

Медицинская

16 июня 2023 г.
пятница
№ 23 (8092)

Газета®



ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ВРАЧЕБНОЕ ИЗДАНИЕ

Основано в 1893 году. Выходит один раз в неделю.
Распространяется в России
и других странах СНГ

www.mgzt.ru

Выпускников медколледжей стало значительно больше, но обеспеченность сестринскими кадрами сократилась.

Стр. 6-7

Военно-полевая оториноларингология сегодня.

Стр. 10

От самолечения страдают здоровье пациента и бюджет РФ, выигрывает только бизнес.

Стр. 12

Признание

Объединиться и выстоять

Специальная военная операция требует концентрации сил



Мы часто слышим о подвигах военных, но нельзя забывать и о медиках, выполняющих свой долг на передовой. Каждый день рискуя жизнью, они спасают не только раненых солдат, но и мирных жителей. Чтобы отметить их труд, Профсоюз работников здравоохранения РФ учредил новую медаль, которая вручается за оказание медицинской помощи в зоне специальной военной операции – «За самоотверженность и профессионализм».

Впервые награда вручена в Саратове на концерте «Люди в белых халатах». Её получили первые 16 медицинских работников. Председатель Профсоюза работников здравоохранения РФ Анатолий Домников отметил, что, когда началась специальная военная операция, на волне самоотверженности и самопожертвования огромное число коллег ушли добровольцами. «Мы не оставили без поддержки семьи участников СВО. Организовали гуманитарную помощь. Практически каждый регион страны отвечает за какой-либо город в Донецкой и Луганской народных республиках. Всегда хочется сказать спасибо людям за патриотизм, поэтому нами учреждена и разработана награда. Она получилась красивой. Вручать её будем коллегам, которые выпол-

А. Домников награждает Р. Акпасову

няли свой долг в зоне СВО», – подчеркнул А. Домников.

Одной из награждённых стала врач УЗИ-диагностики Саратовской городской детской поликлиники № 8 Рауза Акпасова. На её счету сотни обследованных детей в возрасте от 3 до 18 лет. «Мы выезжали в составе мобильной бригады на территорию Луганской Народной Республики и были в разных городах – Краснодоне, Алчевске, Славяносербске и др. Проводили профилактический осмотр детей. Думаю, мы справились с поставленной задачей достойно», – сказала Р. Акпасова. По её словам, в целом всё прошло хорошо. Условия – неплохие, люди встречали медиков с радостью, благодарностью. Были выявлены единичные случаи запущенных патологий, причиной чему стали военные действия, начавшиеся в 2014 г., когда проведение медицинских осмотров стало невозможным. Таких детей направляли на дальнейшее лечение в региональные или федеральные центры.

На вопрос, как родные и друзья восприняли командировку в зону СВО, Рауза ответила, что переживали, ведь никто не знал и не представлял, в каких условиях придётся работать, но в итоге задача была выполнена, и все вернулись домой. «Если скажут, что надо поехать ещё раз – поеду», – подытожила Р. Акпасова.

Спасение более 20 человек личного состава при обстреле пригранич-

ных территорий, участие в обмене пленными, когда порядка 200 наших военнослужащих вернулись домой, может показаться, что после всего перечисленного на сцену за наградой поднимется сильный молодой парень, но... Всё это оказалось под силу заведующей службой медицины катастроф и санитарной авиации Белгородской области Лидии Потаповой. Впервые в зоне СВО она оказалась в конце февраля 2022 г. Круг задач был огромен и главная из них – организация экстренной медицинской помощи военным и гражданским. «Налаживали связь, работу. Изначально организовывали трассовые пункты, где забирали пострадавших и довозили их до стационара. По сути, мы были главной площадкой, куда попадали люди после ранений. Наша задача – стабилизировать состояние пациента и доставить его в стационар. Также оказывали помощь при транспортировке раненых до самолётов. Принимали участие в обмене пленными. Сопровождали украинских и наших солдат, которым нужна медпомощь. Очень сложно психологически участвовать в таких мероприятиях. Там люди, которым нужна помощь. Делить на своих и чужих не приходится», – отметила она.

(Окончание на стр. 2.)

Дорогие друзья!

Сердечно поздравляю вас с профессиональным праздником – Днём медицинского работника!

Медики выбирают профессию осознанно, посвящая свою жизнь благородному делу сохранения здоровья и жизни пациентов, дарят надежду и будущее каждому, кто нуждается в помощи!

Благодаря поддержке Президента и Правительства РФ возможности российской медицины растут. Полным ходом идёт реализация национальных проектов «Здравоохранение» и «Демография», улучшается инфраструктура медицинской службы, повышается доступность и качество медицинской помощи, обеспечивается жителям разных регионов нашей необъятной страны доступ к передовым медицинским технологиям. И люди видят эти изменения!

Но главной движущей силой, основой всей системы здравоохранения несомненно являетесь вы – медицинские работники, ваш профессионализм, стремление постоянно улучшать свои знания, стремление помогать людям! Вы совершаете медицинские подвиги, каждый раз доказывая всему миру, что невозможное – возможно. Вместе мы выстояли и победили пандемию новой коронавирусной инфекции, сохранив сотни тысяч человеческих жизней. Сейчас перед медицинским сообществом новые вызовы – необходимо обеспечить доступность всей необходимой медицинской помощи жителям новых российских регионов. Уже сегодня медики из разных концов нашей страны оказывают помощь на Херсонщине и в Запорожской области, в Луганской и Донецкой народных республиках, помогают раненым бойцам, участникам специальной военной операции, местным жителям, детшкам.

Спасибо вам за верность профессии, за ваш самоотверженный труд, за спасение жизней, исцеление от болезней, за то, что дарите надежду на жизнь.

От всей души поздравляю всех работников системы здравоохранения!

Желаю новых профессиональных успехов, неисчерпаемой энергии, благополучия вашим близким и, конечно, каждому из вас крепкого здоровья!

Михаил МУРАШКО,
министр здравоохранения РФ.

Уважаемые коллеги!

Выбрав медицину делом своей жизни, вы встали на трудный, ответственный и благородный путь служения людям и Отечеству. Он требует постоянного развития и совершенствования, самопожертвования и душевной щедрости. На вызовы времени вы отвечаете невероятной силой духа, отвагой и героизмом.

Особые слова благодарности хочу сказать врачам, медсёстрам и фельдшерам, которые самоотверженно трудятся в новых регионах Российской Федерации, спасают жизни защитников Родины, оказывают медицинскую помощь гражданам населения – как взрослым, так и детям.

