировать её в единую медицинскую платформу и повысить качество диагностики. Все головные здания поликлиник оснащаются аппаратами МРТ, КТ, денситометрами,

аппаратами УЗИ экспертного класса, оборудованием для контроля состояния больных с ишемической болезнью сердца, пациентов после инфаркта или операции на сосудах сердца. В филиалах устанавливают маммографы, рентген-аппараты, аппараты УЗИ и прочее оборудование.

В новых эндоскопических центрах и многопрофильных стационарах используются современные гастроскопы, колоноскопы, бронхоскопы, эндоскопические стойки для хирургии и другие виды техники.

Новейшее оборудование также используется при проведении диагностических исследований и операций в крупных онкологических центрах, помогая врачам выявлять опухоли на ранних стадиях.

Борис ЕФИМОВ.

Тенденции

Новые привычки – сложные травмы

Доля сложных переломов позвоночника у пациентов НИИЦ детской травматологии и ортопедии им. Г.И.Турнера выросла с 23 до 32% от общего числа в период с 2010 по 2020 г. Об этом сообщил директор центра Сергей Виссарионов. Примечательно, что ежегодно турнеровская клиника принимает около 200 детей с повреждениями позвоночника и опорно-двигательного аппарата.

«В 2010 г. основную массу (около 77%) составляли нестабильные повреждения позвоночника и только 23% приходилось на переломы позвоночника с повреждениями спинного мозга. В 2020 г. количество сложных переломов достигло 32,4%.

Начеку!

Потенциал изменчивости коронавируса высок

Гибрид штаммов коронавируса дельта и омикрон, или дельтакрон, показывает большой потенциал изменчивости коронавируса, что говорит о том, что в дальнейшем может появиться более тяжёлая мутация вируса, заявил директор Национального исследовательского центра эпидемиологии и микробиологии им. Н.Ф.Гамалеи академик РАН Александр Гинцбург.

«Дельтакрон демонстрирует, что потенциал изменчивости вируса

COVID-19 очень большой и не ограничивается только точечными мутациями. Это свидетельствует о том, что в дальнейшем может появиться более тяжёлая мутация вируса», – сказал А.Гинцбург. И добавил, что сам по себе дельтакрон «не представляет опасности и может не обладать эпидемиологическим потенциалом».

Также он призвал россиян ревакцинироваться от коронавируса перед началом нового эпидемического сезона.

Фёдор СМЕРНОВ.

Опросы

Медицина – это круглосуточно

Среди медицинских работников во время отпуска часто работают 37% респондентов. Ещё 38% заявили, что иногда работают. Сказали о том, что «нет, так как нет такой необходимости», 12% респондентов, а принципиально не работают во время отпуска только 8% таких специалистов. К таким выводам пришёл частный сервис по поиску работы в ходе опроса экономически активного населения России. В исследовании приняли участие 3 тыс. респондентов.

В ходе опроса также выяснилось, что из врачей трудятся в отпуске 36% специалистов, иногда работают 32%. Принципиально не работает каждый десятый респондент (11%), и это самый большой

показатель. На втором месте оказались программисты (9%).

В Профсоюзе работников здравоохранения причину подобной занятости видят в материальном положении медиков. По словам заместителя председателя организации Михаила Андроникова, коэффициент совместительства в здравоохранении составляет примерно 1,4-1,8, то есть врачи и средние медработники в среднем работают от 1,5 до 2 ставок.

Как известно, многие медработники совмещают работу и такую дополнительную нагрузку предполагает деятельность в свободное от основной занятости время, а ежегодные отпуска предоставляются по желанию работника.

Леонид ПОЛЯКОВ.

Криминал

От удара не отвернуться, коль его не ждешь

В Кировске Мурманской области суд вынес приговор местной жительнице, избившей офтальмолога.

Она признана виновной в умышленном причинении лёгкого вреда здоровью, вызвавшего кратковременное расстройство здоровья, совершенном в отношении лица в связи с осуществлением служебной деятельности (п. «г» ч. 2 ст. 115 УК РФ). Наказание назначено в виде 180 часов обязательных работ, сообщили в Следственном комитете по Мурманской области.

В суде установили, что в октябре 2021 г. эта гражданка, находясь в кабинете офтальмолога Апатитско-Кировской центральной городской больницы, ударила врача в лицо. В результате тот получил сотрясение головного мозга.

Как пояснили в надзорном органе, причиной такой агрессии стал отказ медика выдать больничный лист 22-летней дочери нападавшей. Девушка нарастила ресницы и под этим предлогом решила не ходить на работу. Свою вину осужденная не признала.

Игорь КОРАБЛЁВ.

Однако

Омское хищение

Октябрьский районный суд Омска вынес приговор 54-летней врачу-онкологу, обвиняемой в мошенничестве с использованием служебного положения в особо крупном размере (ч.4 ст.159 УК РФ).

В суде установлено, что женщина похитила 9 упаковок дорогостоящего препарата на общую сумму более 1,3 млн руб. в период работы

в Клиническом онкологическом диспансере в мае 2020 – январе 2021 г. Врач внесла недостоверные сведения в медицинскую документацию о выдаче лекарства пациенту, от приёма которого тот отказался по состоянию здоровья.

Вину в совершении преступления доктор не признала. Тем не менее суд назначил ей наказание в виде 3 лет лишения свободы условно с испытательным сроком 1,5 года и штрафа в размере 900 тыс. руб.

Олег РОМАШОВ.

Это очень значительный рост подобной травмы. Травмы связаны с ДТП, падением детей с этажей при сидении на подоконниках, падении с деревьев. Ещё одной особенностью детского травматизма стало выполнение «селфи» с различных высоких построек и использование современных средств передвижения: мопедов, мотоциклов, электросамокатов», – рассказал С.Виссарионов.

В 2021 г. около 6 тыс. детей в России погибли от различных травм, привёл данные ректор Санкт-Петербургского государственного педиатрического медицинского университета Дмитрий Иванов. Он отметил, что система российского здравоохранения спасает 14 тыс. детей ежегодно.

Валерий НИКИТСКИЙ.

С рождения жительница посёлка Джанаталап Оренбургской области знала, что ей предстоит операция на сердце. Однако к 16 годам вышел из строя не только аортальный клапан, но и её аорта в восходящем отделе. Если действовать стандартным путём, то девочке пришлось бы пройти через три, а то и четыре тяжёлых хирургических вмешательства. Детские кардиохирурги Федерального центра сердечно-сосудистой хирургии (Челябинск) виртуозно управились за один раз с помощью специального трансплантата отечественного производства – гомографта.

Диагноз недостаточности аортального клапана Гульназ Култаевой оренбургские врачи поставили ещё в 6 месяцев. Тогда они оценивали её как умеренную, и, к счастью, речи об экстренной операции не шло. На этом этапе ребёнок нуждался только в пристальном наблюдении и выполнении всех рекомендаций.

«Каждые полгода мы приходили на осмотры, выполняли все исследования, – говорит Сандугаш Култаева, мама девочки. – Сначала ничего не было заметно, росла как все дети, а с возрастом стала быстро уставать, ни бегать, ни гулять долго не могла, появлялась одышка и боли в груди».

Челябинские детские кардиологи наблюдали за её состоянием во время работы выездной детской бригады. Гульназ попала в их поле зрения в 2018 г.: начался подростковый период, который требовал пристального внимания профильных специалистов. Тогда же встал вопрос о необходимости хирургического вмешательства. Окончательно он назрел уже в нынешнем году, и девочку пригласили в Челябинск на дообследование и госпитализацию. При этом была обнаружена ещё одна, ранее неизвестная проблема, даже посерьёзнее первой.

«Во время проведения МРТ в стенах нашего центра подтвердилась критическая недостаточность

Работают мастера

Сердечный клапан для Дюймовочки

Челябинские кардиохирурги выполнили уникальную операцию



аортального клапана и выявилось значительное сужение восходящего отдела аорты, так называемый аортальный стеноз, – поясняет детский кардиолог кардиохирургического отделения № 4 Челябинского Центра сердечно-сосудистой хирургии Эльмира Харисова. – Всё вместе это стало представлять реальную угрозу жизни и способствовать развитию артериальной гипертензии у подростка. Решить задачу предстояло с помощью операции».

Замена аортального клапана в детской хирургии может пройти двумя путями – на механический или биологический протез, или с помощью «пластики», когда специ-

алисты перекраивают и ставят на нужное место собственный клапан. В данном случае пластическая операция была невозможна, потому что уже наступила дистрофия тканей и клапан полностью пришёл в негодность.

«Ситуация осложнялась тем, что сама Гульназ – миниатюрная, как Дюймовочка, и сердечко у неё тоже небольшое. В линейке стандартных механических и биопротезов подходящего для неё по размеру нет, к тому же со временем в этом случае клапанное кольцо и сам клапан будут оставаться неизменными, а девочке ещё предстоит расти и расти. И это самая большая проблема в детской кардиохирургии, – говорит

детский сердечно-сосудистый хирург центра Вячеслав Богданов. – Кроме того, требовал замены суженный участок восходящей аорты прямо над клапаном, что усложняло задачу в разы». Поэтому было решено на место удалённого поражённого участка имплантировать трансплантат отечественного производства – гомографт. Он представляет собой конструкцию из аортального клапана и нужного отдела аорты, выполненного из донорского материала по индивидуальным размерам специально для юной пациентки и даже чуть-чуть на вырост за счёт эластичности материала. В кратчайшие сроки он был изготовлен и доставлен в Челябинск.

Сложную операцию на остановленном сердце при искусственном кровообращении детские хирурги выполнили за рекордные 3,5 часа и вывели пациентку на самостоятельное дыхание ещё в операционной. Это позволило существенно снизить нагрузку на юный организм, сократить сроки реабилитации и возможные риски.

На второй день Гульназ из реанимации перевели в обычную палату, а через неделю в сопровождении мамы она уже отправилась домой.

Контрольные исследования показали превосходный результат работы нового клапана и аорты. Это заметила и мама девочки: порозовели щечки, дочь повеселела и стала строить планы на будущее. Теперь она мечтает выучиться на повара-кондитера, подольше

гулять и заниматься танцами, на которые раньше по состоянию здоровья её не брали. Правда, в ближайшие 6 недель с активными физическими нагрузками придётся повременить, но потом можно будет вернуться к обычному образу жизни.

В будущем Гульназ также при желании сможет стать мамой, поскольку гомографт выполнен из биологически совместимого материала и не требует пожизненного приёма антикоагулянтов, которые снижают риски тромбообразования, но при этом способствуют развитию кровотечения. Специалисты уверены, что трансплантат обеспечит то качество жизни, при котором детский организм будет расти и развиваться без помех. Он прослужит положенные 8-10 лет, что даст возможность девочке набрать нужный вес и размеры, пройти важные этапы в социальной жизни – закончить учёбу и при желании без помех выносить беременность. И тогда замена трансплантата на новый уже будет не такой критичной.

«Наши детские кардиохирурги были одними из первых в России, освоившие эту методику и с хорошим результатом, – отмечает главный врач Челябинского центра сердечно-сосудистой хирургии Олег Лукин. – В целом такие случаи в практике встречаются редко: на год нам требуется не более двух с половиной – трёх десятков гомографтов разной конфигурации и размеров. Но каждое такое вмешательство требует тщательной подготовки и высокой квалификации специалистов, начиная от врачей функциональной диагностики и кардиологов, которые ведут отбор пациентов на такое лечение, заканчивая всей хирургической бригадой, включая анестезиологов и собственно сердечно-сосудистых хирургов».

История «Дюймовочки» из Оренбуржья стала тому ещё одним подтверждением.

Лия ЗАХАРОВА,
внешт. корр. «МГ».

Челябинск.

Наши коллеги

В своё время физиолог с мировым именем академик И.Павлов определил рефлекс цели как непрерывное движение к вечно недостижимой цели.

Врач высшей квалификационной категории, отличник здравоохранения Галина Якушова в медицине почти 55 лет, 35 из них – в Ставропольском краевом онкодиспансере, и вся её жизнь – «движение к цели».

– Со школьной скамьи я хотела быть врачом или педагогом, – вспоминает она. – Об этом писала и в сочинениях. В итоге выбрала медицину, видела себя акушером-гинекологом.

Удивительно, но за плечами опытного врача долгий и непростой путь в профессию. Были и неудачи, и победы, но целеустремлённость, настойчивость и трудолюбие помогли преодолеть все препятствия.

– Я из Ростовской области приехала поступать в Ставрополь и не поступила – не добрала баллов. Тогда устроилась работать санитаркой в первую городскую больницу. Начинала в хирургическом отделении. С 1969 г. продолжала работать уже в гинекологическом отделении, параллельно училась в Ставропольском медицинском училище на вечернем отделении. В медицинский университет на лечебный факультет поступила с шестой попытки, с перерывом после школы в 11 лет. Пройдя все ступени профессии и поработав санитаром, операционной медицинской сестрой, она признаётся, что такой опыт дал очень много. Уже будучи молодым врачом,

Рефлекс цели

Галина Николаевна владела техникой всех операций, выполняемых в онкогинекологии.

– На втором году клинической ординатуры я работала в акушерстве, где курировала беременных с сердечной, почечной патологией. Свою первую операцию – экстирпацию матки с придатками – провела, будучи студенткой 3-го курса, в гинекологическом отделении краевой больницы под руководством заведующего отделением Бориса Кары. В помощь практическому здравоохранению была направлена в Ипатовскую районную больницу, где оперировала, вела приём. За месяц я выполнила 10 операций.

Говоря о своих педагогах, Галина Николаевна не может выделить кого-то одного:

– Я любила всех учителей. Когда поступала в шестой раз, преподаватели вуза, довольные моим ответом на экзамене, интересовались, из какой я школы. Было приятно, что мои учителя, у которых я училась в Новошахтинске, дали хорошие знания.

В институте очень нравилась Ангелина Мельникова – преподаватель анатомии. Помню очень строгого преподавателя по фармакологии – профессора Стороженко, которому сдавала экзамен: у него очень сложно было получить высший балл. Ещё когда работала операционной медицинской сестрой, знала профессора, заведующего кафедрой акушерства и гинекологии Марию

Мельникову, которая повлияла на моё решение пойти в субординатуру по акушерству и гинекологии.

В Ставропольский онкодиспансер Галина Николаевна пришла в 1986 г. – тоже по распределению, до 2003 г. оперировала. Первоначально в отделении на 30 коек работали 4 врача.

– На кафедре очень глубокие знания в области онкогинекологии тогда нам дала Лидия Правдина и заведующий кафедрой онкологии Иван Линченко.

С 1986 по 1996 г. Галина Николаевна совмещала лечебную деятельность с преподаванием на кафедре онкологии. Часто вспоминает многих своих пациентов:

– Есть больные, которых я оперировала много лет назад, они живы-здоровы. Недавно приходила на приём женщина, приводила родственницу. Заходит ко мне не стала, но передала медсестре кабинета, что я её оперировала 20 лет назад. Такое вот «сарафанное радио», которому нормальные люди всегда доверяют.

На её глазах прошло много изменений в диспансере: благодаря новому оборудованию стали проводиться более современные операции, появились лапароскопические вмешательства, новые методы лучевой терапии, расширился ассортимент лекарственных препаратов.

– Рак очень помолодел. Раньше случаи рака шейки или тела матки у молодых женщин в нашей практике были единичными. Сейчас



очень часто мы наблюдаем это заболевание даже у нерожавших женщин, – говорит специалист.

На вопрос о том, какой можно дать совет молодому поколению врачей, Галина Николаевна отвечает однозначно:

– Прислушиваться к советам старших, перенимать их опыт, учиться у старшего поколения. Важно соблюдать этику и деонтологию не только при общении с пациентами, но и в процессе взаимодействия с коллегами.

По её словам, все обстоятельства в её судьбе располагали к тому, чтобы всю жизнь работать в одном учреждении:

– Об онкологии я поначалу вообще даже не думала, но потом

получила распределение, стала работать, так и осталась здесь на всю жизнь. Я люблю свою работу за то, что я ею живу, оказывая большим помощью, могу кому-то облегчить состояние, продлить жизнь, а кому-то подарить выздоровление. Это наш с коллегами общий труд.

Здесь было бы уместно привести мнение другой стороны лечебного процесса – пациента.

«Четвертый год после операции наблюдаюсь у врача Г.Якушовой... Такого высокого профессионализма и уровня доброты и сострадания я не наблюдала нигде и никогда. Несмотря на людской поток, Галина

Николаевна находит время и тщательно осмотреть, и дать нужный совет, и подбодрить», – с этих слов начинается одно из обращений пациентов Ставропольского онкодиспансера.

Спокойная, грамотная, добросовестная, Галина Николаевна последовательно шла к главной цели своей жизни – служить людям, охранять и сохранять их здоровье. Благодаря настойчивости и трудолюбию она достигла этой цели и продолжает идти вперёд...

Рубен КАЗАРЯН,
соб. корр. «МГ».

Ставропольский край.

Грудное вскармливание – идеальное питание для младенцев. Оно оказывает уникальное биологическое и эмоциональное воздействие на здоровье как матери, так и ребёнка, обладает защитными свойствами от инфекционной патологии, снижает риски развития многих соматических, аутоиммунных, эндокринных заболеваний, улучшает показатели психомоторного и интеллектуального развития, остроты зрения.

Инвестиции в будущее

Материнское молоко с современных позиций рассматривается не только как продукт, который обеспечивает ребёнка пищевыми веществами и энергией, необходимыми для его роста, но и как живая, постоянно меняющаяся материя. Оно обладает способностью адаптироваться под потребности ребёнка на протяжении первого года жизни. Его состав может меняться в течение суток и даже одного кормления.

Грудное вскармливание формирует комплекс оптимальных психофизиологических отношений между матерью и ребёнком, способствует последующей социальной адаптации. Доказано, что дети, длительно кормившиеся грудью, становятся в дальнейшем хорошими родителями. Об этом докторам напомнила заведующая лабораторией питания НИИЦ здоровья детей профессор Татьяна Боровик на конференции, посвящённой грудному вскармливанию больного и недоношенного ребёнка.

По словам профессора, главный фактор грудного молока – это способность постнатального метаболического и иммунологического программирования здоровья человека. В настоящее время известно более тысячи различных компонентов, которые входят в состав грудного молока. Так, лактоферрин профилактирует некротизирующей энтероколит (НЭК), нарушения иммунной системы.

Олигосахариды грудного молока способствуют росту в кишечнике ребёнка полезной микрофлоры, что, в свою очередь, положительно сказывается на становлении иммунитета, предотвращает развитие НЭК, инфекционных заболеваний, ожирения и т.д.

Примерно одинаковая профилактическая направленность у длинноцепочечной полиненасыщенной жирной кислоты омега-3 и холестерина. Раньше считалось, что холестерин не должен входить в рацион детей и взрослых, теперь же доказано, что в грудном молоке он имеется в достаточном количестве, способствует становлению метаболизма и принимает участие в формировании витамина D, различных половых гормонов и т.д. Если ребёнок не будет его получать с пищей, то придётся вырабатывать эндогенный холестерин, что в дальнейшем приведёт к развитию метаболического синдрома.

В общем, грудное вскармливание – надёжная инвестиция в здоровье детей. Его расценивают как биологическую норму, именно то, что должно быть у каждого ребёнка, считает ведущий научный сотрудник лаборатории питания НИИЦ здоровья детей доктор медицинских наук Ольга Лукоянова. Оно должно рассматриваться как общепризнанное право каждого малыша, в том числе недоношенного и больного, и являться делом общественного здравоохранения. Однако в реальности всё непросто. Более 50% педиатров США не уверены, что смогут помочь в вопросах поддержки грудного вскармливания. Порой их ответы неграмотны и могут даже в некоторых случаях изменить убеждения мамы кормить грудью. Не на много лучше картина у нас в стране. Причина в негативном личном опыте и в недостатке знаний. Педиатр должен знать всё о грудном вскармливании, но парадокс: этому практически не обучают в вузах.

В плену устаревших стереотипов

– К сожалению, докторам иногда легче и безопаснее предложить

маме смесь, чем решать проблемы с грудным вскармливанием, – констатировала О.Лукоянова. – Зачастую родителями педиатр воспринимается не как специалист в области поддержки грудного вскармливания, а как специалист, который может помочь матери выбрать правильную смесь.