Медицина с каждым годом становится всё более высокотехнологичной, но это никогда не заменит душевных качеств врача, которому люди доверяют самое ценное – здоровье и жизнь.

Примите самые добрые и сердечные поздравления с нашим профессиональным праздником – Днём медицинского работника!

Вероника СКВОРЦОВА,
руководитель ФМБА России.

ОСОБЫЕ УСЛОВИЯ

Сармат ТЕМЕСОВ

Травматолог-ортопед, старший научный сотрудник Научно-практического центра хирургии, кандидат медицинских наук:

Однозначно, военные кафедры восстанавливать нужно. И не только потому, что военно-полевая медицина – это серьёзный самостоятельный раздел, его на бегу осваивать сложно будет. На военной кафедре воспитывают в человеке патриотизм, ты Родине присягаешь, а это немаловажно.



Стр. 5

Новости

Рак — по анализу мочи

Российские учёные готовы разработать тест-систему, которая сможет по анализу мочи заподозрить у пациента заболевания мочеполовой системы, в том числе онкологические. В качестве биомаркера в тест-системе предлагается задействовать белок сурвивин — ингибитор апоптоза. Его повышенное содержание обнаруживается во многих типах опухолей, что делает этот белок перспективной мишенью для разработки диагностических и терапевтических методов.

Группа специалистов из Института биофизики Сибирского отделения РАН, Красноярского краевого онкологического диспансера им. А.И.Крыжановского и Красноярского государственного медицинского университета им. В.Ф.Войно-Ясенецкого завершила исследование диагностической и предикторной значимости онкомаркера сурвивина (BIRC5) при раке мочевого пузыря. В результате установлено, что определение сурвивина в моче позволяет дифференцировать пациентов с раком мочевого пузыря и здоровых людей с чувствительностью 67% и специфичностью 100%.

Повышенное содержание этого белка обнаружено в образцах пациентов с воспалительными заболеваниями, доброкачественными гиперплазиями и злокачественными опухолями мочевого пузыря. Таким образом, сурвивин показал себя как хороший предикторный маркер, и это даёт возможность использовать его при создании недорогой отечественной тест-системы для быстрой и неинвазивной диагностики указанных заболеваний.

Учёные называют её «аларм» тест-системой и считают очень перспективной: простую в применении тест-систему можно будет задействовать в скрининговых исследованиях в группах высокого риска, например, среди работников вредных производств, курящих и возрастных пациентов.

Елена СИБИРЦЕВА.

Спасли мужчину с 16-кратной
остановкой сердца

Команда врачей Республиканской клинической больницы Татарстана спасла жизнь 49-летнему жителю Казани. Мужчина почувствовал боль в сердце, когда забирал ребёнка из школы, и обратился в ближайшую амбулаторию. Там ему оказали первую помощь и на машине «скорой» увезли в РКБ. В приёмном покое у казанца пропало давление и ритм, потребовалась реанимация. Медики быстро оказали всю реанимационную помощь и завезли его в операционную. Мужчину пришлось реанимировать 16 раз, в том числе во время операции, каждый раз используя дефибриллятор.

Рентгенохирургам удалось поставить 2 стента, а врачам отделений реанимации и интенсивной терапии № 3 и кардиологии стабилизировать состояние пациента в течение недели. На днях мужчину в удовлетворительном состоянии выписали домой, сообщили в больнице.

Сергей ФЁДОРОВ.

Республика Татарстан.

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

Слово о газете

У редакции всегда своя позиция

Наш университет с «Медицинской газетой» дружит давно. И Николай Дмитриевич Ющук, и Евгений Иванович Соколов — предыдущие ректоры — считали газету важнейшим рупором для достижений как вуза, так и медицины в целом. Такая традиция продолжается.

Газета действительно авторитетна и читаема: после любой интересной статьи, удачного интервью нам звонили коллеги из разных уголков страны с откликами и обсуждением затронутых в материалах тем.

Именно с «Медицинской газетой» всегда есть обратная связь. Другие периодические издания, скажем не совсем специализированные, не так глубоко погружены в медицинскую проблематику.

Так что, если хочешь донести информацию до конкретной аудитории, всегда пиши в «МГ». Именно так мы всегда сотрудничаем. Думаю, что за многие десятилетия не только у нашего университета, но и у всего медицинского сообщества сложилось хорошее отношение к этому изданию.

Газета всегда подходила к освещению самых злободневных, интересных тем, не избегая острых углов, но и не скатываясь при этом до уровня жёлтой прессы. Обсуждая даже очень непростые темы, корреспонденты всегда старались найти баланс между позитивом и критикой, соблюдая уважение к другим коллегам.



А самое главное: у редакции всегда есть своя позиция, а не просто мнение экспертов.

Это профессиональное издание поступало и в Министерство здравоохранения РФ, и в правительство, что позволяло и позволяет транслировать информацию не только для медицинского сообщества, но и достигаться, как говорится, до власти, обозначить своё понимание происходящего.

Искренне желаю миллионных тиражей этому замечательному изданию!

Олег ЯНУШЕВИЧ,
ректор МГМСУ
им. А.И.Евдокимова,
главный стоматолог
Минздрава России,
академик РАН.

Ситуация

Без выходных и праздников

Фельдшер в горном селе — почти врач общей практики

Работа в фельдшерско-акушерских пунктах в горах всегда была сложной и напряжённой. В отдалённых районах добраться до больницы или дожидаться скорую помощь — зачастую потерять драгоценное время.

От своевременно предпринятых мер зависят последствия заболевания и результаты лечения. Именно поэтому для жителей сельских районов ФАП — это основная возможность получить экстренную помощь, проконсультироваться. Медицинских работников, которые трудятся в этих форпостах медицинской помощи, знает буквально каждый житель. Особенно, если в ФАПе работают опытные и квалифицированные специалисты. В этом смысле жителям села Хубар Казбековского района Республики Дагестан повезло. Здесь на протяжении 40 лет трудится Сайбика Шахбанова.

После окончания Буйнакского медицинского училища она 3 года работала в районной поликлинике. Затем её перевели в ФАП, заведующей которого она сейчас является. В зоне её ответственности 1925 человек, 346 из которых дети. Отметим, что население горного района увеличивается. «По сравнению с работой в поликлинике могу сказать, что в ФАПе работа очень трудная. Для нас нет выходных и ночей», — отметила С.Шахбанова. И действительно, сложно не согласиться с ней. Медицинская помощь может потребоваться в любую минуту. Это высокогорное село, которое связывает с райцентром



грунтовая дорога, проходящее по серпантину, и зимой её не всегда можно быстро расчистить от снега и льда.