Учёный Яков Яковлев проводил наблюдение в течение 10 лет и обнаружил многократное снижение степени доверия к врачам за последнее десятилетие. Не выявлено у них увеличения уровня знаний по вопросам грудного вскармливания. Как, впрочем, и у

По её наблюдению, доктора не знают, когда лучше начать прикладывание недоношенного к груди, когда перевести на кормление по требованию, как при этом использовать обогатитель грудного молока, как учесть калорийность получаемого питания. Да и боятся неэффективного сосания, чреватого низкими прибавками в весе. К тому же опасаются обширных вопросов со стороны мам, у которых могут появиться трещины сосков, болезненность, нагрубание. Это вызовет у врача необходимость анализировать, отвечать, помогать.

к груди всякий раз, когда у него появляются признаки заинтересованности к сосанию, а далее он докармливается сцеженным грудным молоком из расчёта суточной потребности в питании под контролем прибавок массы тела. Постепенно объём высасываемого младенцем из груди молока увеличивается, а количество докорма снижается. В конце концов наступает момент, когда ребёнка можно перевести в режим кормления «по требованию», но это чаще всего происходит уже на амбулаторном этапе.

– Очень важно доктору справиться со своими стереотипами, позволить себе разрешить матери

только заболеваний, связанных с метаболическим синдромом, но и онкологических, инфекционных, аллергических болезней, задержки роста.

Однако в последнее время появляются работы, в которых говорится о том, что грудное молоко не защищает ни от ожирения, ни от аллергии. К подобным публикациям, по мнению Т.Боровик, надо подходить осторожно и принимать во внимание тот факт, что проводить исследования с грудным вскармливанием очень сложно.

– Если у матери хорошее здоровье, нормальный нутритивный

Особый случай

Частично по требованию

Переходная стратегия, позволяющая достичь конечной цели



выпускников медрес. Ошибочные позиции 70-80-х годов прошлого века до сих пор преподаются в медицинских высших учебных заведениях и колледжах. Поэтому детей в родовспомогательных учреждениях продолжают кормить по расписанию, а не по требованию ребёнка, как это принято сейчас международными документами, не соблюдают другие современные установки, способствующие длительной и успешной лактации. Не удивительно, что процент младенцев, получающих исключительно материнское молоко, низкий. Если здоровых детей ещё стараются как можно раньше приложить к груди в родовспомогательном учреждении, то с больными и недоношенными дела обстоят иначе, и в силу объективных причин, связанных с состоянием малыша, и в силу субъективных, обусловленных позицией медперсонала. Между тем исследования показывают положительный дозозависимый эффект наличия материнского молока в рационе недоношенного ребёнка. Высокие дозы этого продукта снижают риск развития у него некротизирующего энтероколита, артериальной гипертензии, позднего сепсиса, бронхолегочной дисплазии, ретинопатии недоношенных, неврологических нарушений, сокращают длительность госпитализации, повышают толерантность к питанию. С научной точки зрения замены материнскому молоку нет.

– Большинство неонатологов с предубеждением и неохотой относятся к возможности прикладывать недоношенного ребёнка к груди матери в стационаре. «Мы же его только вчера из кувеза выложили», «Мы же только недавно перестали его через зонд кормить», «У него ещё носогубный треугольник синий!», «У него ещё хрипы в лёгких», «У него же БЛД, поэтому нужен строгий расчёт питания», «Он из бутылочки-то устает сосать», «Он и так мало в весе прибавляет. Вот завтра выпишем, пусть дома и прикладывают» – эти фразы, к сожалению, приходится слышать часто, и они вызывают недоумение, – рассказала О.Лукоянова.

– Но всё-таки нужно подумать о том, что грудное вскармливание – право ребёнка, и наша обязанность помочь маме приложить его к груди, – напомнила О.Лукоянова.

На сей счёт есть документы, подсказки. Их, правда, мало. Специалист остановилась на программе ВОЗ для неонатальных отделений, сделав акцент, в частности, на 3 шагах, которые позволяют приблизиться к возможности кормить больного и недоношенного ребёнка грудью сначала в режиме «частично по требованию», а потом уже «по требованию». Например, нужно организовать в неонатальном стационаре как можно более ранний контакт «кожа к коже» (чего тоже большинство докторов опасается). Для недоношенных в стабильном состоянии он возможен уже с 26-й недели гестации (при массе тела 600 г). Это увеличивает продукцию молока, повышает скорость роста детей, снижает смертность.

Единственным критерием для раннего начала грудного вскармливания является не гестационный возраст, не вес ребёнка, а его стабильное состояние, то есть отсутствие апноэ, десатурации, брадикардии. Недоношенный способен захватить сосок и сосать уже с 27-й недели гестации (значит, с этого возраста возможно ненутритивное сосание), глотать молоко – с 29-й недели, а полноценно сосать грудь – с 32-й недели гестации.

Расписанию – нет! Свободному вскармливанию – да!

– Мы должны поощрять грудное вскармливание по требованию. Но как это возможно для больного и недоношенного ребёнка, когда всё по часам, всё расписано, когда учитывается каждый грамм, каждая потеря? – размышляет О.Лукоянова. По её убеждению, достигну цели послужит переходная стратегия – кормление «частично по требованию», которая должна осуществляться непосредственно в стационаре. Введение в практику этого термина было бы уместно в данной ситуации и позволило бы упростить показатели. Суть в следующем: мать прикладывает малыша

начать прикладывать больного и недоношенного ребёнка к груди. Часто доктор об этом даже думать себе не позволяет, – говорит О.Лукоянова.

Когда же начинать? Как утверждает эксперт, сразу после стабилизации состояния ребёнка и завершения зондового кормления, вне зависимости от веса или постнатального возраста, при отсутствии медицинских противопоказаний.

Конечно же, у педиатров возникает немало вопросов, дескать, мы разрешаем маме кормить по требованию, даём докорм по желанию ребёнка, а всё-таки где объективные критерии, на какие прибавки в массе тела нужно ориентироваться для оценки достаточности питания? Ответ следующий: разработаны ориентировочные минимальные прибавки в день, не нужно малыша взвешивать после каждого кормления, отягощать этим маму. В первые 3 месяца достаточно прибавки 20 г в сутки.

– Мы загружаем маму и себя цифрами, калориями, разными условностями, это приводит к тому, что родители зачастую выбирают искусственное вскармливание. Чтобы такое не произошло, очень важна максимальная поддержка женщины, – подчеркнула О.Лукоянова.

Особенно часто мамы сталкиваются с болезненностью при сосании, трещинами сосков. Специалисту необходимо выяснить причины. Главная из них – ребёнок неправильно приложен к груди. Кроме того, в некоторых роддомах перед каждым кормлением маму заставляют мыть молочные железы, да ещё с мылом, чего делать не нужно. Достаточно один раз в день принять душ.

Иногда мама неправильно высвобождает сосок изо рта ребёнка, насильно вытягивая при вынужденном прекращении кормления, что повышает риск ещё большей травматизации.

Первая помощь в таких случаях – научить маму правильно прикладывать малыша к груди. Если всё сделано верно, а трещина уже есть, на выручку придут промышленные аксессуары, например накладки на соски.

– Единых подходов к переводу недоношенного ребёнка на кормление из груди «частично по требованию» нет. Многие зависят от знаний, личного опыта и интуиции врача, а также от интуитивного поведения матери. Поэтому нужно маму поддерживать, помогать ей и доверять. Очень важно понимать, что каждая пара мать-ребёнок имеет свой индивидуальный сценарий кормления грудью. Конечная цель – полный переход к кормлению по требованию, – подчёркивает О.Лукоянова.

Факты однозначные и неоднозначные

Как уже отмечалось, адекватное питание может снижать риск не

статус, она рационально питается, ведёт здоровый образ жизни, это определяет оптимальный состав грудного молока. Я думаю, в таком случае грудное молоко будет работать на профилактику этих заболеваний, – считает Т.Боровик.

По словам профессора, ответственными исследованиями определено, что женщины с избыточной массой тела или ожирением по сравнению с женщинами с нормальным весом имеют меньшее микробное разнообразие состава грудного молока, в нём меньше бифидобактерий, но больше стафилококков и лактобацилл. Такие женщины могут программировать подобные состояния у своих детей, передавая им aberrantную микробиоту с грудным молоком.

Питание беременной и кормящей женщины влияет на развитие пищевой аллергии у ребёнка. Наиболее частые аллергены – коровье молоко и куриные яйца. Исследование показывает, что у детей регистрировалась пищевая аллергия в тех случаях, когда их матери во время беременности и кормления грудью в больших количествах употребляли коровье молоко. С куриными яйцами то же самое. Концентрация овальбумина куриного яйца в грудном молоке ассоциировалась с количеством съеденных яиц, то есть был дозозависимый эффект. Следовательно, важны мера и правильный рацион.

Задача медработников – мотивировать женщину на кормление ребёнка грудью, поддерживать её в этом желании, информировать о преимуществах грудного вскармливания, которое оказывает влияние и на её собственное здоровье. Доказано, что у женщин, длительно кормивших грудью, снижается риск развития рака молочных желёз. Ряд специалистов утверждают: кормление грудью способствует улучшению минерализации костей, что приводит к уменьшению риска перелома шейки бедра в период постменопаузы.

Грудное вскармливание является также фактором защиты от хронической боли после кесарева сечения, встречающейся у 20% женщин в течение 4 месяцев в области постоперационной раны. Оно в 3 раза уменьшает вероятность появления этих болей. А недавнее исследование, проведённое корейскими учёными, свидетельствует, что вскармливание грудью в течение 11 месяцев (и более) значимо снижает развитие у матери метаболического синдрома. И эти факты не грех использовать в беседах с женщинами, мотивируя их на грудное вскармливание и, конечно же, делая всё возможное на стационарном этапе для реализации права ребёнка на получение материнского молока.

Валентина ЕВЛАНОВА,
корр. «МГ».

– Ирина Валерьевна, если исходить из того, что правоохранительная и судебная системы действительно ставят целью поиск истины, а не простое стремление наказывать врачей по любой жалобе пациента, то некачественная судебно-медицинская экспертиза не выгодна никому. Следствию и суду она невыгодна потому, что сторона защиты будет доказывать сомнительность/ложность заключений СМЭ и настаивать на повторной экспертизе, а это затягивает следствие и суд на месяцы и даже годы. Службе СМЭ она невыгодна потому, что некачественные заключения – пятно на её репутации. Разумеется, ни пациенту, который выдвинул обвинения в адрес врача, ни самому врачу экспертиза, выполненная на «двоечку», не нужна, поскольку уводит от истины, а не приближает к ней. Но если к качеству судебно-медицинской экспертизы много претензий у всех, почему же ничего не меняется?

– Это правда: царицей доказательств и в гражданском, и в уголовном процессах рассматривающих ятрогенные правонарушения, является именно судебно-медицинская экспертиза. Не обладая специальными знаниями в данной области, следователь и судья могут принять в качестве доказательства любое экспертное заключение. Таким образом, на экспертах лежит ответственность огромной величины.

Наш центр в основном занимается как раз производством повторных экспертиз. Иными словами, по решению суда мы проводим повторное исследование экспертных объектов, получаем свои результаты, выносим свои умозаключения, которые зачастую значительно отличаются от предыдущих. Спрашивается, зачем открывать всё новые и новые экспертные организации, в большинстве негосударственные, если после них ту же работу вынуждены выполнять специалисты государственных учреждений? Изначальный посыл бы такой – «разгрузить» государственные экспертные бюро и тем самым сократить время выполнения экспертиз, сроки расследований и судебных тяжб. На деле получилось ровно наоборот.

Что касается компетентности судебно-медицинских экспертов, для этой работы нужно быть многогранным специалистом. Недостаточно просто иметь диплом медицинского вуза и пройти учёбу в ординатуре по СМЭ, надо иметь какой-то стаж работы, желательно в отделении танатологии, знать медицинское право и главное – иметь экспертно-аналитическое мышление. К сожалению, есть эксперты, которые, даже будучи прекрасными клиницистами и даже авторами научных статей, не обладают аналитическим мышлением. Если человек адекватно оценивает свои способности, он не возьмётся за то, что ему не под силу. Если же самокритики нет, а амбиции велики, он согласится стать экспертом и напишет в экспертном заключении в лучшем случае невнятный вывод, в худшем – ложный.

Экспертно-аналитическое мышление как критерий отбора сложно регламентировать, и всё-таки какая-то система оценки профессиональных компетенций экспертов должна быть. Причём не по формальным признакам – диплом, сертификаты, а по результативности работы, в частности, по количеству повторных экспертиз в тех делах, где экспертом выступал данный специалист.

Бывает и так, что выпускник ординатуры получает сертификат по судебной медицине и сразу устраивается на работу в негосударственную экспертную организацию, не проработав ни одного года в отделе танатологии, не зная в принципе основ медицины.

Никаких формальных ограничений для этого не существует.

И ещё: в нашей стране – и это огромная ошибка, которую необходимо исправить – в принципе нет контролирующей организации, которая могла бы оценить работу экспертных организаций и уровень профессионализма их сотрудников. Российский центр СМЭ не имеет таких полномочий, более того – экспертизы, выполненные в федеральном учреждении, региональном бюро СМЭ или в небольшой коммерческой органи-

зации по хирургии. Моя задача как эксперта – пересмотреть биологические материалы, оценить медицинскую документацию и выявить возможный дефект оказания помощи, но вывести меня на верные выводы могут только высококвалифицированные хирург и анестезиолог, которых мы привлечём к работе в экспертной комиссии. Таким образом, в её состав входят два судмедэксперта, эксперт-гистолог, хирург, анестезиолог и, возможно, ещё кто-то из специалистов, которые нужны

Однако в 2015 г. в статье 58 Федерального закона № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» появилось дополнение о том, что медицинская экспертиза может быть негосударственной. Причём законодатели сформулировали это как право граждан на проведение независимой медицинской экспертизы.

– Таким образом, понятия «негосударственная» и «независимая» стали синонимами, что не может не вызывать

числе занимаются выявлением дефектов оказания медицинской помощи, но «не тянут». Тогда они открывают свои ООО, ИП, АНО, получают лицензию и совершенно бесконтрольно работают. Для них это в чистом виде бизнес, за результаты которого никто не спрашивает. Есть «специалисты», которые демонстрируют не только слабую экспертную подготовку, но даже незнание законодательства об экспертной деятельности.

Подобная система существует не только в отношении меди-

Наши интервью

Царица доказательств

От экспертизы зависит всё, а от чего зависит она?



«МГ» продолжает разговор о роли и качестве судебно-медицинской экспертизы, начатый в № 29 от 27.07.2022. В каждом случае, когда неблагоприятный результат оказания медицинской помощи грозит «осложниться» расследованием и судебным процессом, именно заключение судебно-медицинской экспертизы (СМЭ) является главным доказательством вины либо невиновности врача. Нужно ли говорить, насколько высоки должны быть требования к уровню квалификации экспертов, а также к регламенту проведения и достоверности выводов экспертизы, чтобы правосудие действительно было таковым?

Подчеркнём: мы не за то, чтобы все подряд случаи причинения вреда здоровью и жизни пациента при оказании медицинской помощи заведомо трактовались как естественные и допустимые последствия высокорисковых вмешательств. Иными словами, идея слепой корпоративной солидарности, когда врач всегда прав, а пациент всегда ошибается, – не наша идея. Равно как и наоборот: недопустимо безоговорочно встать на сторону пациентов и сажать медиков без разбору. «Медицинская газета» – за справедливость, которая в интересах обеих сторон.

Именно поэтому мы обратились к специалисту, оценки которого максимально компетентны и абсолютно объективны. Заведующая отделением экспертизы живых лиц Российского центра судебно-медицинской экспертизы Минздрава России Ирина ПЛЕТЯНОВА имеет две специальности – судмедэксперт и медицинский юрист.

зации, считаются равнозначными в уголовном и гражданском процессах. Даже если одно заключение будет написано научным языком, а второе – откровенно антинаучным, следователь и судья могут принять за истину второе просто потому, что оно для них понятнее. Так устроена система, это её фундамент.

– Насколько повлияло на качество экспертиз появление негосударственных учреждений судебно-медицинской экспертизы?

– Я отвечу следующим образом: в большинстве случаев пытаются назначать повторные сложные экспертизы в Российском центре СМЭ, тогда как, по идее, все экспертные организации должны находиться на одном уровне по качеству выполнения экспертиз. Если по факту это не так, то в чём дело? Данный вопрос, согласитесь, уже не ко мне. К слову, претензии возникают по поводу качества работы и негосударственных, и государственных экспертных организаций.

– Лицензии есть у всех, а организация работы государственных и частных экспертных бюро подчиняется каким-то общим правилам?

– Нет. Могут рассказать, как организована работа в государственной системе СМЭ при производстве экспертиз, связанных с медицинскими правонарушениями. Судмедэксперт не может вынести решение единолично, без привлечённых клиницистов. Всё решается комиссионно, тем более когда речь идёт о сложных клинических случаях.

Например, предстоит экспер-

по существу рассматриваемого клинического случая. Идёт кропотливая работа, в ходе которой мы не только оцениваем выбранную тактику лечения и причины неудачного результата, но даже верность диагноза, который был поставлен пациенту, то есть возвращаемся к начальной точке оказания медицинской помощи. И заключение пишем вместе, предварительно обсудив все выводы, со ссылками на все доказательства – клинические, морфологические, гистологические.

Увы, многие экспертные учреждения этим пренебрегают, они ничего не обосновывают, а просто ссылаются на мнение одного клинициста, который нередко вообще не является специалистом именно в данной области медицины. Мы это видим по текстам экспертных заключений, когда проводим повторные экспертизы по ятрогенным преступлениям.

– Вы деликатно указываете на то, что внешний контроль качества должен распространяться на экспертные организации всех уровней и форм собственности. То есть не хотите заведомо ставить «двойки» всем частным центрам. Но, если откровенно, не с тем ли связано снижение качества экспертиз, что эту деятельность превратили в бизнес?

– Не только с этим, но в значительной степени – да. Хронология событий такова. Федеральный закон о государственной судебно-экспертной деятельности в РФ № 73 принят ещё в 2001 г. Как следует из названия, никакой иной, помимо государственной экспертизы, изначально не предполагалось.

удивления. Выходит, государственная экспертиза заведомо необъективна, поскольку она, якобы, зависимая?

– С этим нельзя согласиться. Вообще, с точки зрения лингвистики, выражение «независимая экспертиза» – тавтология, потому что основной принцип любой экспертной деятельности – независимость. Эксперт – это человек, который должен на основании фактов сделать непредвзятое заключение, такова сущность данной профессии. Подпись эксперта под документом является подтверждением независимости его суждений. Его мнение не может находиться в зависимости от того, кто ему платит за работу.

Поэтому инициировать помимо государственной ещё и негосударственную, так называемую независимую экспертизу, изначально было странным решением. Если просто хотели создать рынок данных услуг, то почему нельзя было расширить сеть государственных экспертных учреждений и контролировать их работу по всем параметрам: качество, объективность, непредвзятость?

Возвращаясь к теме качества экспертизы. Как и любая другая, экспертная деятельность лицензируется, то есть определённый отбор участников на этом рынке услуг всё-таки предусмотрен. Однако следует признать, что получить лицензию и открыть экспертную организацию не очень сложно. Ну, а кого именно руководитель организации пригласит на работу, решать ему. Увы, нам известны случаи, когда люди пытались работать в отделах сложных экспертиз в государственных учреждениях, в том

цинских, но и других видов экспертиз. Проблема настолько обострилась, что в итоге в ноябре 2021 г. вышло Распоряжение Правительства России об утверждении Перечня видов судебных экспертиз, которые можно проводить исключительно в государственных судебно-экспертных организациях. В список вошли судебная баллистическая, судебная взрыво-техническая, судебно-психологическая, судебно-психиатрическая, судебная экспертиза наркотических средств, психотропных веществ, сильнодействующих и ядовитых веществ, а также судебная строительно-техническая, землеустроительная и пожарно-техническая экспертизы.

Как видим, судебно-медицинской экспертизы этот запрет не коснулся.

– Видимо, в перечень включили экспертизы по преступлениям, связанным с угрозой безопасности одновременно большому числу людей, а не одному человеку.

– Возможно. Но для качества судебно-медицинской экспертизы запрет на её выполнение в бесконтрольно работающих негосударственных организациях тоже не помешал бы. И медицинские юристы, и адвокаты давно пытаются привлечь внимание к данной проблеме: даже видя, что в экспертном заключении написано, с точки зрения врачебных компетенций, ерунда, они ничего не могут сделать, потому что в судебном процессе эксперт стоит на ступеньку выше, его мнение будет для судьи важнее, даже если это мнение абсолютно необоснованное и бездоказательное.

В мае 2022 г. на данную проблему обратили внимание уже сами эксперты. Российский центр судебно-медицинской экспертизы проводил конференцию и предложил коллегам обсудить ситуацию с качеством экспертиз. К нашему удивлению, каждый из 50 докладчиков, в числе которых были представители Минздрава России, Следственного комитета, адвокатуры, профессионального экспертного сообщества, так или иначе коснулся этой темы. Оказывается, у всех наболело.

– Допустим, это случится: судмедэкспертиза также перейдёт в категорию строго государственных. Но ведь и следователи, и судьи, и адвокаты отмечают, что спрос на данный вид экспертиз превышает предложение: СКР активизировал работу по «медицинским» преступлениям, а в экспертной службе нет необходимого кадрового ресурса. Закрывать плохо работающие частные бюро – значит заstopорить работу следователей и судов.

– Действительно, есть установленные законом сроки для каждого этапа следствия, нарушать которые нельзя. Если сконцентрировать все запросы на проведение СМЭ только в государственных бюро, там скопится такая очередь, что процессуальные правила не смогут быть соблюдены. Коммерческие организации делают работу не всегда качественно, зато быстрее. Ситуация патовая.

Задача государства – решить, как обеспечить одновременно и соблюдение процессуальных сроков, и качество экспертизы. Возможно, если бы начала работать система внешнего контроля качества, и все эксперты исходно выполняли свою работу безупречно, не требовалось бы повторных экспертиз и не нарушались процессуальные сроки.

– **Насколько нынешнее российское законодательство, регулирующее экспертную деятельность, соответствует интересам качества судебно-медицинской экспертизы, интересам правосудия? Какие дополнения и изменения необходимы, по вашему мнению?**

– Первые 25 статей российского закона о государственной экспертной деятельности абсолютно безупречны. Читай и соблюдай. Есть и методические рекомендации по производству экспертиз в случаях, связанных с оказанием медицинской помощи. В то же время некоторые доработки в нормативных актах нужны.

В качестве примера хочу привести закон Республики Казахстан об экспертной деятельности. Он устанавливает проведение государственного контроля экспертной деятельности со стороны Министерства юстиции. Также Минюст Казахстана разрабатывает и утверждает правила определения категории сложности судебных экспертиз, порядок исчисления сроков их производства в зависимости от категории сложности. Российское же законодательство не оговаривает ничего подобного. Таким образом, предполагается, что все экспертизы имеют одну степень сложности, и установленный срок их проведения одинаков. Кроме того, в Казахстане проводится то, чего нет у нас, – контроль деятельности лиц, которые имеют лицензию на судебно-экспертную работу, то есть являются негосударственными экспертами. За неудовлетворительные результаты предусмотрено приостановление или вообще прекращение действия лицензии на судебно-экспертную деятельность.

Насколько мне известно, в Госдуме планируют вернуться к закону об экспертизе, но пока не ясно, какие именно перемены нас ожидают.

Беседу вела
Елена БУШ,
обозреватель «МГ».

Новые подходы

И медицинский, и экономический эффект

Он предусмотрен в работе новых центров скрининга колоректального рака

В августе в Оренбургской области открылись три новых центра скрининга колоректального рака, задачей которых является раннее выявление предопухолевых и опухолевых заболеваний кишечника. Они созданы в трех крупнейших городах региона – Оренбурге, Орске и Бузулуке. Ежегодно по программе диспансеризации здесь смогут обследоваться более 170 тыс. жителей области – в основном это люди старше 40 лет, которые в силу своего возраста попадают в группу риска по колоректальному раку.

Об этом сообщила победительница 4-го сезона конкурса управленцев «Лидеры России» – флагманского проекта президентской платформы «Россия – страна возможностей», руководитель центра мониторинга скрининговых программ Оренбургской области Полина Саакян.

«Мы создали централизованную систему скрининга колоректального рака, включающую первый и второй этапы обследования. В наших центрах пациенты смогут сдавать анализы кала на скрытую кровь и при положительном результате проходить колоноскопическое исследование с незамедлительным удалением полипов в случае их выявления. То есть людям не придется приходить к нам повторно и госпитализироваться. Мы будем делать максимум возможного в течение одной процедуры», – говорит специалист.

Центры открыты при Оренбургском областном онкологическом диспансере, Орском онкологическом диспансере и Бузулукской больнице скорой медицинской помощи. Они оснащены самым современным медицинским оборудованием стоимостью более 100 млн руб. Это анализаторы для выполнения анализа кала на скрытую кровь количественным методом и видеоэндоскопические комплексы с видеоколоноскопами известной японской компании, которые позволяют получать четкое цифровое



П. Саакян

изображение и повышают уровень диагностических исследований до экспертных.

«Новое оборудование позволяет выполнять высокоточные анализы, исключая ложноположительные результаты, и повышает качество диагностики предраковых и раковых заболеваний колоректальной локализации при колоноскопии», – комментирует П.Саакян.

В общей сложности в новых подразделениях работает более двух десятков высококвалифицированных специалистов – врачи клиничко-лабораторной диагностики, эндоскописты и анестезиологи-реаниматологи.

По статистике, заболеваемость колоректальным раком и смертность от него в области выше, чем в среднем по России и в Приволжском федеральном округе.

Специалисты отмечают: рак кишечника развивается 10 лет, причём первые стадии проходят абсолютно бессимптомно: заболевание никак себя не проявляет. Когда человека начинает что-то беспокоить, появляются жалобы и клинические проявления – это указывает на запущенность процесса и более позднюю стадию.

У пациентов с данным видом рака наблюдается высокая летальность вследствие несвоевременной диагностики. Благодаря открытию новых центров появилась возможность обнаруживать заболевание не просто на ранних стадиях, а даже задолго до того, как полип перерастет в злокачественное новообразование.

Первым шагом к созданию центров скрининга стал пилотный проект по выявлению колоректального рака, который проходил при участии Национального медицинского исследовательского центра колопроктологии им. А.Н.Рыжих Минздрава России и при поддержке правительства Оренбургской области в конце прошлого – начале нынешнего года.

«Пилотный проект продолжался 6 месяцев. За это время медики отработали технологию выявления колоректального рака в два этапа – лабораторно и с помощью колоноскопии. В исследованиях приняли участие более 3,2 тыс. работников крупных промышленных предприятий региона в возрасте 40 лет и старше. В итоге было выявлено 6 онкологических заболеваний, 5 из которых – на ранней стадии, не требующей применения химиотерапии. Ещё в 115 случаях удалены полипы, а это значит, что предотвращено развитие онкопатологии в ближайшие 5 лет, – говорит заместитель председателя правительства области по социальной политике, министр здравоохранения области Татьяна Савинова. – Мы можем смело сказать, что эти люди получили очевидный шанс на жизнь. Накладывая результаты пилотного проекта на численность взрослого населения области, можно прогнозировать сохранение сотен жизней в год».

Следует отметить, что создание 3 новых центров скрининга колоректального рака в области состоялось в рекордно короткие сроки.

«Мы завершили «пилот» в марте, и уже менее чем через полгода открыли сеть центров скрининга для всего региона. Это своеобразный прорыв – самый оперативный за-

пуск подобных проектов в России, больше такого пока не было нигде», – отмечает П.Саакян.

Министр здравоохранения области пояснила, что столь прорывной запуск проекта имеет не только медицинское, но и экономическое обоснование.

«Ранняя диагностика нацелена в первую очередь на сохранение здоровья человека. Но у неё есть и положительный экономический эффект, который выражается в сотнях миллионов рублей. Мы провели расчёты, и оказалось, что лечение пациента, у которого рак диагностирован на ранних стадиях, в 20 раз дешевле лечения заболевания, выявленного на поздних стадиях. Поэтому мы безотлагательно приступили к созданию сети центров скрининга для всего региона. Подразделение в Бузулуке закрывает западную зону, в Орске – восточную, в Оренбурге – центральную», – уточняет Т.Савинова.

Важно, что жителям региона нет необходимости самим приходить в центры скрининга. В процессе диспансеризации им достаточно сдать биоматериал в своих поликлиниках, затем он автоматически будет передан для анализа в новые подразделения. В случае положительного результата пациента дополнительно пригласят в центр скрининга для прохождения колоноскопии.

В 4-м сезоне конкурса управленцев «Лидеры России» П.Саакян участвовала в треке «Государственное управление» и по итогам суперфинала вошла в число 106 победителей.

«После победы в «Лидерах России» коллеги стали чаще ко мне обращаться за советами и спрашивать моё мнение в организационных вопросах, – отмечает она. – Безусловно, это помогает оперативно выполнять задачи и эффективно выстраивать работу в целом».

Алёна ЖУКОВА,
корр. «МГ».

Москва.

Проекты

Цифровая трансформация

В столичном сегменте отрасли начался пилотный проект по цифровой трансформации патоморфологических исследований. Врачи создают цифровые копии биоматериалов и единую базу гистологических изображений. На её основе начнут тестировать и обучать технологии искусственного интеллекта. Сами медики благодаря цифровым копиям смогут получать второе мнение в режиме онлайн и проводить консилиумы по сложным случаям.

Сейчас на базе двух подведомственных Департаменту здравоохранения Москвы медуниверситетов (Московская городская онкологическая больница № 62 и Московский клинический научный центр им. А.С.Логанова) тестируют два сервиса на основе нейросетей.

«В рамках московского стандарта онкологической помощи в столице действует сеть патоморфологиче-

ских лабораторий, оснащённых современным оборудованием. В них проводятся гистологические, молекулярно-генетические и иммуногистохимические исследования, от которых зависит своевременная постановка диагноза и планирование лечения онкологических заболеваний с учётом индивидуальных характеристик опухоли. Мы делаем следующий шаг для повышения качества, точности и оперативности диагностики – в двух городских онкобольницах № 1 и № 62 запускаем пилотный проект по цифровизации патоморфологических лабораторий», – отметили в пресс-службе департамента. – В пилотном проекте принимают участие цифровые сервисы трех российских разработчиков. До конца этого года врачи-патоморфологи двух онкобольниц будут отслеживать качество сканирования материала, скорость обработки данных, а также проверять каждый результат проведённых при помощи

данных сервисов исследований. После того как апробация будет завершена, лучший из 3 сервисов будет внедрен во все московские онкологические больницы.

При апробации сервисов будут учитываться более 60 параметров: показатели мощности, скорости обработки данных и сканирования, качество, точность и многие другие. Важно также, чтобы была возможность демонстрировать цифровые изображения на онлайн-консилиумах.

В рамках пилотного проекта три сервиса будут хранить загруженное в них цифровое изображение патоморфологического материала и по запросу отправлять его патоморфологу для просмотра и составления заключения. Одно исследование смогут оценить несколько специалистов. По словам вице-мэра Москвы по вопросам социального развития Анастасии Раковой, в перспективе благодаря хранению цифровых

копий биоматериалов планируется создать крупнейший банк данных и на его основе обучить нейросети для помощи в патоморфологических исследованиях. Совместно со столичными онкологами и Московским центром инновационных технологий в здравоохранении начались эксперимент по внедрению искусственного интеллекта для диагностики онкозаболеваний. Уже более двух лет успешно реализуется эксперимент по применению компьютерного зрения в радиологии, применить опыт можно будет и в патоморфологии.

«Внедрение современных интерактивных сервисов позволит улучшить качество и скорость выявления злокачественных новообразований. Проект будет также способствовать развитию образовательного процесса для специалистов-онкопатоморфологов по всей стране. Используя оцифрованные изображения, загруженные в архив, мы планируем создать виртуальные атласы для обучения и повышения квалификации специалистов», – сказала А.Ракова.

Валерий НИКИТСКИЙ.

КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 32 (2344)

Хронический панкреатит (ХП) – длительное воспалительное заболевание ПЖ, проявляющееся необратимыми морфологическими изменениями паренхимы и протоков органа, которые вызывают боль и/или стойкое снижение функции.

Этиология и патогенез

Современные представления об этиологии ХП отражает классификация TIGAR-O (toxic-metabolic, idiopathic, genetic, autoimmune, recurrent/acute, obstructive), согласно которой выделяют:

Токсический/метаболический

- алкоголь
- табакокурение
- гипертриглицеридемия
- гиперкальциемия
- хроническая почечная недостаточность
- действие медикаментов и токсинов

Наследственный

- аутосомно-доминантный
- 1. мутации катионического трипсиногена (PRSS1, мутации в кодонах 29 и 122)

- аутосомно-рецессивный
- 1) мутации CFTR (cystic fibrosis transmembrane conductance regulator)
- 2) мутации SPINK1 (serine protease inhibitor, Kazal type 1)

- 3) мутации катионического трипсиногена (кодны 16, 22, 23)
- 4) a1-антитрипсин.

Аутоиммунный

- изолированный АИП
- АИП, ассоциированный с другими аутоиммунными заболеваниями

ХП как следствие рецидивирующего и тяжелого острого панкреатита

- постнекротический (тяжелый острый панкреатит)

- рецидивирующий острый панкреатит
- сосудистые заболевания / ишемический
- лучевой

Обструктивный

- стеноз сфинктера Одди
- обструкция протока (например, опухолью, периапулярными кистами двенадцатиперстной кишки)

- посттравматические рубцы панкреатических протоков (осложнение эндоскопических процедур: папиллосфинктеротомии, экстракции конкрементов и т.д.)

Идиопатический

- раннего начала (средний возраст 20 лет, боль)

- позднего начала (средний возраст 56 лет, боль отсутствует у 50% пациентов; быстрое развитие кальцификации, экзо – и эндокринной недостаточности)

- тропический
- тропический кальцифицирующий панкреатит

- фиброкалькулёзный панкреатический диабет.

Токсические факторы

Алкоголь является причиной ХП в 60-70% случаев. Доза ежедневного употребления алкоголя, при которой ХП возникает в течение 10-15 лет, составляет примерно 60-80 мл/сут. Пол, наследственные и другие факторы могут играть базовую роль, и вследствие этого термин «токсический панкреатит» не обязательно подразумевает хронический алкоголизм или последствия злоупотребления алкоголем. Курение существенно потенцирует действие алкоголя (мультипликативный эффект), повышая риск развития и прогрессирования ХП. Результаты наблюдательных исследований свидетельствуют, что значение табакокурения в генезе ХП может быть даже более существенным, нежели алкоголя.

Диета

Зависимость между нутритивной недостаточностью, присутствием в диете каких-либо определенных продуктов, а также гипертриглицеридемией, другими гиперлипидемиями и развитием ХП достоверно не установлена.

Для диагностики гипертриглицеридемического панкреатита необходимо повышение триглицеридов сыворотки крови более 1000 мг/дл (11,2 ммоль/л). Однако рецидив панкреатита может возникать уже при меньшем подъеме уровня триглицеридов крови – более 500 мг/дл (5,6 ммоль/л).

Наследственные факторы

Мутации гена катионического трипсиногена (PRSS1) приводят к синтезу патологически активного трипсина и развитию наследственного панкреатита. У пациентов с наследственным панкреатитом симптомы обычно возникают гораздо раньше (в возрасте до 20 лет), заболевание быстро прогрессирует, на этом фоне повышается риск развития аденокарциномы ПЖ.

У пациентов с идиопатическим ХП выявлены мутации гена регулятора трансмембран-

ной проводимости муковисцидоза (CFTR) и ингибитора трипсина (PST1 или SPINK1). В смешанной российской популяции мутация N34S в гене SPINK1 встречается достоверно чаще, чем в контроле (14,6 и 2,9% соответственно; $p < 0,05$). Отношение шансов развития идиопатического ХП при наличии мутации N34S в этом исследовании составило 4,6. Мутация N34S определяет 10% и более случаев идиопатического ХП.

Обструкция протоков

Состояниями, связанными с развитием обструктивного ХП, являются травма, наличие конкрементов, ложные кисты и опухоли.

Окончательно не доказано, возникает ли ХП на фоне pancreasdivisum и дисфункции сфинктера Одди.

Иммунологические факторы

АИП может возникать изолированно или в сочетании с синдромом Шегрена, воспалительными заболеваниями кишечника и многими другими аутоиммунными заболеваниями. В последние годы выделяют два типа АИП – I и II.

Другие и редкие метаболические факторы

К доказанным причинам ХП относятся хроническая почечная недостаточность и гиперпаратиреоз, ишемическое поражение при атеросклерозе мезентериальных сосудов, тогда как точная роль лекарственных средств и токсических веществ остается не доказанной.

Кистозно-воспалительная трансформация (КВТ) двенадцатиперстной кишки – воспалительное и кистозное поражение ее стенки с локализацией в нисходящей части кишки, которое встречается у пациентов ХП. Возможно три механизма развития КВТ:

1. Воспаление дорсальной части головки ПЖ, внедренной в стенку ДПК, вследствие нарушения оттока секрета по санториниеву протоку.

2. Вторичное распространение воспалительного процесса с головки ПЖ на парадюоденальную клетчатку и стенку ДПК.

3. Редко – первичное воспалительно-кистозное поражение истинно гетеротопированной панкреатической ткани с вторичным обструктивным панкреатитом либо с параллельным развитием ХП при злоупотреблении алкоголем.

Эпидемиология

Распространенность ХП в Европе составляет 25-26,4 случая на 100 тыс. населения, в России – 27,4-50 случаев. Заболеваемость ХП в развитых странах колеблется в пределах 5-10 случаев на 100 тыс. населения в год, в мире в целом – 1,6-23 случая. В мире наблюдается тенденция к увеличению заболеваемости острым и хроническим панкреатитом, за последние 30 лет – более чем в 2 раза. Обычно ХП развивается в зрелом возрасте (35-50 лет). В развитых странах средний возраст с момента установления диагноза снизился с 50 до 39 лет, мужчины болеют ХП в 2 раза чаще женщин, отмечается тенденция к увеличению доли женщин среди заболевших (на 30%); первичная инвалидизация пациентов достигает 15%.

Летальность после первичного установления диагноза ХП составляет до 20% в течение первых 10 лет, и более 50% – через 20 лет, составляя в среднем 11,9%. 15-20% пациентов ХП погибают от осложнений, возникающих во время обострений панкреатита, другие – вследствие вторичных нарушений пищеварения и инфекционных осложнений.

Клиника

Наиболее типичные клинические проявления ХП – боль в животе и симптомы недостаточности функции ПЖ, однако в ряде случаев клиническая картина заболевания может манифестировать осложнениями.

Боль в животе – основной симптом ХП. Обычно боль локализуется в эпигастрии с иррадиацией в спину, усиливаясь после приема пищи и уменьшаясь в положении сидя или при наклоне вперед. Боль наблюдается у 80-90% пациентов, у 10-20% отмечается «безболевого панкреатит». Приступы боли могут рецидивировать (тип А: непродолжительные приступы боли с длительностью до 10 дней на фоне длительных безболевого периодов), иногда пациенты испытывают постоянную боль (тип В: более тяжелые и длительные эпизоды с безболевыми пе-

риодами длительностью 1-2 месяца, чаще наблюдается при алкогольном ХП).

Недостаточность внешнесекреторной функции ПЖ, проявляющаяся клинически, возникает только при снижении функциональной активности железы более чем на 90%. Клиническими проявлениями нарушения всасывания жиров являются стеаторея и метеоризм, потеря массы тела (у 30-52% пациентов). Алкогольный панкреатит чаще, чем панкреатит другой этиологии, приводит к экзокринной недостаточности. У пациентов с алкогольным панкреатитом признаки мальабсорбции возникают в среднем через 10 лет от появления первых клинических симптомов.