«В наши обязанности также входит консультирование жителей и вакцинация. Что касается лекарственных средств, то у нас их получают обратившиеся только для оказания помощи, в остальных случаях препараты выписывают врачи и узкие специалисты», — уточнила заведующая ФАПом.

С.Шахбанова смогла реализовать не только как настоящий профессионал своего дела, но и как хорошая мама — она воспитала двух детей. На вопрос, выбрал ли кто-то из них медицину своей профессией,

Сайбика Исубсидиковна ответила, что нет. В этот момент в её глазах можно было прочитать, что дети как никто знают о сложностях такой работы. Для того чтобы связать свою жизнь с медициной, необходимо в первую очередь призвание. Слишком сложный путь нужно пройти, чтобы стать профессионалом. Да и работа очень ответственная, требующая в некоторых случаях самопожертвования. Когда же профессия выбрана самостоятельно, любимишь своё дело, то становишься профессионалом, каким и является С.Шахбанова.

Андрей ДЫМОВ.

Фото автора.

Профилактика

Президент России Владимир Путин объявил 2022-2031 г. Десятилетием науки и технологий. Первоочередной задачей является привлечение талантливой молодёжи в сферу исследований и разработок. Важным фактором эффективной интеграции молодых учёных в мировое образовательное, научно-технологическое пространство является построение эффективной коммуникации, обмен знаниями, технологиями, сотрудничество между различными вузами России.

Установить контакты с коллегами по науке очень креативным способом решили в Национальном научно-исследовательском институте общественного здоровья им. Н.А.Семашко, где реализуют проект «Вместе в науку». Для этого была выпущена серия почтовых открыток с изображением плакатов, посвящённых здоровому образу жизни.

Как рассказала председатель совета молодых учёных Анна Воробьёва, эти открытки по-своему уникальны: на них изображены пла-

Вместе в науку



каты из самой известной советской агитационной серии «Окна РОСТА». Даже через 100 лет, а именно столько лет назад они были выпущены, эти рисунки не теряют своей актуальности. Их оригиналы хранятся в Российском музее медицины, который является партнёром совета. На обратной стороне — обращение к таким же молодым учёным, как

и авторы проекта, с призывом о сотрудничестве.

«Мы хотим, чтобы молодые учёные со всей страны получили эти открытки и откликнулись на наш призыв, стали нашими друзьями в соцсетях, участвовали в наших мероприятиях. Давайте вместе сделаем нашу российскую науку самой молодой в мире!» — подчёркивает она.

Межвузовское сотрудничество уже выросло в первый серьёзный проект. Молодые учёные договорились о проведении межрегиональной научно-практической конференции студентов и молодых учёных «Междисциплинарный подход к реабилитации: задачи и перспективы», которая прошла в Ивановской области и объединила более 100 представителей из вузов, колледжей, медицинских организаций России.

Наиля САФИНА,
внешт. корр. «МГ».

Признание

(Окончание. Начало на стр. 1)

Но на этом её командировки в зону СВО не закончились. Она постоянно выезжает туда для налаживания взаимодействия. Например, не так давно в составе бригады проходила стажировку в центре донечкой медицины катастроф.

«Очень приятно получить медаль. Это для меня стало неожиданностью. Ведь нам просто хотелось идти и помогать, даже мысли о наградах не было», — сказала Л.Потапова.

Любые боевые действия — это, к сожалению, и погибшие люди. И то, при каких обстоятельствах произошла смерть, необходимо

Объединиться и выстоять

устанавливать независимо от ситуации. Заведующий межрайонным патологоанатомическим отделением Новочебоксарска, председатель Республиканского бюро судебно-медицинской экспертизы Чувашской Республики Сергей Ахметзянов дважды был в командировке в зоне СВО: в 2022 г. — в Мариуполе, а в 2023 г. — Луганске. «В составе медицинского подразделения мы выполняли задачи, связанные с нашими функциональными обязанностями. Специфика особенная, но это наша работа», — уточнил он. И подчеркнул,

что эта награда — знак уважения всем тем, кто трудится в зоне СВО, и получать её очень волнительно.

Первые медали «За самоотверженность и профессионализм» вручены. Но Профсоюз работников здравоохранения РФ решил не ограничиваться этим. По заверению А.Домникова, наградами будут отмечены все те, кто проявил себя при работе в зоне СВО.

Сергей БУДАЧЕНКОВ,
спец. корр. «МГ».

Саратов — Москва.

Фото автора.

Назрары

Лауреатами Госпремии стали учёные-врачи

В День России Президент РФ Владимир Путин вручил Государственные премии РФ в области науки и технологий за 2022 г. Звания лауреатов премии были удостоены три группы учёных, в том числе два коллектива учёных-медиков.

За цикл фундаментальных и прикладных работ по разработке и внедрению в практику перинатологии, онкологии и репродуктивной медицины персонализированных методов диагностики, профилактики и терапии Госпремии удостоен коллектив учёных из Национального медицинского исследовательского центра акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И.Кулакова Минздрава России. Это директор НМИЦ академик РАН Геннадий Сухих, директор института онкогинекологии и маммологии НМИЦ академик РАН Левон

Ашрафян и директор института репродуктивной генетики центра член-корреспондент РАН Дмитрий Трофимов.

За научное обоснование и внедрение в клиническую практику концепции минимально инвазивного хирургического лечения онкологических заболеваний органов брюшной полости и забрюшинного пространства премию получили три академика РАН – заведующий кафедрой урологии Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И.Евдокимова Дмитрий Пушкар, директор Московского клинического научно-практического центра им. А.С.Логинова Игорь Хатьков и главный врач городской клинической больницы им. С.П.Боткина Москвы Алексей Шабунин.

– Все вы смогли достичь вершин в своём призвании, творчестве, профессии, стать

примером целеустремлённости, сильного, волевого характера и душевной щедрости. Благодарю вас за доблестное служение Родине, людям и нашему обществу, – сказал В.Путин на церемонии вручения знаков лауреатов госпремий.

Он отметил, что отечественная наука, её знаменитые школы, новаторские идеи и выдающиеся достижения – общенациональное достояние и предстали лауреатов. Г.Сухих, Л.Ашрафян, Д.Трофимов – крупные учёные, блестящие врачи и прогрессивные управленцы, они внесли огромный вклад в развитие репродуктивной медицины. Их работа – убедительный пример того, как идеи, подкреплённые фундаментальными исследованиями, за короткое время находят практическое применение. Они доказали, что на основе открытий в генетике, молекулярной и клеточной биологии

можно действительно совершать настоящие чудеса, одолеть недуги, помочь женщинам познать счастье материнства, принести радость во многие семьи.