Эндокринная панкреатическая недостаточность со временем развивается у 70% пациентов с ХП в виде нарушения толерантности к глюкозе. Сахарный диабет возникает при длительном течении ХП, вероятность возникновения сахарного диабета постепенно возрастает спустя 10 лет от начала манифестации ХП.

Панкреатогенный СД отличается от диабета 1-го и 2-го типа более высоким ри-

скри из большого сосочка ДПК при дуоденоскопии регистрируется в 14% наблюдений.

Следствием прогрессирующего фиброза ПЖ и панкреатической мальабсорбции, не контролируемой заместительной ферментной терапией, является синдром мальабсорбции с развитием дефицита микронутриентов. Поэтому признаки дефицита незаменимых макро – и микронутриентов также относят к осложнениям ХП с внешнесекреторной недостаточностью ПЖ. Пациенты с ХП в первую очередь подвержены риску развития недостаточности витаминов (А, D, Е и К) и витамина В12. Остеопороз является установленным осложнением ХП.

При длительном течении ХП возрастает риск развития рака ПЖ. Для пациентов с 5-летним анамнезом ХП риск развития рака возрастает в 8 раз. По данным метаанализа, с умеренным риском развития рака ПЖ (ОШ 1,41; 95% ДИ 1,07-1,84; $P=0,013$) связаны мутации гена CFTR при ХП, а мутации гена SPINK1 не повышают риск рака (ОШ 1,52; 95% ДИ, 0,67-3,45; $P=0,315$). Предшественником рака ПЖ может быть панкреатическая

Хронический панкреатит

Таблица 1

Определение клинической стадии ХП с оценкой прогноза

Стадия	Признаки	Прогноз
1-я – доклиническая	Признаки ХП по данным лучевых методов диагностики	Неизвестен
2-я – начальных проявлений	Боль типа «А». Повторные приступы острого панкреатита. Снижение качества жизни. Длительность: 4-7 лет	↑ Риск панкреонекроза, осложнений острого панкреатита
3-я	Персистирующая симптоматика. Боль типа «В». Эндо- и/или экзокринная недостаточность	Трофологическая недостаточность
4-я	Атрофия ПЖ. Выраженная недостаточность ПЖ. Интенсивность боли снижается, отсутствуют эпизоды острого панкреатита	Сахарный диабет, трофологическая недостаточность. Повышен риск рака ПЖ

ском развития гипогликемии и сниженной частотой кетоацидоза. На сегодняшний день панкреатогенный сахарный диабет в исходе развития ХП следует относить к типу 3с.

Такие осложнения, как макро-/микроангиопатия, нефропатия, нейропатия и ретинопатия, являются столь же частыми, как и при диабете 1-го типа.

Клинические проявления заболевания значительно различаются в зависимости от его стадии (см. табл. 1).

Осложнения хронического панкреатита

Приблизительно у 1/3 пациентов с ХП встречаются псевдокисты ПЖ, они могут быть самых разных размеров, чаще бессимптомные, или провоцировать клиническую картину компрессии соседних органов, вызывая боли в верхней половине живота. Спонтанная регрессия псевдокист при ХП возникает реже, чем при остром панкреатите; у пациентов с алкогольным ХП спонтанная регрессия описана в 25,7% случаев, а персистенция без клинических проявлений – в 23%. Риск развития серьезных осложнений при бессимптомном течении хронических псевдокист составляет <10%.

Обострение ХП и повторные приступы острого панкреатита на фоне ХП могут приводить к панкреонекрозу с развитием инфекционных осложнений (воспалительные инфильтраты, абсцессы, гнойные холангиты, септические состояния). Дюоденальный стеноз развивается менее чем в 5% наблюдений. Основной причиной дюоденальной непроходимости считается распространение воспаления на парадюоденальную клетчатку и стенку ДПК. Развитие декомпенсированной формы нарушения эвакуации из желудка возникает редко.

Отек и развитие фиброза ПЖ могут вызывать сдавление общего желчного протока с развитием механической желтухи (у 16-35% пациентов). В некоторых случаях желтуха может быть постоянной или носить рецидивирующий характер, с незначительным риском развития вторичного билиарного цирроза печени. Возникновению желтухи предшествует боль в верхнем отделе живота, характерная для обострения ХП.

Портальная гипертензия, обусловленная сдавлением или тромбозом воротной, верхней брыжеечной или селезеночной вен, вследствие воспаления и фиброза перипанкреатической клетчатки отмечается у 7-18% пациентов. Кровотечения из флэбэкстзий пищевода или желудка не являются частым осложнением ХП.

Кишечные кровотечения у пациентов с ХП являются патогномоничным симптомом ложной аневризмы (ЛА) ветвей чревного ствола и верхней брыжеечной артерии. При этом при гастроуденоскопии не обнаруживают изъязвлений в желудке и двенадцатиперстной кишке, флэбэкстзий пищевода. Выделение

интраэпителиальная неоплазия (Pancreatic intraepithelial neoplasms – PanIN) – специфические морфологические изменения в стенках протоков.

Возможные осложнения также включают в себя: эрозивный эзофагит, синдром Маллори – Вейсса, гастродуоденальные язвы (они обусловлены значительным снижением продукции бикарбонатов ПЖ), и абдоминальный ишемический синдром.

Диагностика

Физикальное обследование в период обострения ХП позволяет определить болезненность в зоне Шоффара при пальпации живота, сочетающуюся с умеренной резистентностью мышц передней брюшной стенки; положительный симптом Мейо – Робсона: болезненность при пальпации в области левого реберно-позвоночного угла.

Лабораторные диагностические исследования

Определение активности альфа-амилазы, липазы в сыворотке крови не является диагностическим маркером ХП, но его определение рекомендуется пациентам с ХП в первые сутки госпитализации и в дальнейшем в динамике в течение одной госпитализации для диагностики осложнений и рецидива острого панкреатита на фоне ХП. Уровень амилазы и липазы крови при ХП может быть незначительно повышен, в пределах нормальных значений или ниже нормальных значений, что объясняется очаговостью воспалительного процесса и выраженностью фиброза ПЖ, в отличие от острого панкреатита, для которого практически всегда характерно повышение ферментов в крови и моче. В случае повышения амилазы при ХП можно подозревать формирование псевдокисты или панкреатического асцита. Стойко повышенный уровень амилазы в крови позволяет сделать предположение о макроамилаземии (при этом амилаза образует крупные комплексы с белками плазмы, не фильтрующиеся почками, и в моче наблюдается нормальная активность амилазы) или внепанкреатических источниках гиперамилаземии (почечная недостаточность; болезни слюнных желез – эпидемический паротит, конкременты, радиационный сиалоаденит; осложнения челюстно-лицевой хирургии; «опухолевая» гиперамилаземия – рак лёгкого, пищевода, яичников; ожоги; диабетический кетоацидоз; беременность; трансплантация почки; травма головного мозга; применение лекарственных препаратов – морфин; болезни желчных путей – холецистит, холедохолитиаз; осложнения язвенной болезни – перфорация или пенетрация язв, непроходимость или инфаркт кишечника, внематочная беременность, перитонит, аневризма аорты, послеоперационная гиперамилаземия).

(Продолжение следует.)

(Окончание. Начало в № 33 от 24.08.2022.)

Преждевременные роды

Не рекомендовано наложение швов на шейку матки (серкляж) пациенткам с признаками инфекции, кровотечением из влагалища, сокращениями матки.

Для адекватного анестезиологического обеспечения при серкляже рекомендовано применение как методов нейроаксиальной анестезии (эпидуральная, спинальная, комбинированная спинально-эпидуральная), так и общей анестезии.

Существуют убедительные доказательства того, что ни одна из указанных разновидностей анестезии не увеличивает концентрацию эндогенного окситоцина и не влияет на результаты операции. Если пациентка находится в положении Тренделенбурга, при проведении спинальной анестезии следует избегать гипербарических растворов местных анестетиков. При трансвагинальном серкляже анестезия проводится с сохранением спонтанного дыхания, при трансабдоминальном лапароскопическом доступе используется анестезия с искусственной вентиляцией легких.

Иное лечение

Не рекомендована профилактика РДС плода и острый токолиз при длине шейки матки > 25 мм и отрицательном результате теста на преждевременные роды – ПСИФР-1 или ПАМГ-1.

При ПРПО в 24^о-36^о недель беременности рекомендована выжидательная тактика, направленная на пролонгирование беременности, под контролем состояния беременной и плода.

Выжидательная тактика включает госпитализацию с периодической оценкой клинико-лабораторных параметров для исключения инфекционного процесса, ПОНРП, компрессии пуповины, начала родовой деятельности, оценки состояния плода.

При ПРПО рекомендовано наблюдение всех пациенток в условиях круглосуточного стационара.

Родоразрешение

При преждевременных родах через естественные родовые пути при отсутствии противопоказаний в качестве метода обезболивания рекомендована нейроаксиальная анальгезия (эпидуральная, спинальная, комбинированная спинально-эпидуральная). Нейроаксиальная анальгезия является максимально эффективным методом обезболивания при ПР через естественные родовые пути. Возможно использование любой технологии нейроаксиальной анальгезии: эпидуральная анальгезия – болюсы, постоянная инфузия местного анестетика в эпидуральное пространство, контролируемая пациенткой анальгезия, программируемые (автоматизированные) болюсы в эпидуральное пространство, компьютер-интегрируемая контролируемая пациенткой анальгезия, эпидуральная анальгезия с проколлом твердой мозговой оболочки.

С учетом отрицательного влияния на состояние плода и новорожденного при ПР и наличии противопоказаний рекомендовано избегать применения опиоидов в качестве адъювантов для нейроаксиальной анальгезии.

При ПР кесарево сечение (КС) в качестве метода выбора родоразрешения не рекомендовано.

Отмечается одинаковая частота родового травматизма, асфиксии при рождении и перинатальной смертности при КС и влагалищных родах, но более высокая материнская заболеваемость при КС по сравнению с родами через естественные родовые пути. При этом в ряде исследований показано, что в 24^о-27^о недель беременности предпочтительным является КС, так как оно ассоциировано с более низкой частотой тяжелых неонатальных осложнений. Если предполагаемая масса плода не соответствует гестационному сроку, то КС является предпочтительным в сроках до 31^о недели. При соответствии предполагаемой массы плода сроку гестации родоразрешение через естественные родовые пути в 32^о-33^о имеет более благоприятные неонатальные исходы по сравнению с КС. Особенности извлечения плода описаны в клинических рекомендациях «Кесарево сечение».

При ПР и тазовом предлежании плода до 32^о недель беременности КС рекомендовано в качестве метода выбора родоразрешения.

Способ родоразрешения должен быть индивидуализирован в зависимости от периода родов, вида тазового предлежания, состояния плода и наличия врача, владеющего техникой принятия родов в тазовом предлежании. При благоприятной акушерской ситуации ПР в тазовом предлежании возможны. В сроках беременности менее 27^о недель родоразрешение путем операции КС ассоциировано с более низкой частотой неонатальной смертности и тяжелых внутрижелудочковых кровоизлияний (ВЖК). При наличии технических возможностей рекомендовано извлечение плода в плодных оболочках.

Не рекомендовано использование вакуум-экстракции плода при ПР до 33^о недель беременности.

Использование вакуум-экстрактора не рекомендуется из-за более частого развития у недоношенного субглияльных гематом, ВЖК, подкожных кровоизлияний и желтухи. В ситуации, когда выполнение операции КС невозможно, предпочтительно наложение акушерских щипцов, однако эти данные противоречивы. В сроках беременности 34^о-36^о недель недостаточно данных, свидетельствующих о безопасности/вреде от наложения акушерских щипцов и вакуум-экстрактора.

Не рекомендован разрез промежности (эпиэпизиотомия) рутинно.

При оперативном родоразрешении путем операции КС при ПР рекомендовано применение как методов нейроаксиальной анестезии (эпидуральная, спинальная, комбинированная спинально-эпидуральная), так и общей анестезии для адекватного анестезиологического обеспечения.

При неоспоримом преобладании нейроаксиальной анестезии при операции КС общая анестезия сохраняет свои позиции при противопоказаниях к нейроаксиальной анестезии.

При отсутствии сопутствующих факторов риска непрерывный мониторинг состояния плода в родах не рекомендован.

Не рекомендовано применение скальп-электрода в родах в сроках менее 33^о недель.

Применение скальп-электрода и забор крови у плода возможно в сроках 34^о-36^о недель, когда польза превышает риск, и невозможно определить ЧСС плода с помощью наружной КТГ и аускультации в прерывистом режиме.

Рекомендовано отсроченное пережатие сосудов пуповины в присутствии неонатолога после рождения плода.

Отсроченное пережатие пуповины проводится при пульсации пуповины более 100 в минуту (пульсация определяется пальпаторно). Эффективным считается пережатие минимум на 60 с, но не более 3 мин при стабильном состоянии матери и новорожденного. Ребенка перед пережатием пуповины следует разместить на уровне или ниже уровня плаценты. В исключительных случаях при необходимости реанимационных мероприятий недоношенному новорожденному или при кровотечении у матери целесообразно использовать milking пуповины («пуповинное доение») и ее пережатие. Клиническое исследование показало 4-кратное увеличение частоты тяжелых ВЖК при milking пуповины по сравнению с отсроченным пережатием пуповины у глубоко недоношенных новорожденных, поэтому применять его у глубоко недоношенных новорожденных не рекомендовано.

Рекомендовано после рождения ребенка в гестационном сроке менее 27^о недель помещать его в прозрачный полиэтиленовый пакет и под лучистое тепло для поддержания температуры тела.

Также рекомендовано повышение температуры окружающей среды в родильном зале до 26-28^оС.

Реабилитация

Рекомендована консультация медицинского психолога матерям, родившим преждевременно, особенно чьи дети находятся в отделении реанимации и интенсивной терапии новорожденных, при получении их информированного добровольного согласия.

ПР являются тревожным событием для родителей, которые часто сообщают о симптомах посттравматического стресса в течение нескольких лет, иногда даже через 5-6 лет после ПР матери имеют негативное мнение о своем перинатальном периоде. Основной стресс, испытываемый родителями, связан с разлучением со своим ребенком (нахождение в палате интенсивной терапии) и потерей родительской роли вследствие потери физической и эмоциональной близости, которые являются важными факторами в формировании отношений между родителями и новорожденным ребенком. Во время стационарного лечения недоношенного ребенка, особенно в отделении интенсивной терапии матери могут испытывать противоречивые эмоциональные реакции, такие как горе, грусть, вина, страх, гнев, потеря самооценки и чувство неудачи. Фактически эта ситуация может настолько угнетать матерей, что они могут реагировать эмоционально дистанцируясь от своих детей. Это препятствует их позитивному настрою в отношении перспектив для своего ребенка. В частности, матери недоношенных детей часто имеют меньше позитивных идей и ожиданий в отношении своих детей, чем матери доношенных новорожденных.

Профилактика

Аntenатальная профилактика РДС плода

При угрожающих преждевременных родах, начавшихся ПР и ПРПО в 24^о-33^о недель

беременности рекомендована антенатальная профилактика РДС плода (плодов при многоплодной беременности).

Максимальный эффект от применения ГКС отмечается на 2-7-е сутки от начала профилактики, при этом, если не удается провести полный курс, следует все равно начинать профилактику РДС (доказан эффект «неполной дозы»). ГКС не следует вводить, если нет серьезных опасений в отношении предстоящих ПР и обоснованной уверенности, что они начнутся через 7 дней. Есть данные, что при хориоамнионите ГКС являются безопасными и улучшают перинатальные исходы.

Однократный повторный курс антенатальной профилактики РДС плода может быть рекомендован в 24^о-33^о недель беременности при сохраняющихся клинических симптомах начавшихся ПР при условии, что предыдущий курс проводился более 14 дней назад, особенно в сроках < 28 недель беременности. «Спасительный» (с англ. rescue) курс может быть проведен уже через 7 дней в случае клинической целесообразности.

Повторный курс антенатальной профилактики РДС плода не является рутинным, и решение о его применении должно быть принято на основании времени, прошедшего от последнего курса профилактики, гестационного срока и вероятности родоразрешения в ближайшие 48 часов. Вопрос о повторном/спасительном курсе антенатальной профилактики РДС плода при ПРПО остается спорным.

Не рекомендовано проведение регулярных или серийных повторных курсов (более 2) профилактики РДС плода.

При проведении многократных повторных курсов отмечается более высокий риск краткосрочных и долгосрочных перинатальных осложнений, 4 и более курса ассоциированы с повышенным риском церебрального паралича.

Аntenатальная профилактика РДС плода в 22^о-23^о недель беременности не рекомендована.

В отдельных ситуациях проведение антенатальной профилактики РДС плода в эти сроки беременности может быть рассмотрено индивидуально после информирования пациентки и ее близких врачом акушером-гинекологом и врачом-неонатологом о неблагоприятном исходе для глубоко недоношенного новорожденного при родах в этом сроке.

Профилактика РДС плода в 34^о-35^о недель беременности может быть рекомендована в случае отсутствия ранее проводимого курса антенатальной профилактики, а также при наличии клинической целесообразности (сахарный диабет).

В раннем неонатальном периоде новорожденным рекомендован тщательный мониторинг уровня глюкозы плазмы крови.

Для профилактики РДС плода рекомендованы бетаметазон внутримышечно в дозе 12 мг 2 раза с интервалом 24 часа или дексаметазон внутримышечно в дозе 6 мг 4 раза с интервалом 12 часов или в дозе 8 мг 3 раза с интервалом 8 часов (суммарная доза 24 мг).

Меньшие интервальные дозировки, чем те, что описаны выше, часто называемые «ускоренным курсом», даже в ситуации, когда роды кажутся неизбежными, не продемонстрировали потенциальных преимуществ. Дексаметазон и бетаметазон являются препаратами off-label в контексте профилактики РДС плода, и перед применением необходимо получить письменное информированное согласие пациентки на их использование.

Антибиотикопрофилактика

Не рекомендовано применение антибактериальных препаратов с целью пролонгирования беременности и улучшения перинатальных исходов у пациенток с угрожающими/начавшимися преждевременными родами с интактными плодными оболочками при отсутствии доказанных признаков инфекции.

Внутриматочная бактериальная инфекция является важной причиной ПР, особенно в гестационном сроке менее 32 недель. Однако применение антибиотиков не способствует пролонгированию беременности или предотвращению ПР, не снижает частоту и выраженность РДС новорожденных и неонатального сепсиса. Имеются данные о нежелательных отдаленных последствиях антибактериальных препаратов для ребенка. NB! Данная рекомендация не распространяется на пациенток с ПРПО и носительниц СГВ.

Профилактика вагинальным прогестероном

Рекомендовано профилактическое назначение препаратов прогестерона (действующее вещество прогестерон натуральный микронизированный) по 200 мг в день вагинально с 22 до 34 недель беременным группами высокого риска ПР: с бессимптомным укорочением шейки матки по данным УЗ-

цервикометрии менее 25 мм в сроках 16-24 недели беременности и/или наличием ПР (до 34 недель) или позднего выкидыша (после 16 недель) в анамнезе как при одноплодной, так и при многоплодной беременности.

Профилактика ПР препаратами вагинального прогестерона у пациенток с длиной шейки матки 25 мм и менее снижает риск ПР, РДС плода, рождения детей с массой тела < 1500 и < 2500 г, неонатальной заболеваемости и смертности, поступления в палату интенсивной терапии новорожденных. При этом не увеличивается риск нежелательных явлений у матери, врожденных аномалий и/или неблагоприятных последствий для развития нервной системы плода и здоровья детей.

Рекомендовано применение адъювантной терапии прогестероном (действующее вещество прогестерон натуральный микронизированный) по 200 мг в день вагинально до 34 недель беременности беременным с продолжающимся (прогрессирующим) укорочением шейки матки, несмотря на цервикальный серкляж.

Иная профилактика

Рекомендовано рассмотреть возможность наложения профилактического акушерского серкляжа пациенткам с одноплодной беременностью, укорочением шейки матки 25 мм и менее по данным УЗ-цервикометрии, проведенной между 16 и 24 неделями беременности, и наличием в анамнезе спонтанных ПР (и/или ПРПО) или травм шейки матки (конизация, удаление обширной зоны трансформации, радикальные вмешательства (ампутация, трахелэктомия)).