Д.Пушкар, И.Хатьков и А.Шабунин добились большой эффективности в лечении онкологических заболеваний. Предложенные ими методы лечения несут прорывной характер и, главное, являются более щадящими для пациентов, что ускоряет их восстановление и возвращение к нормальной жизни.

Лауреатом Госпремии за выдающиеся достижения в области правозащитной деятельности стала эндокринолог Ольга Демичева. Она более 30 лет проработала в ГКБ № 11 Москвы, инициировала создание на её базе первого в России Центра паллиативной медицины. С 2020 г. возглавляет благотворительную организацию «Справедливая помощь Доктора Лизы». О.Демичева значительно активизировала работу по помощи детям Донбасса, сама много раз посещала этот регион, где провела более 600 приёмов и консультаций.

Павел БАЛАГИН.

Уважаемые медицинские работники!

Поздравляю вас с профессиональным праздником, который по праву стал всенародным!

Ваша профессия требует не только глубоких знаний, но и чуткости, терпения и душевной теплоты. Вы каждый день помогаете людям, лечите их и делаете всё возможное, чтобы вернуть им здоровье и жизнь. Вы являетесь героями нашего времени, и мы глубоко уважаем и ценим вас за это.

Позвольте выразить признательность организаторам здравоохранения, врачам, медицинскому персоналу за неутомимый благородный труд, самопожертвование, любовь к людям, преданность своей профессии. Особенная благодарность тем, кто и в праздничный день находится на своём посту – дежурит в больницах, родильных домах, бригадах скорой помощи и других медицинских учреждениях.

Желаю вам крепкого здоровья, успехов в работе, благополучия и личного счастья. Пусть каждый день будет наполнен радостью и удовлетворением от результатов вашего труда!

Илья БАЛАНИН,
председатель Федерального фонда ОМС.

* * *

Дорогие медики, наши друзья и коллеги!

Сегодня, в преддверии Дня медицинского работника, редакция газеты обращается к вам всем, кто встречает наше появление в этот мир, оберегает нас от болезней, врачует наши тела и души. Разрешите поздравить вас с наступающим профессиональным праздником!

Вы сохраняете и возвращаете здоровье – ценность, которую трудно выразить словами.

Сегодня мы живём в век доказательной медицины, когда опытными и знающими медиками на основе многовекового опыта созданы подробнейшие клинические рекомендации и математически выверена результативность того или иного вмешательства. Искусственный интеллект интегрирует целые библиотеки научных знаний, способен ставить диагноз и рекомендовать лечение. Но могут ли эти сверхмощные компьютерные процессоры с терабайтами-экзасбайтами памяти заменить вас? Конечно нет! Без сопряжения с вашим интеллектом, волей и сопереживанием техника не многого стоит. Она останется бесплодной, если, как считал медик-литератор В.Вересаев, у врача нет способности покорять душу больного. Желаем, чтобы эта способность никогда вас не покидала!

Редакция «МГ».

Официально

За службу детству безупречную

Педиатрическое сообщество может гордиться своим лидером. Президент Союза педиатров России, заведующая кафедрой факультетской педиатрии педиатрического факультета РНИМУ им. Н.И.Пирогова, академик РАН, заслуженный деятель науки РФ Лейла Намазова-Баранова награждена орденом «За заслуги перед Отечеством» IV степени.



помощи (что оказало положительное влияние на основные показатели состояния здоровья детей), глубокий исследователь и новатор (автор более чем 1,5 тыс. научных работ, множества книг и патентов на изобретения), принципиальный педагог (под её руководством защищены 12 докторских и 53 кандидат-

ских диссертаций) – послужной список можно было бы продолжать долго. Окончив с отличием в 1987 г. Второй Мед (ныне РНИМУ им. Н.И.Пирогова), Лейла Сеймуровна и сегодня, будучи уже заведующей кафедрой в этом же вузе, старается всё делать на отлично: и возложенные на неё обязанности исполнять, и общественной работой заниматься, и науке служить. Кстати, за внедрение и масштабирование технологии медицинской коррекции спастичности ботулотоксином под ультразвуковым контролем у детей с ДЦП Л.Намазова-Баранова с группой своих учеников в 2016 г. была отмечена Премией Правительства РФ.

Её фундаментальные научные исследования посвящены приоритетным проблемам детской аллергологии и клинической иммунологии, иммунопрофилактики, специфической иммунотерапии, актуальным вопро-

сам педиатрии. Она является основоположником изучения цитокинового статуса и медиаторных взаимодействий у детей с аллергией и обоснования применения цитокиновой и антицитокиновой терапии в педиатрии. Под её руководством разработаны и внедрены в практику новые организационные, профилактические, лечебные и реабилитационные технологии в детской аллергологии, создан ряд образовательных программ для родителей и, конечно, врачей. Еженедельные «Педиатрические субботы» – постоянно действующий цикл вебинаров – хорошо известны детским докторам и всегда востребованы.

Свободно владея английским, французским и немецким языками, Л.Намазова-Баранова находится на одной волне с зарубежными коллегами, а зачастую на самом её гребне, при этом не забывая подчёркивать достоинства российской системы охраны здоровья детей.

Валентина ЕВЛАНОВА,
корр. «МГ».

Подписка-2023

2023 Подписные Издания

ПОЧТА РОССИИ Газеты Журналы Альманахи Книги

2 полугодие

Официальный каталог Почты России на второе полугодие 2023 года

Все 6000 изданий (полная номенклатура) представлены на сайте podpiska.pochta.ru

8 800 800 80 80

Уважаемые читатели!

Оформить подписку на «Медицинскую газету» можно, воспользовавшись каталогами:

Подписные издания

- ✓ Официальный каталог «Почта России» на второе полугодие 2023 г.
- ✓ Электронный каталог «Почта России».

Подписные индексы:

ПН014 – на месяц.

- ✓ Каталог периодических изданий – газеты и журналы, второе полугодие 2023 г. («Урал-Пресс»).

Юридические лица могут подписаться через отделы подписки региональных почтамтов.

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

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

КАТАЛОГ
периодических изданий
газеты и журналы

II полугодие 2023 года

30 лет со свободной прессой

Избранные издания для бизнеса

Фильм «Вызов» явился главной премьерой весеннего киносеzona. В основе сюжета – космос, достижения отечественной техники и образ врача с большой буквы... Когда задумывался сценарий, пандемия была в разгаре. Наверное, поэтому главной героиней выбрана была торакальный хирург. Её наставник, руководитель центра вызывает не меньшее уважение за преданность профессии, эрудицию и готовность брать на себя ответственность в любой ситуации.

Конечно, кино не может быть точной копией жизненных и профессиональных историй – искусство неминуемо без художественного вымысла. Но в профессиональный праздник медицинских работников можно поговорить и о прототипах. Мастера и наставники в торакальной хирургии известны профессиональному сообществу. Среди них выделяется академик РАН Герой Труда Российской Федерации Владимир Порханов, который сумел стать легендой при жизни. Почти два десятилетия он возглавляет НИИ – Краевую клиническую больницу № 1 им. С.В.Очаповского (Краснодар). При этом продолжает активно оперировать, несмотря на возраст. И постоянно учится новому, регулярно штудирует свежие номера отечественных и зарубежных медицинских изданий. Сотни различных историй могут рассказать его коллеги про клинические случаи, истории трудных спасений. Его по праву можно считать лучшим наставником для молодых хирургов по этой сложной специализации.

День Владимира Алексеевича очень насыщен. В нём каким-то непостижимым образом находится время на сложные операции, встречи с высокопоставленными людьми, обсуждение важных управленческих решений. И каждый день планёрка одной из самых крупных больниц страны начинается в 7:30. Владимир Алексеевич умеет метко и остро пошутить, задать неожиданный вопрос, удивить своей харизматичностью, быть всегда подтянутым...

Наша коллеги

Самостоянье человека — залог величия его...

В России 2023 год объявлен Годом наставника

Наша встреча с ним проходила у операционного стола. Переодеваюсь в хирургический костюм, медсестра отводит в одну из десятков операционных в больнице. Владимир Алексеевич работает скальпелем. Расширители грудной клетки, зажимы, открытое лёгкое, указания ассистентам и, между делом, ответы на вопросы журналиста. Прошу его пояснить, какое вмешательство он завершает.

– Лобэктомия с лимфодиссекцией, – отвечает он. – Операция проходит штатно. Пациенту 57 лет. Он трудится рабочим на металлургической базе. Хорошие шансы, что и послеоперационный период пройдёт гладко. Мне ассистируют два хирурга, стандартная бригада. Операция уже заканчивается, она заняла чуть менее 2 часов.

В этот момент А.Порханов отходит от стола. Медсестры помогают ему снять фартук и надеть новый. Перчатки. Он идёт в следующую операционную, которая находится через стену. В ней такое же современное оборудование и огромный монитор на стене. Сосредоточенный персонал, ведь оперировать будет главный врач, а это двойная ответственность. Большой тяжёлый, рак лёгких.

– Владимир Алексеевич, вы фильм «Вызов» смотрели?

– Не очень внимательно, на ходу.

– Понравился?

– Краснодарский хирург, который был одним из претендентов на полёт в космос? Не очень. Наши ребята более подтянутые и спортивные... Но в целом, неплохая



попытка популяризировать профессию врача и объяснить людям непосвящённым, насколько она сложная и ответственная.

– Раз «попытка», значит, не всё удало режиссёру?

– Зачем критиковать чужой труд? Современную молодёжь очень трудно расшевелить. Мы читали книги, стремились быть лучшими. Сейчас другое время. Надо пользоваться таким инструментом, как кино. Голливуд очень способствовал величию США. Если, посмотрев космические пейзажи и малоинвазивную операцию в неприспособленных условиях, кто-то из молодых зрителей задумается о том, как много надо знать, чтобы быть торакальным хирургом, – хо-

рошо. А если ещё и поймёт, какую технику способны создавать наши инженеры, – вообще прекрасно. Без патриотизма, любви к профессии достичь высот в специальности очень трудно. Помните, как у Пушкина? «Самостоянье человека – залог величия его»...

Равнодушие и пассивность – это явно не про В.Порханова. Для журналистов он как собеседник – настоящая находка. Даже его краткий комментарий позволяет разобраться в сложной ситуации.

Владимир Алексеевич не только хирург с большой буквы, но и человек, умеющий увлечь за собой уникальный по уровню профессионализма коллектив НИИ – ККБ № 1, формированию которого он

посвятил почти 20 лет своей жизни. Под его руководством больница с 200-летней историей стала не только крупнейшим на сегодня лечебным центром Юга России, но и клиникой мирового уровня, где выполняют более 67 тыс. сложнейших операций в год, принимают почти 800 тыс. пациентов, а её врачебные бригады совершают свыше 3 тыс. выездов в районы края. Сейчас здесь проходит самая масштабная за последние 10 лет реконструкция, которая позволит сделать новый рывок в качестве медицинской помощи.

Дети академика тоже выбрали врачебную профессию и уже многого в ней достигли. Старшая дочь – доктор медицинских наук, ведущая гинекологическим отделением в краевом клиническом онкодиспансере № 1, младшая – офтальмолог, кандидат медицинских наук. Старшая внучка окончила аспирантуру в Сеченовском университете, кандидат медицинских наук, руководит рентгеновским отделением в московской детской Морозовской больнице. Владимир Алексеевич придерживается принципа – не работать в одном учреждении с детьми и внуками. Поэтому они стали мастерами самостоятельно и продолжают дело своего знаменитого отца и деда.



Алексей ПИМШИН.
Краснодар.

Фото автора.

Тенденции

В подмосковной Дубне прошла коллегия ФМБА России «Промышленная медицина – основа трудового долголетия». На два дня наукоград превратился в площадку для обсуждения эффективных механизмов развития промышленной медицины в России. В центре внимания – вопросы персонального медицинского сопровождения работников, диагностики, профилактики, лечения профзаболеваний, современных подходов к медицинской реабилитации и санаторно-курортному лечению, внедрению современных цифровых технологий.

«Мощь любого государства определяется людьми, а всю ответственность за здоровье и благополучие детей и старшего поколения берут на себя люди трудоспособного возраста. Поэтому именно их состояние здоровья, показатели, связанные с частотой заболеваемости, со смертностью, определяют состояние здоровья всей нации», – отметила руководитель ФМБА России Вероника Скворцова.

В Дубне реализован пилотный проект по созданию первого в нашей стране современного комплексного центра промышленной медицины. Он является эталонной моделью охраны здоровья сотрудников промышленных предприятий. Особое внимание уделяется внедрению в работу центра электронных систем управления потоками пациентов с помощью электронных браслетов и QR-кодов. Это сокращает время прохождения диспансеризации до 1,5 часа одного дня и увеличивает количество одновременно обследуемых пациентов до 40 человек.