Рекомендовано применение акушерского пессария при укорочении шейки матки менее 25 мм с целью профилактики ПР до 37 недель беременности.

Установка пессария снижает частоту применения токолитической терапии и КС, не увеличивает вероятность ПРПО и не ухудшает перинатальные исходы для плода. После 24 недель беременности применение акушерского пессария является методом выбора.

При бессимптомном укорочении шейки матки не рекомендован постельный режим, так как он не снижает риск ПР.

Не рекомендовано ограничение физической активности при неосложненной беременности и ПР в анамнезе.

Не рекомендовано половое воздержание при неосложненной беременности и ПР в анамнезе.

Не рекомендован прием препаратов витамина D и его производных и омега-3 триглицеридов в целях пролонгирования беременности.

Для снижения риска ПР на этапе планирования беременности не рекомендовано рутинное применение поливитаминов, аскорбиновой кислоты и альфа-токоферола ацетата (витамин Е).

Организация оказания медицинской помощи

При ПР, включая ПРПО, при сроке беременности менее 33^о недель при отсутствии противопоказаний для транспортировки, осуществляется госпитализация пациентки в медицинскую организацию 3а группы.

При ПР, включая ПРПО, при сроке беременности 33-36 недель осуществляется госпитализация пациентки в акушерский стационар 3а группы или, при отсутствии возможности, акушерский стационар 2-й группы (имеющий отделение (палаты) реанимации и интенсивной терапии для новорожденных).

Актуальность: 2022

Зульфия ХОДЖАЕВА,
заместитель директора по научной работе
Института акушерства Национального
медицинского исследовательского
центра акушерства,
гинекологии и перинатологии им.
В.И.Кулакова Минздрава России,
доктор медицинских наук, профессор.
Конфликт интересов отсутствует.

Роман ШМАКОВ,
директор Института акушерства
Национального медицинского центра
исследовательского центра акушерства,
гинекологии и перинатологии им.
В.И.Кулакова Минздрава России,
доктор медицинских наук, профессор.
Конфликт интересов отсутствует.

Лейла АДАМЯН,
заместитель директора Национального
медицинского исследовательского центра
акушерства, гинекологии и перинатологии им.
В.И.Кулакова Минздрава России,
главный специалист по акушерству
и гинекологии Минздрава России,
академик РАН.
Конфликт интересов отсутствует.

Научный руководитель Института кардиологии Томского национального исследовательского медицинского центра академик РАН Ростислав КАРПОВ в свои 85 лет даст фору многим молодым коллегам в плане работоспособности, жизнелюбия, интереса ко всему новому. Мудрейший человек, истинный российский интеллигент, он всегда крайне деликатно, но уверенно говорит о проблемах в науке и здравоохранении, отстаивает интересы своей области медицины, своих пациентов и своего института так, будто это его дом и семья. Впрочем, так оно и есть: без малого 30 лет Ростислав Сергеевич возглавлял НИИ кардиологии и по сей день остаётся его «сердцем».

В канун юбилея корреспондент «МГ» обратилась к академику Р.Карпову с традиционным в таких случаях вопросом о его профессиональных планах и, в общем-то, не удивилась ответу: люди такого полёта и в 85 лет остаются молодыми.

– На здоровье не жалею, – сразу признался юбиляр. – Зимой регулярно хожу на лыжах, до последнего времени ездил на велосипеде, то есть я – человек физически активный. По-прежнему много читаю. Каждое утро к 8 часам еду в Институт кардиологии на утреннюю конференцию. Принимаю участие в клинических разборах, консультирую больных. Хотелось бы и впредь сохранить тот ритм жизни, к которому я привык. Наблюдая своих пожилых пациентов, я понял, что менять привычный, десятилетиями сложившийся образ жизни не очень полезно для здоровья человека. А ещё у меня есть большая мечта – чтобы в медуниверситете отменили дистанционную форму обучения, которая появилась во время пандемии COVID-19. Для меня единственно комфортным является чтение клинических лекций и разбор пациентов в аудитории, находясь рядом со студентами, а не общаясь с ними через экран компьютера, когда они меня видят, а я их нет. «Слепая» лекция не может быть по-настоящему клинической.

– Ростислав Сергеевич, до недавнего времени основой советской и российской медицины считались научные школы. Сегодня, когда медицина живёт исключительно по правилам системы здравоохранения, где есть строгие КСГ, МЭСы и клинические рекомендации, само явление «научная школа» имеет какой-то смысл? Наверное, скоро можно будет отказаться от участия профессоров в образовательном процессе, а поручить ассистентам кафедр надиктовывать студентам и ординаторам стандартные протоколы диагностики и лечения.

– Я думаю, научные школы сохранятся во все времена. Жизнь меняется, и работа научных школ тоже меняется. Сегодня их задача – углублённо заниматься изучением какого-то конкретного направления в своей области медицины. К примеру, я и мои ученики занимаемся разработкой новых методов диагностики и лечения ИБС и артериальной гипертензии. Руководители других научных школ сосредоточены на иных патологиях.

Что же касается стандартизации в медицине, это общемировая тенденция, и в целом она правильная, коль скоро мы работаем на принципах доказательной медицины. Но и в пределах стандарта не исключён индивидуальный подход к пациенту. Хуже, когда врач отступает от стандарта необоснованно, мы с этим нередко сталкиваемся: при сердечной недостаточности, например, сейчас показана квадротерапия, а врачи далеко не всегда выполняют эту рекомендацию, часто не достигают терапевтических доз лекарств, что ведёт к декомпенсации и повторным госпитализациям. Много ошибок допускается в лечении отёчного синдрома диуретиками. В связи с этим, к слову, ещё одна задача клинической научной школы – готовить творческих специалистов, которые способны к научно обоснованной фармакотерапии конкретного пациента.

– Правильно ли я понимаю, что вы не из тех грандов, кто считает всё современное и молодое заведомо более плохим?

Авторитетное мнение

Ростислав Карпов:

«Без мечты жить неинтересно»

Именитый кардиолог – о настоящем и будущем медицины

– Правильно. Конфликт поколений в медицине и в науке был, есть и всегда будет. Тема отцов и детей, прекрасно изображённая Тургеневым, – вечная тема. Но, как ни странно, сегодня с высоты своего возраста я гораздо лучше понимаю как раз поколение детей. Среди молодых врачей намного больше технически грамотных, способных быстро освоить новые технологии, чем среди врачей старшего возраста. Поэтому однозначно утверждать, что молодой врач – это бесспорно плохой специалист, я считаю недопустимым. Мы учим молодёжь, а чему-то учимся у молодёжи.

Другое дело, самих молодых специалистов в научных институтах и их клиниках становится всё меньше: к нам в ординатуру по кардиологии приходят сегодня исключительно «целевики», которые по окончании учёбы уедут работать в больницы своих регионов. И даже самых научно одарённых мы не можем оставить работать в институте, таковы правила. Да, система здравоохранения получает врача, но наука не получит талантливого учёного. Нам неоткуда стало черпать научные кадры. Система подготовки научных и медицинских кадров высшей квалификации нарушена, её надо восстанавливать. Я уже не говорю о том, что многие молодые специалисты во время пандемии ушли из академических клиник в региональные ковидные госпитали, где зарплата в 5-7 раз выше.

Томский институт кардиологии – учреждение, где в каждом поколении молодых специалистов зажигаются ярчайшие звезды. И, что удивительно, несмотря ни на какие перемены именно они оставались и остаются в институте навсегда. Это особая порода людей, которые верны науке и клинической кардиологии. Жаль, что сегодня в НИИ кардиологии лишь 40% коллектива – молодые сотрудники. Но проблема, которую мы затронули, свойственна не только медицинской науке, а большой науке в целом.

– Тема баланса между хирургией и фармакотерапией актуальна в кардиологии? В онкологии, например, согласия пока нет: там хирурги болезненно реагируют на то, что оформился явный приоритет химиотерапии, таргетной и иммунной терапии. Есть опасение, что увлечение онкоклиники финансово-выгодной лекарственной терапией приведёт к плохим

последствиям с точки зрения качества лечения рака.

– В какой-то мере это зависит как раз от научной школы и её лидера, но в большей мере – от характера патологии. Например, фармакотерапии клапанных пороков сердца просто нет. Сложнее при хронической ишемической болезни сердца: было время увлечения стентированием, сейчас в связи с прогрессом фармакотерапии и визуализирующих технологий – эхокардиографии, компьютерной томографии и др. –

кардиохирургов и интервенционных кардиологов. Но теперь абсолютно очевидно, что для нашего огромного региона, где плотность населения может составлять один человек на квадратный километр, это единственно правильная стратегия.

Сегодня в Томске при ОИМ с подъёмом сегмента ST стентирование выполняется пациентом более чем в 90% случаев, а тромболитическая терапия – в 98% случаев догоспитальная. При ОИМ без подъёма сегмента

Томского научного центра. Нам очень много внимания уделяла областная власть во главе с Егором Кузьмичом Лигачёвым. Если учёные-медики обращались к нему с каким-то разумным с точки зрения науки и общественного здоровья предложением, Лигачёв поддерживал. Кстати, в Томске ни одно строительство зданий для научно-медицинских институтов не финансировалось государством, регион всё строил сам.

Сегодня таких возможностей у области нет. И мы уже больше



мы обязаны доказать необходимость интервенции. И здесь мне приятно отметить, что большой вклад в развитие таких технологий вносят мои ученики Алла Бощенко, Елена Павлюкова, Александр Врублевский.

Когда же речь идёт об остром инфаркте миокарда, сомнений нет: инфарктсвязанную коронарную артерию необходимо стентировать. Здесь есть одно ограничение – время от постановки диагноза до выполнения процедуры не должно превышать 120 минут, в противном случае сейчас мы говорим о фармакоинвазивной стратегии, то есть о догоспитальном тромболитизисе с последующим стентированием. Кстати, одним из основоположников этой стратегии в нашей стране является мой ученик профессор Валентин Марков. В своё время он подвергался критике со стороны

ST стентирование выполняется у 70% пациентов. Следовательно, томские кардиологи выполняют установленные рекомендации в полном объёме.

– Сорок два года назад в Томске начал работать Институт кардиологии. Как вы думаете, в нынешних условиях можно было бы повторить этот опыт, с нуля создать в каком-либо регионе научно-исследовательский институт с большой клиникой, и есть ли в этом необходимость?

– Думаю, новые научные центры и сейчас надо строить, тем более что медицина продолжает специализироваться, есть направления, для изучения и развития которых нужно формировать целые исследовательские коллективы. Но сегодня, мне кажется, сделать это гораздо сложнее, чем в то время, когда создавались институты

10 лет воюем за то, чтобы построить современный корпус клиники, но, хотя на документах были одобряющие визы В.Путина и Д.Медведева, не получаем поддержки федерального центра. Это при том, что НИИ кардиологии имеет блестящие успехи в фетальной диагностике и хирургии врождённых пороков сердца, десятки пациентов-«отказников» из других регионов России и ближнего зарубежья едут к нашему замечательному детскому кардиохирургу Евгению Кривошщёкову. Также наш институт выполняет функцию областного сосудистого центра, и все пациенты с инфарктом миокарда госпитализируются в нашу клинику. Большим тормозом в дальнейшем развитии гибридной хирургии является отсутствие соответствующих операционных, поскольку в нынешнем кардиохирургическом корпусе низкие потолки советского периода постройки не позволяют установить большую технику.

К огромному сожалению, в настоящее время у нас в стране сформировалась выраженная асимметрия во внимании федерального центра к столичным и периферийным научным институтам медицинского профиля. Эта диспропорция не может не беспокоить нас. Тем более что территории Зауралья, с одной стороны, теряют население, а с другой – считаются государством очень перспективными для развития.

– Крамольная мысль: в борьбе за внимание побеждает тот, у кого локти острее и голос громче?

– В чём-то вы правы: локтями двигать надо всю жизнь, во все времена. Директор всегда должен занимать активную позицию, иметь возможность выхода на определённые уровни принятия решений.

Но в случае с научными институтами и их клиниками первоисточники проблемы вполне конкретные: случилось так, что Российской академию медицинских наук сначала отодвинули на задворки, а потом и вовсе упразднили. Бывшие руководители РАМН поспешили создавать свои федеральные центры под эгидой Минздрава, забыв про другие научные институты, которые в итоге стали подведомственны сначала РАН, затем Минобрнауки. При этом ни в системе РАН, ни в Минобрнауки никогда не было клиник, поэтому научно-медицинские центры оказались пасынками в родном государстве.

– Может быть, таким образом Минобрнауки пытается избавиться от балласта, заставить научные институты медицинского профиля, имеющие клиники, перейти в подчинение Минздрава?

– Это было бы одним из возможных решений при условии, что федеральному Минздраву действительно нужны академические институты и их клиники: здесь и фундаментальная, и прикладная наука, и разработка новых медицинских технологий. А в том, что мы нужны пациентам, сомнений нет. Например, в нашем институте успешно работает сибирский аритмологический центр, а его организатор – нынешний директор Томского института кардиологии академик РАН Сергей Попов – помогал создавать практически всю интервенционную аритмологию на востоке страны, в том числе внедрять оригинальное диагностическое и лечебное оборудование, разработанное томскими учёными и инженерами и имеющее европейские сертификаты.

В то же время было бы неправильно не подчеркнуть, как много сделано государством за последние два десятилетия для развития российской кардиологической службы в целом. Помимо академических научных институтов кардиологии появились мощные кардиохирургические центры во всех федеральных округах. Сеть региональных сосудистых центров – важнейшее управленческое решение. Сделан колоссальный рывок, благодаря которому жителям Сибири и Дальнего Востока уже нет необходимости ездить на лечение в столичные города.

Сейчас по такому же экстенсивному пути идёт онкология. Хорошо это или плохо? С одной стороны, замечательно. С другой – не очень: мы почему-то рывками развиваемся, нет плановости и равномерности. Подтягиваем одно – начинаем отставать в другом. Программы по борьбе с сердечно-сосудистыми заболеваниями стали финансироваться существенно меньше, чем противораковые программы, при том, что смертность от ССЗ по-прежнему вдвое выше, чем от онкологических заболеваний. И я говорю теперь уже не о дальнем расширении сети высокотехнологических центров кардиохирургии, а о первичном звене, об акценте на то лечение, которое позволит не довести больного до необходимости оперироваться.

Евгений Иванович Чазов когда-то создал лучшую в мире систему кардиологической службы, и эту связку – кардиодиспансер, кардиологическое отделение в стационаре, кардиолог в поликлинике – сегодня нужно вновь укрепить. При этом задача первичного звена здравоохранения заключается не только в том, чтобы поставить диагноз и назначить терапию, но также помочь человеку понять необходимость точного исполнения всего комплекса лечения и, что особенно важно, – перестроиться на здоровый образ жизни. В противном случае даже высокотехнологичная хирургия будет бесполезна. Проблема российской медицины в том, что у нас пациенты с высокой медицинской культурой, они считают, что за их здоровье в буквальном смысле отвечает система здравоохранения.

– Вы – яркий представитель классической гуманистической медицины, которая во главу угла ставит личный контакт врача с пациентом, при котором внимательный доктор обращает внимание на то, как пациент зашёл в кабинет, на его осанку, цвет кожи. Даже по этим нюансам вы можете сделать какие-то предположения о здоровье и болезни. Дистанционные технологии лишают такой возможности, между тем цифровизация здравоохранения набирает обороты. По-вашему, им есть место в медицине?

А искусственный интеллект и врачевание – это, в принципе, сочетаемые явления, нет ли опасности заиграться?

– Считаю, что можно и даже нужно активнее использовать цифровые технологии, в частности, для дистанционного мониторинга состояния пациента за пределами стационара и поликлиники после того, как он прошёл лечение. Конечно, это не должно полностью заменить контакт врача с больным, но дистанционный мониторинг способен существенно повысить контроль того, соблюдает ли пациент рекомендации. В современной кардиологии такое применение цифровых технологий для дистанционного мониторинга пациента называется «бесшовный подход». Подобный подход особенно актуален для Сибирского и Дальневосточного регионов с их огромными, труднодоступными территориями и крайне рассредоточенным проживанием населения.

Да, есть опасения, что будет предпринята попытка заменить интеллект врача искусственным интеллект. Но в полном объёме это просто невозможно. В то же время наложить запрет на использование в медицине достижений технического прогресса тоже неправильно.

Мой незабвенный учитель Дмитрий Дмитриевич Яблоков был блестящим рентгенологом, и мне в молодости тоже казалось, что рентген – верх лучевой диагностики. Однако появились томография и ангиография, которые открыли нам новые возможности. Заметьте, в «правильных» клиниках, где врачи клинически мыслят и при постановке диагноза полагаются также на сбор анамнеза, а не только на результаты аппаратной диагностики, томография не отодвинула врача от пациента на большое расстояние.

Так вот, Д.Яблоков учил нас тому, чтобы совмещать традиции врачевания с достижениями технологического прогресса, гуманизм медицины – с техницизмом. При всех соблазнах облегчить труд врача за счёт цифровых технологий, при всей важности цифровых технологий в медицинской науке для формирования баз больших данных нельзя забывать, что перед нами не условный пациент, а конкретный человек со своими переживаниями, ему нужен живой контакт с врачом.

– Медицина пришла к тому, что в арсенале кардиологов XXI века есть возможности молекулярной диагностики, методы самой тонкой визуализации, невероятные хирургические технологии и высокоэффективные лекарственные схемы. А какова конечная цель технологического развития кардиологии – всего лишь продление жизни и повышение её качества? Ведь на самую заболеваемость наука повлиять не способна. Или можно в будущем надеяться и на это тоже?

– Полагаю, можно. Действительно, в кардиологии, воздействуя на основные факторы риска, контролируя уровни артериального давления, холестерина, глюкозы, мочевой кислоты, мы если и не предотвращаем развитие атеросклероза полностью, то, несомненно, замедляем продвижение по так называемому сердечно-сосудистому континууму, продляем жизнь.

В то же время большие достижения медицины связаны с установлением конкретных причин наследственных патологий, что позволяет применять таргетную терапию, предотвращать развитие болезней. Значительные горизонты открывают технологии геномной инженерии, редактирование генома человека. Да, многое сегодня кажется мечтой, но ведь без мечты жить неинтересно.

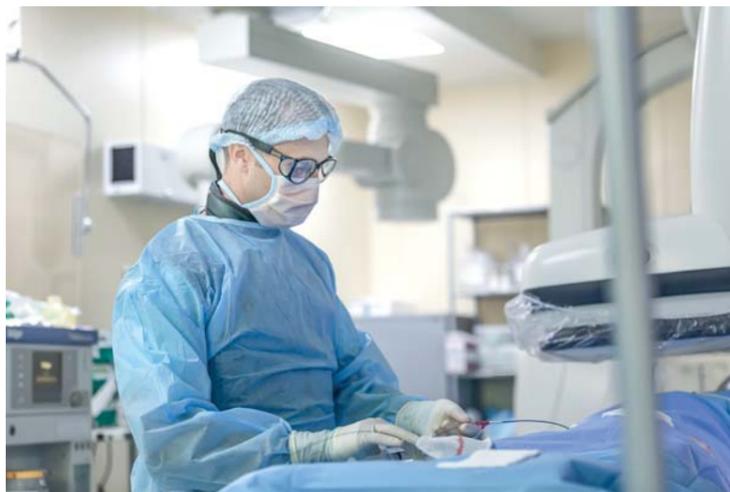


Беседу вела Елена БУШ, обозреватель «МГ».

Работают мастера

Природа ошиблась — хирурги исправили

Если артерию не видно, это не значит, что её нет



В мировой специализированной литературе подобные случаи не описаны. Можно считать, что хирурги Национального медицинского исследовательского центра им. Е.Н.Мешалкина записали на свой счёт очередную олимпийскую победу: они эндovasкулярно восстановили кровоток в anomalно развитой левой лёгочной артерии у двухлетней пациентки с врождённым пороком сердца.

О том, что у малышки дефект межпредсердной перегородки, родители и врачи знали с первых дней после её рождения. К плановой операции по закрытию ДМПП ребёнка готовили в Перми, по месту жительства, но всё пошло не по плану. Состояние пациентки нарастающе ухудшалось: она плохо прибавляла в весе, быстро утомлялась, периодически у неё отмечался цианоз в области носогубного треугольника. Во время проведения мультиспиральной компьютерной томографии специалисты не обнаружили у ребёнка в типичном месте лёгочную артерию, питающую левое лёгкое. Эта диагностическая находка, а правильное сказать – потеря, изменила ранее намеченную тактику лечения.

Родители девочки запросили второе мнение у хирургов центра им. Е.Н.Мешалкина и получили приглашение на обследование. В Новосибирске лучевые диагносты также подтвердили врождённую

анатомическую аномалию: левая лёгочная артерия в типичном месте не найдена. Однако предыдущий опыт специалистов НМИЦ им. Е.Н.Мешалкина заставил заподозрить, что артерия на самом деле есть, но не там, где должна быть, и не в том качестве, как ей надлежит. Как пояснил сотрудник отделения врождённых пороков сердца детской сердечно-сосудистой хирургии кандидат медицинских наук Алексей Войтов, в практике центра уже был пациент со схожей сосудистой аномалией: у него лёгочная артерия прерывалась, но ещё не окончательно закрылась.

– Предположили, что левая лёгочная артерия у девочки всё же есть, но не визуализируется на МСКТ вследствие полной закупорки, а артериальный проток является её началом. В итоге мы всё-таки обнаружили зачаток открытого артериального протока – эмбрионального сосуда, который в норме закрывается в первые дни жизни ребёнка, причём в нетипичном месте. Состояние девочки, которое вызвало беспокойство у её родителей, было результатом того, что из-за аномалии левой лёгочной артерии правая лёгочная артерия была значительно расширена, поскольку в течение 2 лет жизни ребёнка весь объём крови проходил только через правое лёгкое. Сформировалась лёгочная гипертензия, – говорит А.Войтов.

Откладывать лечение дальше было нельзя. Первым этапом хи-

рурги провели эндovasкулярное вмешательство, во время которого прошли проводником культю открытого артериального протока, впадающего в суженную левую лёгочную артерию, расширили его баллоном, а затем установили стент. Артерия сразу начала заполняться кровью.

Вот как для читателей «МГ» пояснил особенность данного клинического случая А.Войтов: «В мировой литературе представлено достаточно случаев, описывающих аномальное отхождение левой и правой лёгочных артерий от аорты, также описаны случаи применения методики стентирования закрывающегося артериального протока, однако у детей не старше 2 месяцев. В данном случае порок – аномальное отхождение левой лёгочной артерии – был выявлен поздно, в двухлетнем возрасте. Два года лёгочная артерия практически не развивалась, источником кровообращения в левом лёгком служили аорто-лёгочные коллатерали диаметром 2-3 мм и бронхиальные артерии, однако на МСКТ и ангиографии истинного просвета левой лёгочной артерии видно не было. Во время реканализации закрытого артериального протока мы выявили, что артерия гипоплазирована в результате длительного отсутствия кровотока в ней. Выполненная нами паллиативная процедура позволит левой лёгочной артерии «подрасти», и у ребёнка появится шанс на полноценное лёгочное кровообращение».

Помимо аномального отхождения левой лёгочной артерии у девочки большой дефект межпредсердной перегородки. На данный момент ввиду того, что весь объём крови, предназначенный для двух лёгких, проходит через одно, а также существует артериовенозный сброс на уровне межпредсердной перегородки, у пациентки повышено давление в лёгочной артерии. Как подчёркивает А.Войтов, при длительном сохранении высокого давления в лёгочной артерии возникает необратимая лёгочная гипертензия, которая существенно снижает качество и продолжительность жизни. Вот почему смелое решение новосибирских хирургов «шагнуть в неведомое» было абсолютно оправданным.

Радикальная коррекция данной врождённой аномалии заключается в реимплантации лёгочной артерии с восстановлением нормальной анатомии. Её хирурги НМИЦ им. Е.Н.Мешалкина намерены выполнить маленькой пациентке через 3 месяца вместе с закрытием дефекта межпредсердной перегородки.

Елена СИБИРЦЕВА.

Новосибирск.

Новые подходы

Первичная помощь в фокусе внимания

В кадровом центре Департамента здравоохранения Москвы продолжается обучение врачей общей практики в рамках масштабной программы повышения квалификации. Образовательные модули по направлениям «Оториноларингология», «Офтальмология» и «Дерматовенерология» завершили полностью. Ещё по четырём направлениям обучение прошли уже более трети врачей.

«В системе московского здравоохранения на сегодняшний день работает около 3 тыс. врачей общей практики, которые играют очень важную роль в оказании первичной медицинской помощи. Программа повышения квалификации поможет этим специалистам получить современные знания и отработать практические навыки по 13 направлениям. Первый этап, состоящий из 3 учебных дисциплин, позволил врачам актуализировать знания и навыки по оторинола-

рингологии, офтальмологии и дерматовенерологии. Сейчас продолжается второй этап обучения, включающий четыре дисциплины, его успешно прошли уже более трети всех врачей общей практики. Каждый из них повысил уровень своих компетенций в диагностике и лечении неврологических, эндокринологических, инфекционных и лор-заболеваний. Мы планируем, что в октябре все врачи завершат обучение по второму модулю масштабной программы», – отметила Елена Ефремова, заместитель руководителя Департамента здравоохранения Москвы.

Во время обучения образовательные модули по направлениям «Урология» и «Инфекционные заболевания» прошли около тысячи врачей общей практики, более тысячи специалистов улучшили знания по эндокринологии и 1276 – по неврологии.

Отрабатывать навыки интерпретации результатов лабораторных исследований, удаления

присосавшегося клеща и другие медикаментам помогает обучение по направлению «Инфекционные болезни». Программа по неврологии предусматривает исследование двигательной сферы с оценкой мышечной силы, а также сухожильных рефлексов с оценкой признаков поражения шейных и поясничных корешков. А курс по урологии включает в себя изучение особенностей и практических аспектов профилактики и лечение острого цистита.

Программы повышения квалификации для врачей общей практики входят в систему непрерывного медицинского и фармацевтического образования. Обучение в рамках одного направления длится 18 академических часов. За это время специалисты совершенствуют знания по широкому кругу вопросов в области диагностики и лечения различных заболеваний и патологий.

Борис ЕФИМОВ.

Несмотря на усложнение процедуры рассмотрения заявок на объекты интеллектуальной собственности, учёными-исследователями Кемеровского государственного медицинского университета по итогам 2021 г. было получено на треть больше документов, подтверждающих результаты интеллектуальной деятельности, чем по итогам 2020 г. При этом более половины из них (12 из 23) поставлены на бухгалтерский учёт.

Исследования в разных областях

Аспирант Любовь Петрич и доктор медицинских наук доцент Оксана Новикова разработали новый способ прогнозирования течения родовой деятельности на основании спектрального анализа. Способ позволяет оперативно делать прогноз в начале родов и корректировать ведение родов за счёт спектрального анализа. Создана классификация энергетического состояния рожениц в латентную фазу первого периода родов. На основе классификации возможно прогнозирование исходов родов для матери и ребёнка.

Три патента доктора медицинских наук профессора Лидии Смердиной и кандидата медицинских наук доцента Юлии Смердиной посвящены проблеме патологической стираемости зубов с различной степенью повреждения. Решение проблемы видится в изготовлении адаптационных протезов, учитывающих индивидуальные особенности пациента. В настоящее время поданы заявки на получение патентов международного уровня.

Аспирантами Жаном Городковым, Павлом Голавским, Сергеем Батищевым и доктором медицинских наук профессором Александром Пылковым в области челюстно-лицевой хирургии разработан индивидуальный хирургический шаблон для проведения остеосинтеза при переломах угла и тела нижней челюсти. Изобретение позволяет проводить хирургическое вмешательство для позиционирования титановых наконечников мини-пластин без риска повреждения корневой зуба и сосудисто-нервного пучка нижней челюсти.

Заведующей кафедрой офтальмологии, доктором медицинских наук, профессором Еленой Громакиной, офтальмологами Софьей Ивановой, Натальей Барковой, неврологом Ольгой Каркашиной в сотрудничестве с доктором медицинских наук профессором Борисом Малогиным разработаны и предложены полезные модели аппликаторов при лечении заболеваний глаз. Исследования основаны на современных знаниях о кинетике лекарственных средств в полость глаза и предназначены для местного введения лекарственного препарата с целью получения высокой концентрации медикамента. Предложены современные модели аппликаторов.

Гарант успеха

Объекты интеллектуальной деятельности, разработанные заведующим кафедрой детских

хирургических болезней КемГМУ, кандидатом медицинских наук, доцентом Никитой Шабалдиным, доктором медицинских наук профессором Андреем Шабалдиным, доктором медицинских наук доцентом Еленой Шабалдиной, касаются способа прогнозирования развития болезни Легга – Кальве – Пертеса на основе иммунологических предикторов и моделирования асептического некроза головки бедренной кости у лабораторных крыс.

дования данного заболевания, – именно так научно-исследовательская деятельность, посвящённая поиску механизмов межклеточных взаимодействий, приводящих к разрушению костной ткани, идёт во всём мире», – рассказывает Н.Шабалдин.

Способ, который предложило трио Шабалдиных, обеспечивает более раннюю диагностику болезни, базируясь на анализе особенностей вариации в генах, ответственных за клетки, обе-

разрушения и усиления репарации, то есть восстановления головки бедра.

В начале этого года ещё один проект – «Механизмы нарушений молекулярной регуляции костного гомеостаза при манифестации остеодеструкции и возможности их коррекции» Никиты Шабалдина поддержан грантом Президента РФ для государственной поддержки молодых российских учёных. Исследовательская работа по представленной теме продлится

разных научно-исследовательских и образовательных организаций.

В состав института вошли преподаватели фундаментальных кафедр медицинского университета, в том числе созданной в прошлом году кафедры молекулярной и клеточной биологии, учёные НИИ комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний (НИИ КПССЗ). Благодаря деятельности института появились заявки на гранты, в том числе успешно выигранные, долгосрочные и краткосрочные проекты,

В медицинских вузах страны

Когда патент работает...

Разработка здоровьесберегающих технологий в Кемеровском ГМУ



В лаборатории при кафедре детских хирургических болезней университета

«Оба патента посвящены исследованию так называемого асептического некроза головки бедренной кости – заболевания, которое характеризуется разрушением головки бедра, что в дальнейшем может привести к значительному ухудшению качества жизни вплоть до инвалидности. Данный процесс может встречаться во всех возрастных категориях, – замечает Н.Шабалдин. – Скажем, у детей есть такое заболевание, как болезнь Легга – Кальве – Пертеса. Единого, общепринятого мнения относительно причины её развития на сегодняшний день нет. При этом известно, что одним из ведущих факторов является снижение кровоснабжения головки бедра. Но тем не менее более детального понимания патологических процессов, приводящих к разрушению костной, хрящевой структуры, нет. И первый наш патент «Способ прогнозирования развития болезни Легга – Кальве – Пертеса на основе иммунологических предикторов» посвящён исследованию данного состояния, то есть деструкции головки бедра на молекулярном и клеточном уровнях. Это одно из передовых направлений иссле-

спечающих усиления, а также снижающих воспалительную реакцию организма (так называемые цитокины).

«Для практического здравоохранения наш способ даёт, во-первых, возможность в диагностике и прогнозировании тяжести течения заболевания. При этом то, насколько бурно будет развиваться деструкция головки бедра, имеет большое значение в выборе тактики лечения. Либо лечение будет консервативное, то есть без хирургических манипуляций, либо, если разрушается вся головка бедренной кости, требуется операция. И во-вторых, это, скажем так, некоторое подспорье для дальнейшей разработки более обоснованного лечения данного заболевания на клеточном уровне», – поясняет Н.Шабалдин.

В настоящий момент в мировом научном сообществе активно исследуются способы воздействия на деструкцию кости с помощью лекарственных препаратов (генно-инженерных биологических препаратов), при этом основными вопросами изучения являются: на какой класс молекул воздействовать на каком уровне, с целью уменьшения

в течение 2 лет. Научная работа инициативного кемеровского учёного-медика посвящена изучению особенностей молекулярно-клеточной регуляции процессов образования и разрушения костной ткани и возможных вариантов терапевтического воздействия.

«Как раз президентский грант посвящён поиску лечебных методик. Но для того, чтобы внедрить в практику новые способы терапии, необходимо в первую очередь всё отработать на лабораторных животных, понять, насколько эффективно и безопасно лечение, – говорит Никита Андреевич. – Наш второй патент – это способ моделирования, то есть получения асептического некроза головки бедра у крыс. Крысы – это классические лабораторные животные. По патенту мы выполняем операцию для получения асептического некроза и дальнейшего его исследования. И нюанс предложенного способа в том, что в отличие от других методов, предлагающих индукцию некроза, более схожую с травматической, то есть деструкцией бедра после травмы, в данном случае пусковые факторы, приводящие к некротическим изменениям, соответствуют современным представлениям о развитии заболевания, не связанного с травмой. В моём случае получение заболевания включает два основных момента: увеличение давления внутри сустава и снижение кровоснабжения головки бедра. Но если мы вызовем асептический некроз другим способом, травматической природы, и будем изучать терапевтическое влияние на заболевание, то методика исследования будет достаточно условной».

Опираясь на фундаментальную медицину

В 2021 г. на базе КемГМУ создан Институт фундаментальной медицины. Основная цель создания – взаимная интеграция научной деятельности между фундаментальными исследованиями

реальные перспективные связи с клиническими кафедрами, потому что все их успехи основываются на фундаментальной базе.

Институт фундаментальной медицины – это открытая система, которая сейчас действует в рамках двух организаций, но готова к расширению сотрудничества с другими организациями и росту патентной деятельности в научной среде КемГМУ.

Кстати, в рамках патента «Механизмы нарушений молекулярной регуляции костного гомеостаза при манифестации остеодеструкции и возможности их коррекции» учёные-исследователи КемГМУ сотрудничают с коллегами из Санкт-Петербургского государственного университета, которые помогают в исследовании протеома костной ткани. Это один из современных методов, позволяющих оценить всю совокупность белков в исследуемом образце. Но основная работа ведётся на базе Института фундаментальной медицины Кемеровского ГМУ. Институт фундаментальной медицины – это коллаборация между КемГМУ и НИИ КПССЗ.

«Наша лабораторная база для исследований – НИИ КПССЗ. Хирургические исследования выполняю я, гистологические – совместно с НИИ КПССЗ и кафедрой морфологии и судебной медицины КемГМУ. Большие исследования требуют взаимодействия между научными базами, и создание Института фундаментальной медицины открывает возможности и перспективы для дальнейших работ, – говорит Н.Шабалдин. – Замечу, что в исследовательскую работу мы активно вовлекаем заинтересованных студентов. Это стимулирует у них стремление заниматься научно-исследовательской деятельностью, формирует понимание того, как проводятся научные работы, в том числе и на животных моделях».

Владимир КОРОЛЁВ,
соб. корр. «МГ».

Ситуация

В Омской области появились опасные тигровые комары, которые могут стать переносчиками туляремии и сибирской язвы.

Своё название тигровый комар (*Aedes albopictus*) получил из-за окраски: его тело окрашено белыми и черными поперечными полосками. Этот вид более агрессивен по сравнению с привычным для всех видом *Culex*, так как «кусают» вне зависимости от времени суток. Встречается «тигровое» насекомое, как правило, в тропических и субтропических районах Юго-Восточной Азии – в местах с обильной растительностью и жарким влажным климатом. Однако таких комаров вот уже несколько лет замечают в Алтайском крае. Недавно

Тигровых комаров «занесло» в Сибирь

тигровые комары были обнаружены на юге нашей страны.

По сведениям Института дезинфектологии Роспотребнадзора, опасные насекомые «расселились по всей территории Кавказского побережья, добрались до Новороссийска и Крыма». К слову, давно познакомилась с «кусакой» и Европа: в 1980 г. первый такой комар появился в Албании, в 2017 и 2018 гг. они были обнаружены в Германии, в прошлом году они «налетели» на Францию.

И вот в социальных сетях появилась информация о том, что крылатые кровососы промышляют и в

Прииртышье. В Территориальном управлении Роспотребнадзора сразу же отреагировали на эту новость. «В Омской области они встречаются крайне редко, – сообщили в санитарном ведомстве. – Тигровые комары являются переносчиками более 30 заболеваний, в том числе лихорадки денге и чикунгунья, вируса Зика». Кроме того, в управлении предупредили, что в регионе такие комары могут стать неспецифическими переносчиками возбудителей туляремии и сибирской язвы.

Появление тигровых комаров в области специалисты объясняют несколькими причинами:

потеплением климата, миграцией, завозом с импортируемыми товарами, а также шквалистыми ветрами, которые переносят насекомых на тысячи километров от естественной среды обитания. При этом известно, что регионы с низким температурным режимом в зимний период для *Aedes albopictus* как постоянная среда обитания для них не пригодны.

Важно, что сам тигровый комар не является источником заболевания, он является переносчиком возбудителей заболевания. Утешает пока то, что возбудители указанных выше заболеваний в Омской обла-

сти не регистрируются. В санитарном ведомстве также напомнили о специфической профилактике инфекций, передающихся комарами (вакцинация), разработанной против туляремии, жёлтой лихорадки, лихорадки Денге и японского энцефалита.

Неспецифические профилактические мероприятия по защите от укусов комарами заключаются в использовании противомоскитных (противомоскитных) сеток на окнах и дверях, электрофумигаторов, обработке террас, веранд и туристических палаток противомоскитными инсектицидными спиралями или стержнями.

Татьяна БЕРЕЗОВСКАЯ,
соб. корр. «МГ».

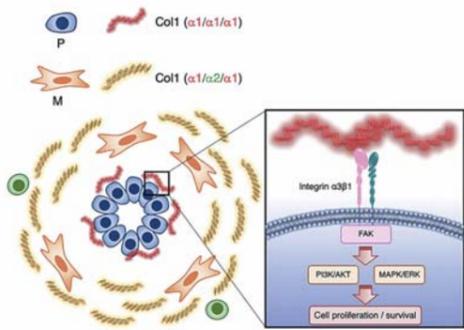
Омск.

Выводы

Ограда

В Пенсильванском университете Филадельфии обратили внимание на фибробласты, вырабатывающие волокна коллагена (благодаря которому «застывает» холодец).

Фибробласты представляют собой клетки-бласты, которые на протяжении всей жизни сохраняют стволовые свойства. Именно из фибробластов путём индукции четырёх генов эмбрионального развития получают практически любые клетки организма, которые называют плюрипотентными. Из таких «стволовых» получают затем органоиды, или небольшие клеточные разрастания, имитирующие строение того или иного органа. В Пенсильванском университете показали, что делеция гена ATF (Activating Transcription Factor), кодирующего синтез белкового фактора активации транскрипции, подавляет опухолевый рост и продлевает жизнь подопытных мышей. В том же журнале несколько ранее была опубликована статья из Сингапурского университета, в которой говорилось, что варианты информационной РНК (иРНК), синтезированной в ходе транскрипции генов, могут «подстёгивать» туморогенез. На одной из таких РНК синтезируется белок бета-катенин, отвечающий, в частности, за рост эмбрионального мозга (выключение его гена привело к рождению мышат с мозгом, который в 2-3 раза больше нормального и даже имеет складчатые извилины).



Коллагеновая «капсула» вокруг опухоли, образуемая миофибробластами (М), сверху синяя опухолевая клетка (Р), в квадрате справа показано взаимодействие красного коллагена с интегринными клетками

Сложность изучения клеточного роста заключается в том, что нормальные клетки с трудом поддаются ген-трансформации, то есть не воспринимают другие ДНК. В связи с этим внимание коллег привлекла статья из университетов Нанкина и Западного Вашингтона в городе Беллингхеме, которые научились трансформировать стволовые клетки костного мозга путём внесения в них наночастиц. Для слежения за процессом были использованы квантовые точки с пептидом – цепочкой аминокислот – на них. Авторы полагают, что их работа даёт количественную оценку и понимание механизма доставки генетического материала с помощью наночастиц. В Мичиганском университете использовали наночастицы из белка крови альбумина, в которых к опухолям молочных желёз у мышей доставляли химиотерапевтический

паклитаксел и иммунный ингибитор роста, а также блокатор одного из ферментов. Благодаря наночастицам авторам удалось добиться ремиссии у животных.