Современный эталонный образец

Модель промышленной медицины ФМБА России доказала свою эффективность и может быть масштабирована на всю страну



«Именно в Дубне, совместно с Объединённым институтом ядерных исследований, мы сумели создать первый центр промышленной медицины, где есть всё необходимое для того, чтобы с применением современных цифровых технологий проводить и профилактику, и раннее выявление заболеваний, и диспансерное наблюдение, и, самое главное, лечение на всех этапах, включая реабилитацию, в том числе на дому. Модель промышленной медицины ФМБА России доказала свою эффективность и может быть

масштабирована на всю страну», – заявила глава агентства.

В ходе рабочего визита в Дубну руководитель ФМБА России открыла «Цифровой здравпункт», оснащённый современным медицинским оборудованием, с возможностью дистанционной передачи данных в режиме реального времени профильным специалистам для анализа и расшифровки. Он обслуживает 161 предприятие, на которых в общей сложности трудятся 6,5 тыс. человек. «Цифровой здравпункт» является оптимальным

решением для промышленных предприятий, сотрудники которых нуждаются в проведении предсменных, предрейсовых и послерейсовых медицинских осмотров, включая предсменное психофизиологическое обследование. Проведение осмотра занимает менее 15 минут. Здравпункт работает в две смены, за смену проходят обследование до 60 человек.

Кроме того, на базе Медико-санитарной части № 9 ФМБА России в Дубне был открыт современный сосудистый центр регионального уровня с ангиографией, рентгено-эндovasкулярной хирургией, реанимацией, трёхэтапной реабилитацией, а также отделением гемодиализа. Он станет обслуживать не только 75-тысячное население Дубны и работников всех предприятий особой экономической зоны, но и север Подмосквья и ряд районов Тверской области. Уже сейчас центр будет обслуживать 280 тыс. человек, а в летний период – до 800 тыс.

Открытие сердечно-сосудистого центра и внесение изменений в приказ Минздрава Московской области по маршрутизации пациентов позволит оказывать в Дубне своевременную качественную медицинскую помощь по профилям «неврология» и «кардиология».

В расширенном заседании коллегии приняли участие директор Объединённого института ядерных исследований Григорий Трубников, первый заместитель Комитета Гос-

думы РФ по охране здоровья Леонид Огуль, заместитель директора Департамента здравоохранения Правительства РФ Денис Рошин, заместитель генерального директора госкорпорации «Росатом» Александр Назаров, вице-президент Российского союза промышленников и предпринимателей Виктор Черепов, заместитель губернатора Нижегородской области, министр здравоохранения региона Давид Мелик-Гусейнов, заместитель директора Департамента кадровой политики госкорпорации «Росатом» Мария Калинина, заместитель генерального директора особой экономической зоны технико-внедренческого типа «Дубна» Роман Хомяков. Все выступавшие отметили успешный опыт ФМБА России в развитии промышленной медицины и поддержали идею о его распространении не только в масштабах государственного здравоохранения, но и в системе частного предпринимательства и крупных бизнес-структур.

Ярким и эмоциональным завершением дня стала торжественная церемония награждения работников системы ФМБА России. Среди них были те, кто отдал служению общественному здоровью более 60 лет, специалисты, работающие в составе сводных мобильных медицинских отрядов, а также представители стратегических партнёров агентства.

Александр МЕЩЕРСКИЙ.

– Сармат Алимбекович, зачем вам это?

– Странный вопрос. Я же врач, а врачи на войне нужны в большом количестве. Могу сам оперировать, могу помогать коллегам оперировать, в конце концов, просто каталки с ранеными по больнице возить, если надо.

Солдаты же идут воевать не за награды, а за идею, так надо ли из врачей героев создавать? Не думаю. Мы просто делаем то, что должны делать.

– Как руководство клиники относится к тому, что вы периодически уезжаете в зону СВО?

– Нормально относится, с пониманием, тем более что я не в командировку езжу, а либо в плановый отпуск, либо беру дни за свой счёт. Поскольку у нас не скорпомощная больница, всегда можно договориться с пациентами и немного сдвинуть график плановых операций или более интенсивно поработать перед отъездом – одним словом, все проблемы решаемы при желании.

– Первую свою поездку на Донбасс помните, когда и как это было?

– Специальная военная операция началась 24 февраля 2022 г., а в первые дни марта мы уже были там. Поехали группой из десяти человек, с ней, собственно, и начало затем формироваться врачебное сообщество «Друзья медицины Донбасса».

Направились своим ходом на двух автомобилях в сторону Донецка. Поездка была, надо признаться, нервная: мы точно знали, для чего едем туда, но плохо представляли, что нас там ждёт. Пересекли таможню и уже около полуночи въехали на территорию ДНР. Кругом густая тьма, только взрывы слышны. В машине тишина, все молча переглядываются друг с другом: ни говорить, ни тем более шутить желания нет. И уснуть не получается. А приехали на место, распределились по больницам, сразу включились в работу, и как-то отпустило. Грохнет? Ну и ладно, не отвлекайся, оперируй.

Меня направили по профилю – в Республиканский травматологический центр (РТЦ), с тех пор в каждую свою поездку я работаю именно там.

Донецкий травмоцентр всегда был сильной и авторитетной научно-клинической школой, а за 9 лет войны стал ещё сильнее. Для меня, хирурга с большим стажем, поначалу многое из того, что умеют делать коллеги именно в плане боевой травмы, было новым. Особенно в хирургии позвоночника, поскольку моя специализация – травмы конечностей и эндопротезирование суставов. Так что пришлось доучиваться в процессе работы.

Что касается протезирования суставов, заниматься этим в Донбассе мне не приходилось. Это всё-таки плановая хирургия, а сразу после боевых ранений такие операции невозможны, потому как при разорванном бедре или колене первым делом конечность надо спасать, а то и жизнь, к тому же при минно-взрывной травме рана всегда инфицирована. Думаю, придёт время, и этот мой опыт понадобится там.

– Пригодились ли вам знания и навыки военно-полевой медицины, полученные в студенчестве, или реальность не имеет ничего общего с тем, чему вас учили?

– Конечно, пригодились. Например, правила сортировки раненых чрезвычайно важно знать: как распределить пострадавших по разным этапам оказания помощи. Затем в госпитале кому и какую помощь оказывать в первоочередном порядке: кого на рентген, кому гипс наложить, кого в шоктовую палату, а кого немедленно в операционную.

Правда, при одновременно большом поступлении раненых с минно-взрывной травмой сортировать по очередности хирургической помощи чрезвычайно сложно. Ты работаешь в операционной, а за

Осетинское и иранское имя Сармат означает «сын скифа», одним словом, кочевник и воин: древний народ сарматов, согласно историческим хроникам и легендам, отличался воинственностью. Нам же это слово более известно как название российского стратегического ракетного комплекса, то есть боевого оружия.