Наночастицы, но катионные, позволили молекулярным онкологом Университета Айовы увеличить инфильтрацию опухоли Т-лимфоцитами. К частицам из полиамидаминоновых дендримеров (молекул, ветвящихся как деревья, откуда и название) добавили полимер из молочной и гликолевой кислот. Мышам в качестве противомеланомной вакцины вводили также AAV (аденоассоциированные вирусы) с опухолевым антигеном. Благодаря этому было получено большое число опухолеспецифичных Т-клеток (т.е. хорошо выраженный иммунный ответ). На рисунке, иллюстрирующем применение вакцины против меланомы кожи, авторы показали наличие плотного

коллагенового «тына», задерживающего движение Т-лимфоцитов. Наличие коллагеновой «капсулы» во многом определяет неуспех дорогостоящих иммунотерапий. Авторы статьи в Cancer Cell установили, что гомотримеры нормальных клеток, состоящие из 3 одинаковых молекул-волокон коллагена заменяют опухолевые клетки на гетеротримеры α1/α2/α1. Коллаген, вырабатываемый фибробластами, «контактирует» с клеточными интегринными, которые необходимы для интеграции клеток. Выключение гена коллагена повышает инфильтрацию опухоли Т-клетками и эффективность клеточной иммунотерапии, а также репрограммирует опухолевый микробиом, благодаря чему возрастает число аэрофильных кампилобактерий, которые противодействуют анаэробным клеткам опухоли.

Взгляд

Фаговое лечение

За последние два года всем стали известны вирусы, чего не скажешь о фагах, вернее бактериофагах, то есть вирусах бактерий, которые были открыты век назад и на которые возлагались большие надежды в плане лечения тех же кишечных инфекций. Но всё, как выяснилось в течение того же века, оказалось далеко не так просто, как представлялось первооткрывателям.

Вирусы при ближайшем их рассмотрении преподносят нам один сюрприз за другим. Так, в пекинском Университете Цинхуа выяснили, что одно из производных глюкозы, представленное в крови больных диабетом, препятствует проникновению COVID в клетку. А в Техническом университете Дрездена годом ранее показали, что у тех же диабетиков повышается коронавирусная инфильтрация островков поджелудочной железы, вырабатывающих инсулин. В Национальном институте здоровья США (NIH) выявили одну из причин подавления COVID неспецифического иммунитета, представляющего собой первую линию обороны от инфекций. Оказалось, что белок нуклеокапсида N, защищающий РНК вируса, модулирует обе ветви иммунного ответа – указанного неспецифического и специфического, или адаптивного. При этом подавляется и антительный, и клеточный ответы.

Подавляются оба вида иммунитета и под влиянием микрофлоры, атаки которой в кишечнике ведут к язвенным поражениям слизистой, клетки которой монослоем выстилают кишечник изнутри. В результате этого у людей и животных развиваются воспалительный



Красные бактериофаги, атакующие микробную палочку

энтерит и колиты, чему медицина не может противостоять. Вот почему большой интерес вызвала публикация сотрудников Института науки в Реховоте и Центра раковых исследований в Гейдельберге. Авторы указывают, что главным агентом язвенного поражения слизистой является микроб Klebsiella pneumoniae, видовое название которой указывает и на её способность вызывать пневмонию. В кишечнике на её долю приходится 40% микробной массы, к тому же у патогенной палочки быстро развивается устойчивость к антибиотикам. В исследовании, проводимом во Франции, Германии, Израиле и США, приняли участие 537 человек с язвенными поражениями слизистой кишечника.

Авторы с целью определения эффективности решения поставленной ими задачи применили ген-редактирование у 41 фага, в результате чего подобрали комбинацию из 5 «противников» бактерий, названную ими «Согласие» – Consortia. Первая фаза клинических испытаний, проведённых на 18 здоровых, показала нетоксичность и переносимость фагового «кок-

тейля» (официальный термин) у людей. Вторая фаза уже одобрена, и её проведение запланировано. Добровольцы вместе с фагами принимали антацид эзомепразол для временного понижения кислотности, связанной с соляной кислотой, выделяющейся в желудке. Это способствовало сохранению вирусной жизнеспособности и попаданию бактериофагов в тонкую кишку. Германский центр упомянут неспроста, поскольку кишечные микробы вызывают не только повреждение клеток слизистой, но также нарушают «сцепки» между ними, стимулируют ненужный ангиогенез и подслизистое воспаление. Оно в конечном итоге ведёт к трансформации эпителиальных клеток и к их чрезмерному делению.

Авторы не считают свою победу, одержанную с помощью применения комбинационной фаговой терапии, окончательной. Дело в том, что предварительные опыты показывают необходимость подбора для каждого из микробных патогенов своего бактериофагового коктейля. Но направление пути движения ясно и технология уже отработана.

Исследования

Героиня романа «Дама с камелиями», написанного А.Дюма-сыном, погибла от чахотки в 24 года. Научное имя болезни туберкулёз отсылает к «туберкулам», или маленьким клубенькам, видимым как очажки в лёгких, воспаление в которых «подавлено» отложением кальция. Через три четверти века после её кончины санпросветовский плакат 1926 г. утверждал, что «борьбой за здоровый быт мы победим туберкулёз». На плакате молодая мама в синей рабочей рубашке и красной косынке на голове держала за плечо дочку, указывая правой рукой на хоровод маленьких детей, кружащихся на залитой солнцем лужайке. Под плакатом приведён врачебный совет относительно умеренности и правильного здорового питания, а также обязательного поддержания физической формы.

Новый подход, разделённый миллиардами лет

Сегодня микробиология оперирует молекулами и микробным мониторингом изменений окружающей среды. В Станфорде обратили внимание на «стебельчатую» бактерию Caulobacter crescentus, дающую вертикальный рост на подложке и могущую при нехватке пищи обретать форму серпика, на что указывает второе слово в её названии. При голодании этих безвредных для человека микробов уровень ATF, главного энергоносителя клеток, падает, и в них образуется конденсат, в котором оказывается фермент деления – division DivJ. Тем самым каулобактер регулирует свой рост и размножение путём деления. Авторы статьи полагают, что им удалось открыть один из молекулярных механизмов бактериального приспособления – адаптации к меняющейся среде с помощью изменения активности фермента.

Самыми опасными для патогенных бактерий и кокков являются антибиотики, вырабатываемые грибами и почвенными грибами, имеющие бета-лактамовое кольцо. Защищаются от них микробы, увеличивая толщину наружной оболочки, но это довольно затратный механизм. В то же время тот же пенициллин со своим бета-лактамом препятствует построению оболочек, и поначалу первые антибиотики совершили революцию в медицине и эпидемиологии. Но в полном соответствии с ньютоновским законом действия и противодействия микробы постепенно стали вырабатывать резистентность к антибиотикам, в результате чего появился пугающий MRSA, то есть золотистый стафилококк, устойчивый к такому сильному антибиотику, как метициллин. В Университете Нового Южного Уэльса в Сиднее показали, что резистентность даже к ванкомицину развивается в силу того, что около полутысячи РНК начинают взаимодействовать друг с другом. В том же журнале в начале мая сотрудники токийского Университета Цукуба показали, что появление метициллина стимулирует перенос между клетками фрагментов стафилококковой «хромосомы» SCC (Staphylococcus Cassette Chromosome), в которой локализован детерминант толерантности к метициллину mecA. Он высвобождается из SCC для трансфера ферментом рекомбиназой, название которого указывает на молекулярную рекомбинацию, или «перекombинирование» хромосомной ДНК. Сам процесс называется трансформацией и известен на клеточном уровне

очень давно, но японцы впервые показали его молекулярную «машинерию».

Всё это говорит о необходимости создания новых антибиотиков как самого удобного средства борьбы с микробными заболеваниями и вирусными осложнениями. И их создают – всё более сильные и всё более опасные для человека и животных. Недаром тот же ванкомицин называют средством «последней линии обороны». Можно напомнить, что немец Р.Кох получил в 1905 г. Нобелевскую премию за открытие туберкулёзной палочки. Чуть меньше чем через полвека – в 1952 г. – премию дали американцу С.Ваксману, нашедшему противотуберкулёзный стрептомицин, который, как казалось, избавил мир от поражающих организм «клубеньков». Но сегодня даже после внедрения более эффективных антибиотиков туберкулёз остаётся опасной инфекцией. Недавно сотрудники Оклахомского университета описали в журнале PNAS механизм действия белкового транспортера протонов, локализованного во внутренней оболочке туберкулёзной микобактерии (MmpL – Mycobacterial membrane protein Large). Перенос протонов необходим для транспорта липидов, из которых строятся мембраны клеток, что делает протеин важной мишенью для разрабатываемых противотуберкулёзных антибиотиков. Структура транспортера была представлена в том же журнале кристаллографами Оксфорда тремя годами ранее.

Поэтому понятен интерес публикации соотечественников Коха из Гёттевского университета во Франкфурте-на-Майне, которые предложили напрямую «конструировать» молекулы антибиотиков. Германские биоинженеры отталкивались в своей работе от микробного модуля PKS, или фермента поликетид-синтазы. Поликетиды известны тем, что присоединяют к своей сложно-кольцевидной молекуле токсичный фтор. У мышей, также страдающих от инфекций, имеется своя синтаза, соединяющая молекулы жирных кислот. Специалисты Франкфурта создали из двух энзимов гибридный фермент, который с помощью серосодержащих молекул кофакторов синтезировал три новых антибиотика с фтором (фторированные макролактоны). Новый подход сочетания двух ферментов из разных биологических миров, разделённых миллиардами лет развития, может быть опробован и в других областях синтетической биологии.

Подготовил Игорь ЛАЛАЯНИЦ,
кандидат биологических наук.

По материалам ACS Nano, Cancer Cell, Nature Cell Biology, Science Advances, Science Translational Medicine, Cell, Cell Reports, Nature Communications, Nature Metabolism, Scientist, Nature Chemistry, PNAS.

Ситуация

Дефицит чистой воды

Число людей, страдающих от засухи в Эфиопии, Кении и Сомали и не имеющих доступа к чистой воде, за 5 месяцев увеличилось с 9,5 до 16,2 млн человек. С острым дефицитом воды сталкиваются и дети в африканском регионе Сахель. Об этом по случаю начала Всемирной недели воды предупреждает ЮНИСЕФ.

Если не помочь детям стран Африканского Рога и Сахеля, многих из них ждёт неминуемая смерть. К трагедии может привести любая связанная с водой инфекция, которая станет смертельной для истощенного от недооказания организма.

«Как учит нас история, высокий уровень острого истощения у детей в сочетании со вспышками таких смертельных заболеваний, как холера или диарея, приводит к резкому и трагическому росту детской смертности, — отмечает исполнительный директор ЮНИСЕФ Кэтрин Рассел. — Когда воды нет или она загрязнена, риск для детей увеличивается в разы».

По её словам, миллионы юных жителей стран Африканского Рога и Сахеля находятся «в шаге от катастрофы».

Засуха и конфликты усугубляют проблемы с водой в Буркина-Фасо, Чаде, Мали и Нигерии, где около 40 млн детей живут в условиях дефицита воды. По данным Всемирной организации здравоохранения, Сахель занимает первое место в мире по числу несовершеннолетних, умирающих в результате использования загрязнённой воды и отсутствия средств гигиены.

В странах Африканского Рога большая часть населения пользуется водой, которую доставляют частные компании на грузовиках или запряжённых ослами повозках.



В районах, наиболее поражённых засухой, для многих семей вода является роскошью, которую они не могут себе позволить.

Например, в 23 округах Кении цены на воду выросли в несколько раз по сравнению с началом прошлого года. В некоторых районах Эфиопии стоимость воды в июне удвоилась.

В поражённых засухой регионах Сомали отмечаются вспышки диареи и холеры. За первые 6 месяцев года зарегистрировано 8200 случаев этих заболеваний.

Две трети пострадавших составляют дети в возрасте до 5 лет. С июня 2021 г. по июнь 2022 г. ЮНИСЕФ с партнёрами обеспечили лечение 1,2 млн больных диареей в возрасте до 5 лет. В Кении практически высохли около 90 открытых водных источников — пруды или колодцы. Подобная ситуация значительно повышает угрозу возникновения новых вспышек инфекционных болезней.

ЮНИСЕФ помогает жителям Африканского Рога и Сахеля справиться с дефицитом чистой воды — обеспечивает услугами в сфере санитарии и гигиены; улучшает доступ к источникам воды, которые устойчивы к последствиям изме-

нения климата; бурит скважины и развивает «зелёные» технологии. Кроме того, выявляют и лечат детей, страдающих от истощения, и наращивают усилия в сфере профилактики инфекционных болезней.

Детский фонд ООН получил лишь 3% от суммы, запрошенной на осуществление этих программ в странах Африканского Рога. А на преодоление проблем с водой и меры по повышению устойчивости к последствиям изменения климата в этой части Африки доноры практически не выделили средств. Аналогичный план для Сахеля профинансирован на 22%.

«Представьте себе, что вам надо выбрать, что купить своему голодному, мучающемуся от жажды ребёнку — хлеб или воду. При этом ваш малыш уже болен, — отмечает Кэтрин Рассел. — А когда он хочет пить, что лучше: смотреть, как он мучается от жажды, или разрешить выпить загрязнённую воду, которая может привести к смертельной болезни?»

По словам главы ЮНИСЕФ, этот кризис можно преодолеть, только если правительства, доноры и международное сообщество выделит необходимые средства.

Кстати

На Кипре обнаружили новый штамм ВИЧ

Учёные из Университета Кипра обнаружили новый штамм ВИЧ-1, который представляет собой рекомбинантную форму 4 штаммов — CRF02_AG, G, J и U.

Новый штамм, выявленный у 14 человек с ВИЧ-1, проживающих на Кипре, был обозначен как CRF91_crx. Он циркулирует в основном среди мужчин, которые имеют гомосексуальные контакты, и является одной из причин роста числа инфекций. В настоящий момент остаётся неизвестным, какие у этого штамма могут быть клинические проявления.

Мозаичная структура генома CRF91_crx была охарактеризована с помощью Лос-Аламосской базы данных последовательностей ВИЧ. Были выявлены 7 фрагментов подтипов CRF02_AG, G, J и неклассифицированный фрагмент U, который не принадлежит ни к одному установленному подтипу.

ВИЧ-1 характеризуется высокой степенью генетической изменчивости из-за высокой скорости молекулярной эволюции. Основной штамм был разделён на четыре группы (M, N, O и P) с десятью различными филогенетическими подтипами (A, B, C, D, F, G, H, J, K и L) в пределах основных групп. При одновременном заражении несколькими типами вирусов может происходить рекомбинация различных фрагментов геномов вируса, что приводит к появлению новых штаммов.

Рекомбинантный ВИЧ-1, выделенный от одного инфицированного ВИЧ-1 пациента, классифицируется как уникальная рекомбинантная форма (URF). Если рекомбинант ВИЧ-1 выделен от 3 или более инфицированных пациентов, то он классифицируется как циркулирующая рекомбинантная форма (CRF).

Открытия, находки

Сила мысли управляет информацией

То, о чем учёные мечтали столетиями и о чём писали фантасты в своих произведениях, реализовалось в XXI веке: исследователи смогли научить человека силой мысли управлять информацией.

Это сенсационное событие произошло в Нью-Йорке. Инженеры-медики из Австралии создали чип, который представляет собой микроскопический нейрокомпьютер, и вживили его в мозг пациента с тяжёлым параличом. Высокотехнологичное устройство ввели в кору головного мозга через яремную вену на шее. Операция прошла без каких-либо осложнений.

Теперь нейрокомпьютерный имплантат считывает сигнал, мысленно подаваемый ему парализованному человеку, и передаёт его на компьютер, планшет или смартфон, который в этот момент используется. Вживлённое в мозг устройство вместо своего хозяина набирает текст в гаджетах и так позволяет человеку общаться в соцсетях, искать информацию в интернете, заказывать покупки онлайн и выполнять другие задачи.

Разработка компании Synchron стала конкурентом аналогичного проекта Neuralink от Илона Маска, но австралийский стартап раньше американского получил разрешение для проведения испытаний на людях. Чип от Маска хоть и успешно вживлён, но пока только обезьяне.

Теперь нейрокомпьютерный имплантат считывает сигнал, мысленно подаваемый ему парализованному человеку, и передаёт его на компьютер, планшет или смартфон, который в этот момент используется. Вживлённое в мозг устройство вместо своего хозяина набирает текст в гаджетах и так позволяет человеку общаться в соцсетях, искать информацию в интернете, заказывать покупки онлайн и выполнять другие задачи.

Жизнь как она есть

Физическая активность снижает риск смерти в пожилом возрасте

Учёные связали упражнения со снижением риска смерти. Как говорят специалисты, пожилые люди, которые еженедельно участвуют в различных видах физической активности, таких как ходьба, бег трусцой, плавание или игра в теннис, могут иметь более низкий риск смерти, в том числе от сердечно-сосудистых заболеваний и рака. К такому выводу пришли учёные из Национального института рака (США).

Специалисты проанализировали данные о 272 550 взрослых в возрасте от 59 до 82 лет, которые заполняли анкеты о досуге в рамках исследования NIH-AARP, посвящённого диете и здоровью. Выяснилось, что выполнение рекомендуемого количества различных физических упражнений

в любой комбинации связано с более низким риском смерти вне зависимости от причины на 13%.

Превышение рекомендуемых уровней физической активности ещё больше снижало риск смерти, однако по мере повышения уровня наблюдалось уменьшение отдачи. Однако даже у людей, которые занимались рекреационной физической активностью, например ходьбой, ниже рекомендуемого уровня, риск смерти снижался на 5%.

Второе издание Руководства по физической активности для американцев рекомендует, чтобы взрослые занимались аэробной физической активностью средней интенсивности от 2,5 до 5 часов или уделяли от 1,25 до 2,5 часа аэробной физической активности высокой интенсивности каждую неделю.

Ну и ну!

Никакой свободы воли

Дети, существующие в метавселенной

Ведущий британский специалист по искусственному интеллекту, бывший специалист по технологиям, советник британского правительства и член цифрового Зала славы Британской ассоциации интерактивных медиа Катриона Кэмпбелл с воодушевлением предсказала, что вскоре родители повсеместно перейдут на воспитание виртуальных детей.

Это, по её словам, позволит избежать перенаселения Земли и решит проблему с глобальным потеплением. Для решения этих проблем понадобятся минимальные ресурсы! Кэмпбелл уверена, что в ближайшее время дети станут чем-то вроде развлечения или хобби. Некоторые люди, которым нравится общаться с малышами, могут держать своего ребёнка в таком состоянии сколько угодно времени... «Виртуальные дети могут показаться гигантским скачком по сравнению с тем, где мы находимся сейчас, но через 50 лет технологии будут настолько развиты, что дети, существующие в метавселенной, будут неотличимы от детей в реальном мире», — добавила Кэмпбелл.

Несколько лет назад одна из новозеландских компаний провела эксперимент Baby X. Она задумала создать новую форму искусственного интеллекта. Для проекта вир-

туальных детей разрабатываются автономно существующие цифровые сущности на основе моделей человеческого поведения. Виртуальные дети будут существовать в цифровой вселенной, и родители будут контактировать с ними с помощью различных устройств. Например, высокотехнологичные перчатки позволяют физически ощутить прикосновение к этим фантомам.

Идея электронных детей была с энтузиазмом подхвачена западным обществом. Сбудется фантастическая антиутопия, когда миром начнёт управлять кучка избранных, которые будут контролировать находящуюся у них в услужении человеческую массу с помощью алгоритмов и искусственного интеллекта. Пророческая эпопея «Матрица» реализуется, когда подавляющее большинство населения станет наслаждаться несуществующим миром: люди будут довольствоваться электронными курортами и воспитанием несуществующих людей, будут ходить в рестораны и отмечать праздники в виртуальной вселенной.