Российский доктор Сармат Темесов – травматолог-ортопед, старший научный сотрудник Научно-практического центра хирургии, кандидат медицинских наук – наше мирное оружие в зоне специальной военной операции. «Кочевник и воин» – это точно про него, хотя внешне скажешь: очень спокойный, деликатный человек. И тем не менее...

С.Темесов окончил Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М.Сеченова как раз в последние годы существования там военной кафедры. Изучал военно-полевую хирургию, бывал на военных сборах, получил звание лейтенанта запаса и погоны, принял присягу. Ровно через год всё это пригодились: когда начался военный конфликт между Грузией, Абхазией и Южной Осетией, молодой специалист взял отпуск и уехал добровольцем, работал в больницах Владикавказа и Цхинвала, оперировал раненых бойцов. Та война хоть и была короткой, но пострадавших было много, местные врачи не справлялись.

Теперь – поездки в Донецк, их уже близко к десятку.

Особые условия

Вторая война доктора Темесова

Нет времени на пустые разговоры, решения надо принимать мгновенно



дверью ещё несколько пациентов в таком же тяжёлом состоянии, и надо быстро помочь тому, кто уже на операционном столе, потому что если задержишься, то потеряешь других. Совершенно нет времени на правды раздумья и пустые разговоры, решения надо принимать мгновенно. Требуется помощь – зовёшь кого-то из соседней операционной, там это в порядке вещей.

– Означает ли сказанное вами, что в Донбассе сейчас не нужны начинающие травматологи, а нужны опытные?

– На самом деле нужны любые, потому что работы очень много. Хирургические руки лишними там точно не будут. Опыт нарабатывается, главное – требуются люди неравнодушные. И ещё выносливые, потому что раненых иной раз поступает одновременно очень много.

Во время второй поездки мы оказали в Донецке как раз в тот день, когда в центр города прилетела ракета «Точка-У», помните этот страшный случай? Всех пострадавших – порядка 35 человек – тогда доставили в РТЦ. После взрывного ранения травма оскольчатая, грубая. Кровотечения, оторванные конечности, болевой шок... Коридор в приёмном от-

делении был сплошь заставлен каталками.

Здесь следует сказать о том, как быстро и чётко была организована работа в РТЦ: моментально провели сортировку, определили очередность подачи на операционный стол, собрали хирургические бригады, и уже через полчаса во всех операционных шла работа. В этом плане нам есть чему поучиться у донецких коллег, как говорится, на всякий пожарный случай.

– Поскольку для вас это не первый опыт, скажите, насколько нынешняя война отличается от предыдущих военных конфликтов?

– Отличается принципиально. Другой характер боевых действий, другое оружие, соответственно, другая боевая травма. Нынешняя война – это битва интеллектов. Разведкой занимаются спутники, от них невозможно ничего утаить. Бомбят беспилотники. А знаете, что такое снаряд с таймером? Он взрывается не при падении на землю, у него механизм срабатывает на заданной высоте, чтобы поразить движущуюся цель, например боевую машину. Представьте, снаряд летит параллельно движению машины и взрывается, не касаясь её, а эффект тот же, что от прямого попадания.



Очень жалко детей. Ты лечишь раненого пленного мужика, а в это время в соседней палате лежит 12-летняя девочка, ставшая глубоким инвалидом. Родители погибли, когда семья попала под обстрел, девочка была ранена в грудной отдел позвоночника и теперь полностью парализована. Её прооперировали, сделали всё, что возможно, однако пока не большое движение удалось восстановить только в руках. Что ждёт этого ребёнка впереди? Страшно даже представить.

– Как вы считаете, необходимо ли восстановить военные кафедры в гражданских медицинских вузах или достаточно знаний по общей хирургии, а остальное нарабатывается непосредственно в госпиталях? Есть скептики, которые считают, что обучение военно-полевой хирургии и лейтенантские погоны врачам ни к чему: сейчас мы закончим СВО и наступит мир во всём мире.

– Однозначно, военные кафедры восстанавливать нужно. И не только потому, что военно-полевая медицина – это серьёзный самостоятельный раздел, его на бегу осваивать сложновато будет. «Военка» в медицинском вузе должна быть ещё и затем, чтобы врач, который отправляется в зону боевых действий, умел вести себя в условиях войны: пользоваться оружием, знать, как эвакуировать раненых, что делать во время бомбёжки и так далее. В конце концов, на военной кафедре воспитывают в человеке патриотизм, ты Родине присягаешь, а это немаловажно.

Тем, кто считает, что такие кафедры возродят напрасно, что ни знания, ни опыт никому никогда не пригодятся, я отвечаю так: не пригодятся – и слава богу. А пока они очень-очень нужны.

– Как сегодня вас воспринимают коллеги в ДНР – по-прежнему как гостей?

– Уже нет. Во время первой поездки, наверное, они воспринимали нас как «десант туристов», однако во второй раз мы ехали туда, уже наверняка зная, что нас ждут. Завязались дружеские отношения, мы с коллегами постоянно на связи, советуемся друг с другом по каким-то клиническим случаям. Проводим совместные научные конференции, доктора из новых регионов приезжают в Москву посмотреть, как работают клиники здесь. В принципе, каноны медицины и технологии лечения везде одинаковые, а вот организация процессов имеет некоторые различия, мы учимся друг у друга.

Но самое интересное лично для меня там – это, конечно, люди. Они невероятно сильные. Не секрет, что с началом СВО многие медработники уехали из Донецка, остались только те, кто считает Донбасс частью России и готов свою землю защищать. В больницах возник кадровый дефицит, а нагрузка резко выросла, так что наша помощь крайне необходима.

Меня особенно радует то обстоятельство, что большое число моих знакомых врачей интересуются, как присоединиться к нашей команде либо через Департамент здравоохранения поехать в Донбасс. Здорово, когда приезжаешь в Донецк и встречаешь там докторов из Москвы и других регионов России, которые едут добровольцами.

Условия, конечно, непростые: воды там нет, постоянно бомбят, то есть в любой момент может прилететь под ноги на улице или в операционную. Кого-то это останавливает, но не нас. За день так нарабатывается, что ночные «бабах» за окном вообще не мешают.

– Семья ещё не просит вас окончательно вернуться с войны?

– Просит, конечно. Ну что сказать на это?... Просьбы принимаются, рассматриваются. Положительного ответа пока дать не могу.



Елена БУШ,
обозревателю «МГ».

Фото из личного архива
С.Темесова.