Как напоминает Джозеф Меркола на сайте The Defender, на Всемирном экономическом форуме идеолог Клаус Шваб провозгласил намерение создать мир, в котором каждый человек подключится к цифровому «облаку», получив возможность входить в него через

свой мозг. На Западе это называют четвёртой промышленной революцией — человек сольётся с электронной машиной.

Впрочем, иногда кажется, что это «облако» уже существует — мыслями и взглядами миллионов людей, по сути, управляют извне, они оказались под полным контролем. Этого добился тотальный пропагандистский аппарат, принадлежащий небольшой сплочённой группе единомышленников. Они решают, куда направить деятельность народов, превратившихся в бессловесное стадо.

Ну а если кто-то не верит СМИ и не хочет воспитывать цифровых детей, его тут же обвинят в антиобщественном поведении и примерно накажут — это сделает система социального кредита. Недавно издание The Hill предупредило, что в США уже частично действует своя система социального кредита, похожая на китайскую. Система отслеживает каждого человека и в зависимости от его послушания и поведения начисляет баллы. При их недостатке его могут лишить возможности брать кредиты, летать на самолётах, отключить от популярных соцсетей. Собственную версию такой системы планирует ввести британское правительство. И тогда одно только появление на антиправительственной демонстрации приведёт к отключению человека от цифровых услуг...

Подготовила Юлия ИНИНА.

По материалам CyprusMail, Medical Xpress, The New York Post.

Фрэнсис Бэкон – английский философ периода Позднего Возрождения, сторонник доказательного, научного ко всему подхода как-то заметил: «Всё медицинское искусство состоит в наблюдениях». Вполне дискуссионное утверждение, но, если говорить о психотерапии, пожалуй, согласимся – так оно и есть. Множество иллюстраций этому мы находим в великолепной книге Михаила Шойфета «Нераскрытые тайны гипноза» – монографии куда более широкой, нежели подробное освещение лишь одного феномена психотерапии, пусть и краеугольного. Деликатно сохраняя стиль и язык оригинала, автор статьи готов минимально ассистировать мэтру, опираясь на цитаты из его труда.

Магнетическое лечение

Заглядывая в глубины истории медицины, трудно пройти мимо имени Парацельса, который «стяжал себе громкую известность среди больных главным образом применением магнетизма (гипноза) при лечении нервных болезней. Он упоминает о магнитах, лечащих живот и спину, так называемых брюшных и спинальных. С великой тщательностью он описал, какие болезни и как следует лечить, прикладывая желательную к больному органу магнит той же формы. Парацельс верил, что один конец магнита привлекает болезнь, а другой отталкивает. Поэтому предписывал прикладывать от сильного прилива «соков» к какому-нибудь месту один конец магнита, к другому – притягивающий полюс, который должен был возвращать «возмущающие соки» на место».

Авторитет, да и гонорары Парацельса-медика в его эпоху были столь высоки, что подражателей у него была масса. «Ян Баптист ван Гельмонт – последователь Парацельса, видный представитель ятрохимии, перекинул мост между Парацельсом с его приверженцами и существующими натуралистическими школами. В своём стремлении установить связь между природой и духом ван Гельмонт попутно реставрировал мистическую теорию Парацельса. ...В своём трактате он сообщает, что разделяет идею Парацельса: «Человек одарён силой, при помощи которой может оказывать магнетическое действие на других, особенно на больных». В его интерпретации эта сила у некоторых людей достигает таких размеров, что они могут чуть ли не убивать пристальным взглядом. Далее он заявляет, что человек своей волей может придавать лекарствам особую силу».

«Аналогичное высказывание мы находим у средневекового итальянского философа и врача из Милана Пьетро Помпонаци Мантуа (1462-1525): «Легко понять чудесные последствия, способные произойти от доверия и воображения, особенно когда они обоюдны между больным и тем лицом, которое на него влияет. Исцеления, приписываемые некоторым реликвиям, суть действия этого доверия и этого воображения. Злые языки и философы знают, что, если бы на место костей святых были положены кости всякого другого скелета, больные тем не менее выздоровели бы, если бы верили, что приближаются к истинным реликвиям».

В истории становления психотерапии как науки не обойтись и без имени Франца Антона Месмера, немецкого врача и целителя XVIII века. Но в толпе коллег, экспериментирующих с магнитами, он пошёл гораздо дальше механического подражательства. «Месмер прикладывал магниты к обоим вискам головы, на спине накладывал один на другой, а эпилептикам привязывал к подошвам, полагая, что таким образом отвлекает болезнь, как он говорил, «вниз». Однажды, в очередной раз производя процедуру лечения магнитами, Месмер случайно вместо магнита провёл руками от головы больной до её пят и обратил внимание, что эф-

наблюдались судорожные припадки, которые, как мы помним, Месмер называл кризисом, придавая им решающее значение для исцеления. В некоторых случаях это было состояние искусственно вызванного сомнамбулизма, но Месмер, не обращая на это внимание, называл его кризисом. Врачами же этот кризис призна-

морали, и в особенности указывает на опасность прикосновений магнетизёра к различным частям женского тела.

Академик Байи сообщает об интересном феномене: «Магнетизируют неизменно мужчины женщин; разумеется, завязывающиеся при этом отношения – всего лишь отношения между

припадок. В равной степени опасно и зрелище этих припадков вследствие того подражания, которое природа, по-видимому, возвела у нас в закон.

Наряду с этим академики отмечали: «В поисках животного магнетизма удалось изучить действительную власть, которую может иметь человек над чело-

Наследие

От наблюдений к эмпиризму, от эмпиризма к науке

Из очерков по сексологии



фект получился даже выше, чем от магнитов. Значит, решил он, магнит оказывает действие не в силу своих физических свойств, а исключительно в качестве проводника исходящего от человека «магнетического» влияния. Собственно, с этого эпизода Месмер перешёл от практики с магнитом к практике «животного магнетизма»... Заметим также, что если бы Месмер заменял последовательно магнит на другие физические предметы, то увидел бы, что эффект связан не с физическим, а с психическим воздействием, и, может быть, тогда он открыл бы внушение».

Как же проводились сеансы? Вариантов было в достатке. Один из самых практикуемых описывается так: «Следующей была девица Беланкур. Она говорила невразумительно, жаловалась на жестокую головную боль. Месмер провёл палочкой от правой части головы к нижней части живота. Больная зашаталась, задрожала и пожаловалась на сильную боль. Постепенно её лицо озарилось улыбкой, и она оживилась».

Чудеса? Как сказать. Вспомним пуританские нравы «приличного» общества тех времён. Вопросы пола до первой брачной ночи были табу, тайной за семью печатями, что вовсе не отменяло гормональных бурь пубертата, когда, согласно статистическим наблюдениям будущего гения психоанализа и толкования сновидений Фрейда, огурыцы девицам снятся телегами. Теперь представим – у молодой дамы сплошное неясное томление в ночных сумбурных картинках, и тут появляется кудесник, по слухам, с волшебной палочкой (!). Магическим предметом ведёт ото лба вниз, через грудь и живот, пока не упирается им в лono... «У некоторых пациентов Месмера, особенно у нервных женщин,

валясь за истерический припадок в несколько изменённой форме. История медицины показывает, что каждой эпохе присущи свои болезни и своя терапия. Такой практикой у Месмера стал магнит, а болезнью – истерия, особенно свирепствовавшая в XVII-XVIII веках».

Рано или поздно слухи о модной магии доходят до Людовика XVI. Король издаёт указ о назначении комиссии для исследования месмеровского влияния под началом астронома Жана Сильвена Байи. Дело закипает, и вот итог: «Комиссия объяснила все явления следствием «воображения, подражания и прикосновения». Эти три агента несли на себе всю тяжесть ответственности за магнетические феномены. В отчёте говорится: «Воображение и без магнетизма вызывает реакции. Магнетизм без воображения не вызывает ничего». В точку. И можно даже не задаваться риторическим вопросом: что рисовало воспалённое воображение дамам на выданье, когда их «лечили» харизматичные кудесники-самоучки.

Маленький постскрипtum. «К официальному протоколу были присоединены два других, негласных (названных секретными). Публика о них ничего не должна была знать и не узнала». Заголовок второго протокола весьма интригует: «Магнетическое лечение опасно для нравов».

Человеческое, слишком человеческое

Слово вновь М.Шойфету: «Во втором «Секретном докладе» Байи также оспаривает пользу животного магнетизма, но упор делает на его безнравственность. Он обращает внимание короля на опасность, которую животный магнетизм представляет для

врачом и пациенткой, но этот врач – мужчина; как бы тяжела ни была болезнь, она не лишает нас нашего пола и не освобождает нас полностью из-под власти другого пола; болезнь может ослабить воздействие такого рода, но она не способна совершенно его уничтожить... Женщины достаточно привлекательны, чтобы воздействовать на врача, и в то же время достаточно здоровы, чтобы врач мог воздействовать на них, следовательно, это опасно и для тех и для других. Длительное пребывание наедине, неизбежность прикосновений, токи взаимных симпатий, робкие взгляды – всё это естественные и общеизвестные пути и средства, которые испокон веку способствовали передаче чувств и сердечных склонностей. Во время сеанса магнетизёр обыкновенно сжимает коленями колени пациентки: следовательно, колени и другие участки нижней половины тела входят в соприкосновение. Его рука лежит на её подреберье, а иногда опускается ниже, в область придатков...»

Нет ничего удивительного, что чувства воспламеняются... Между тем криз продолжает развиваться, взгляд больной мутнеет, недвусмысленно свидетельствуя о полном смятении чувств. Веки больной прикрываются, дыхание становится коротким и прерывистым, грудь вздымается и опускается, начинаются конвульсии и резкие стремительные движения конечностей или всего тела. У чувственных женщин последняя стадия, исход самого драматического из ощущений, часто заканчивается конвульсиями. Это состояние сменяется вялостью, подавленностью, когда чувства как бы погружены в сон... Поскольку подобные чувства – благодатная почва для увлечений и душевного тяготения, понятно, почему магнетизёр внушает столь сильную привязанность; эта привязанность заметнее и ярче проявляется у пациенток, чем у пациентов, ведь практикой магнетизма занимаются исключительно мужчины. Разумеется, многим пациентам не довелось пережить описанные аффекты, а некоторые, испытав их, не поняли их природы; чем добродетельнее женщина, тем меньше вероятности, что подобная догадка в ней зародится. Немало женщин, заподозрив истину, прекратили магнетическое лечение; тех же, кто о них не догадывается, следует от этого оградить».

И таки надолго оградили. Поскольку «...комиссия считала себя обязанной привести одно весьма важное соображение: «Эти прикосновения могут оказаться вредными, так как из-за них воображение вызывает у пациента

непосредственного вмешательства физического агента. Судя по этому стойкому воздействию, нельзя отрицать наличия некоей силы, которая действует на людей и покоряет их, носителем которой является магнетизёр. Самые простые движения руки и знаки могут производить весьма ощутимые последствия, так что влияние одного человека на воображение другого может быть усовершенствовано до степени искусства, по крайней мере по отношению к таким лицам, которые верят в возможность подобного влияния».

Это далеко не предел

«Во времена Месмера (не говоря уже о более ранних временах) представление о том, что нервные болезни – это происки дьявола, разделяла и академическая наука. Так, профессор Боннского университета Виндшман учил, что «большинство болезней зависит от души, разгорячённой и одичалой под влиянием распутства и страстности, и врач, не знакомый с сущностью и силой экзорцизма, лишён самого важного средства».

Стоит признать, что психотерапия осуществлялась на всём протяжении истории человечества, только человечество не всегда об этом догадывалось. Как сказал о врачах мольеровский герой: «Они занимаются психотерапией, не зная этого».

Кому из коллег доведётся увидеть последнее издание «Психотерапевтической энциклопедии», без сомнения, удивятся – весьма внушительный фолиант. На текущий день этот раздел современной научной медицины насчитывает свыше 500 модальностей, и можно смело полагать, что это далеко не предел.

Ну и в заключение: «Теоретики психотерапии сегодня едины в том, что действие месмеровской техники, бесспорно, основывается на власти суггестии и аутосуггестии и тем самым обладает реальными научно доказуемыми основами. Психоанализ критически отмежевался от суггестивного метода психотерапии. Однако Фрейд всё же базируется на традиции гипнотизма, хотя и пытается преодолеть её своими психоаналитическими методами. Но принципиально он не отделился от своего «дряхлого предка», который оказался тем бездонным карьером, из которого психологи различной ориентации до сих пор черпают свои методики, выдавая за новации».

Юрий СУПРУНОВ,
психотерапевт.

Новосибирск.

Современнику

Современник, привет!
Витой дорожкой
весенней
между сиреней
под тучкою тёмной
с зонтиком...
Из прошлого что я помню? –
мало очень:
на топографической анатомии
подоконник,
на нём серый
том первый
держит фрамугу,
а за ней
дождь.

Кажется, это была осень.
Или весна?
Где мы ещё пересекались?

В памяти тьма.
Или это свет такой яркий?
И мостики на Трубецкой
в парке...

Полагаю, в нас
всё насковзь поменялось:
ни одного атома с тех времён
ни в крови, ни в костях...

Ты узнаёшь себя,
когда смотришь в прошлое?

Я – уже не всегда.
Ты себя называю «она».
Но ведь что-то осталось:
как рёбра
в этом желе –
Она.

Когда мы вспоминаем что-то,
всё заново собирается
с учётом
обстановки,
всех прожитых лет,
дней, событий, людей...
Так что не меняется?
Соотношение времён
и пространств?

Слов недосказанных свет?..
Постоянных переменных
в судьбе
нет?
Но она ему улыбается,
а я – тебе.
Привет!

Скульптура и фрески

Одетый в облако белейшей
белизны,
Подобранное по размеру,
Чтоб прорисован был
рельеф спины,

Сокровенное

Постоянство памяти



Как у Томмазо Кавальери...
О! Микеланджело увидел свет,
В отрядах Спарты,
в войске Менелая,
В ахейских храмах этот силуэт
Воображеньем много повторяя.

И в заключение за алтарём
Капеллы в Ватикане личном
Вписал сангиной, охрой и углём
То, что сказать, пожалуй,
неприлично.

О любви к родине

Вечереет.
И берёзки приуныли
У пруда.
Кротко-мило
На душе.
Словно в храме опустевшем
На иконах камыши,
А по полу всё вода.
Вечереет.
Ни следа
На тропинке
За туманом
Не увидишь.
А когда
За овраг на поле выйдешь,
Обо всём
Живом и миллом

Будет в небе
Чернокрылом
Вышняя звезда.

Препятствие пустоты

Как очнись – уже полдень,
Но я не печалюсь.
Бело-розовый снег лепестков
Под вишнёвым зонтом.
Полосатыми волнами,
С тюлем своим разлучаясь,
Вертикального моря
Летит шторный шторм.

Мерный шорох колёс вдалеке,
Словно в горных утёсах
Водопады рядами по трассе
Бросаются вниз,
На небесно-широких ладонях
Озёр синеоких
Отраженья и крик
От стальных пролетающих птиц.

Всё под новым углом.
И по стенам лениво ступая,
Гравитации новой я пробую
Приторный ком:
Так в подземке июньской
Летя, забывают,
Лепестки забывают,
Каким они были цветком.

Светлана СЕРГЕЕВА

Между возможным и существующим

Мы шли по мосту над рекою,
Как Дафнис и Хлоя, как Парис
и Елена.

Я любовалась тобою.
Новоарбатская Троя
Неприкосновенна.

Мы были два силуэта
На асфальтовой глади
тенистой аллеи
Кутузовского проспекта.
В потоке июльского света
Липы цвели и млели.

Потом мы спускались в подвалы:
Я, словно Орфей, обернуться
не смея.

С плеча Эвридики сползала
В прохладе подвала
Сумка Орфея.

И вон по бульварному кругу
Летели машины, сердце птичкой
билось,

Скорую чуж разлуку.
Кем же мы были друг другу?
Или приснилось...

Перевернутое воспоминание

В небе августа,
В полдень растопленном
солнцем,

Теперь половина луны.
На небесных проулках
Между домами
Жемчужные звёзды видны.
Я иду вниз головой.
Под моими ногами
В плывущей траве
Половина луны,
Что растоплена солнцем.
Обернись! –
И душа обернётся.
А наверх посмотри –
И увидишь на тротуаре,
На перекрёстке
Жемчужные наши следы,
Словно звёзды.
Обернись! –
И душа обернётся

Небом августа,
Светом луны.

Flickers of freedom

Зелёных крыльев изумруды.
Ты в кипарисовой короне.
Волна травы, ветра повсюду,
Цветок жасмина на ладони.

Прозрачно время, быстры ночи,
Песок дороги нескончаем.
Всё временно и всё непрочно
За исключением печали.

Верхний Михайловский, 5

Под клёнами качаясь в гамаке,
Слежу, как плавные пушинки
кружат

Меня, и в неземной реке
Они плывут себе – не тужат.

Там жизнь своя, у этой вышины:
И каждый листик, солнышком
объятый

Повёрнут к небу, мне же –
со спины,
Такой любимый и такой
приятный.

Вот слепок мироздания –
ветерок.
Так ласков, движим целым
миром.

Привет, дружок! Братец твой
Сварог

Не зря. Так дай дыханью силы,

Чтоб у земной тропы в заре
весны
Взлетал и впрямь гамак мой
полосатый

И клён стоял у солнечной стены
Своими листьями
многокрылатый.

ОБ АВТОРЕ. С.Сергеева – невролог, патофизиолог, доцент кафедры патофизиологии Сеченовского университета, член Союза журналистов Москвы. Первые стихи были написаны ещё в школьные годы. Но основную часть жизни всегда занимала медицина: исследования и практика. В 25 лет защитила кандидатскую диссертацию и продолжила научную работу в области изучения закономерностей механизмов восстановления головного мозга после его ишемического повреждения. Автор более 60 научных публикаций.

С К А Н В О Р Д																								
Дорога вдоль фронта	Тропич. цветок	Рим. баснописец	Штат, Бразилия	Очертание	"Вагон третьего класса"	3 фута	Жила в геологии	"Леди Бомж", актриса	Положение тела	Татарский эпос	Газ с аммиачным запахом	Антилопа												
Итал. баритон	Триметазидин	Родственник карпа	Танец (разг.)	Обезьяний хлеб	Сюртук	Расстегай	Кузов автомобиля	Удар (стар.)																
Гнойник	Асада	Дрозд	Корень из 1600	Половик																				
Выкуп за невесту	Малокровие	Кабо-Верде	Изобрел саксофон	Пахарь (стар.)	Туркм. поэт																			
Дата	Пушкин, стих.	Цыганка ...	Бредина	Шостакович, опера	"... Гюнт"	Сев. созвездие	Приток Селенги	Казахские лепешки																
Просьба	Гляди в ...!	Отара	Сверло	Р П К С М Е Х	И	Б	Р	А	Т	С	К													
Автор Валерий Шаршуков	Часть зарплат	Реальность	Канистра	М	Ы	Л	О	У	Р	П	Г	А	Р	М	О	Н	Ь	У	Ш	Л	А	Л		
				Т	А	Л	Ь	К	О	М	Р	Ф	Е	О	К	Р	И	Т	Л	И	С	Т	О	К
				К	Р	Э	Н	Д	Б	У	Б	А	Л	Р	П	У	К	А	У	Х	А			
				Ц	И	К	Л	О	П	У	Ж	А	С	С	И	Р	О	П	Ш	Т	О	Л	К	А
				О	Б	О	Р	Н	Л	И	Х	О	О	П	А									
				Р	У	К	Б	А	Х	С	Т	Е	Н	Л	А	З	Е	Р						
				С	Т	А	Ф	Т	Т	А	Т	Ь	А	Н	К									

Ответы на сканворд, опубликованный в № 33 от 24.08.2022.

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

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

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

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

Отпечатано в ОАО «Московская газетная типография». Адрес: 123022, Москва, ул. 1905 года, д. 7, стр. 1. Заказ № 1593. Тираж 13 940 экз. Распространяется по подписке в Российской Федерации и зарубежных странах.