После минно-взрывных ранений приходится выполнять очень много ампутаций. Конечно, если есть возможность спасти руку или ногу, то спасаем. Но, честно говоря, сохранить конечность после такой травмы крайне тяжело, а чаще просто невозможно. Иной раз другого способа сохранить человеку жизнь, кроме как ампутировав руку или ногу, нет.

Никогда не забуду один такой случай. Привезли с передовой 22-летнего парня с ранением верхней трети голени, дефект огромный – нет части кости и тканей, а главное – кровит, как из ведра. Одну дозу крови переливаем, вторую, но стабилизировать не удаётся, кровотечение не прекращается, потому что сосуды разорваны. И запасы крови не бесконечны, и времени шить сосуды не осталось. Понимаешь, что нет никакои, ни малейшей технической возможности сохранить ногу. Один вариант – ампутировать, чтобы парень живым остался. Жёсткие условия ставит война перед военными хирургами, эмоционально нелегко в такие моменты.

Большое число участников СВО, которые вернутся домой с ампутированными руками или ногами, – это обстоятельство тоже можно назвать спецификой этой войны.

– Данную специфику надо иметь в виду системе здравоохранения и социальной защиты: тысячи человек потребуются протезирование конечностей, а выпускают ли наши предприятия такую продукцию в нужном количестве? То же самое с расходниками для остеосинтеза: хватает ли их там, в больницах Донбасса?

– Хватает только-только, в этих материалах есть большая потребность. Мы каждый раз с собой привозим металлоконструкции и крепёж, сразу всё расходуется. Пусть те, кто планирует поездки с гуманитарными грузами, везут стержневые конструкции и аппараты Илизарова, они там необходимы.

– В том числе для лечения раненых пленных вэсэушников?

– Да, и для них тоже. Там все находится в одном отделении – раненые российские военные, раненые мирные жители и раненые пленные украинские бойцы. Последних, конечно, охраняет конвой.

– И как они себя ведут?

– Тихо. Беседуешь с ними – никаких отличий от нас, говорят на чистом русском языке. Про политические взгляды я их не спрашиваю, для меня они такие же пациенты, как все остальные. Хотя...

«Будущее профессии» – под таким девизом Ассоциация медицинских сестёр России отмечает профессиональные даты в этом году и призывает всех руководителей взглянуть на положение дел «без прикрас», оценить дефицит кадров и реализовать шаги в поддержку профессии.

Накануне Дня медицинского работника президент РАМС Валентина САРКИСОВА рассказала о ситуации в сестринском деле, о том, что волнует сестринское сообщество, каким сегодня видится будущее профессии и что необходимо предпринять, чтобы это будущее было обнадеживающим.

– Валентина Антоновна, какой вопрос сегодня является наиболее злободневным, что вызывает острое беспокойство у профессионального сообщества?

– Конечно же, больше всего нас волнует ситуация с кадровым обеспечением. Много лет ведётся работа по увеличению численности сестринского персонала, но – парадокс: несмотря на это, медицинских сестёр становится всё меньше. С 2017 г. благодаря принимаемым мерам Правительства РФ, Минздрава, региональных властей практически на 30% удалось увеличить количество выпускников по программам среднего профессионального образования. Выпускников стало значительно больше, тем не менее обеспеченность сестринскими кадрами сократилась. Виною тому сразу несколько факторов, но самый серьёзный – уровень оплаты труда.

Почему это важно? Сегодня складывается ситуация, при которой средние показатели оплаты труда квалифицированных медицинских сестёр, работающих в операционных, в отделениях реанимации, неврологии, равны средним показателям оплаты труда младшего персонала. А разница в образовании – существенная, разница в ответственности за жизнь и здоровье пациента – колоссальная. Труд медицинской сестры недооценивается. По данным Росстата, в ряде субъектов страны заработная плата медицинских сестёр на уровне федеральных клиник составляет до 160% и даже более от средней в регионе. И это обоснованно – такова реальная «цена» труда квалифицированной медицинской сестры. К сожалению, речь идёт не о системном подходе, а об исключениях из общего правила.

Самая тяжёлая кадровая ситуация традиционно складывается в субъектах, близких к столице, к крупным мегаполисам. Специалисты предпочитают тратить 5 часов на дорогу, вкладывать в работу больше сил и получать отдачу, нежели годами не видеть перспектив финансовой стабильности на рабочем месте в своём регионе.

Такая несправедливая оценка труда медицинской сестры внутри здравоохранения контрастирует с возможностями частного сектора экономики, индустрии красоты и здоровья, где выпускники медицинских колледжей востребованы. Думая о своём будущем, о благополучии семьи, к сожалению, они часто вынужденно делают выбор не в пользу государственной системы здравоохранения.

РАМС не единожды озвучивала свою точку зрения по этому вопросу. Вообще, поддержанное делегатами всех регионов решение вошло в резолюцию конгресса, состоявшегося в октябре 2022 г. Позиция ассоциации заключается в том, чтобы уровень оплаты труда младшей медицинской сестры составлял 100% от средней заработной платы в регионе, медицинской сестры на 1 ставку не менее 130% и не менее 140% для медицинской сестры расширенной практики, фельдшера, акушерки. Это минимальная величина, которая позволит хотя бы отчасти восстановить справедливость в отношении профессии.

– Но увеличить заработную плату не так просто. Может

медицинских сестёр – это инвестиции в жизнь людей, здоровье населения, развитие здравоохранения, в силу экономики и нашего государства. Почему-то на всех других направлениях экономисты думают о платёжеспособности населения, но как только речь заходит о медицинских сёстрах, возникают ушедшие в далёкое

скорой помощи, где внедряется новая сестринская роль – роль триажной сестры. А это уже более широкие полномочия. Медицинская сестра первой встречает поступившего пациента, измеряет давление, сатурацию, делает ЭКГ, даёт направления на анализы (сахар крови, белок в моче – ряд базовых показателей) – вот эта

логий функции должны перераспределяться постоянно. Новую технологию создают инженеры, осваивают врачи-специалисты, передают опытным сёстрам, а на очереди уже более совершенные методы, материалы и средства. Это бесконечный цикл, и не надо его обрывать на сёстрах, ставить искусственные барьеры.

Ориентиры

Будущее профессии: обнадеживающее и желанное

Пришло время перемен в сестринском деле



В. Саркисова

быть, как предлагают многие, стоит вернуться к системе распределения, которая некогда помогала обеспечивать кадрами медицинские организации в отдалённых районах?

– Уверены, что в сегодняшних реалиях распределение, по крайней мере в сестринском деле, проблему дефицита кадров не решит. Если допустить его введение, то следует понимать, что отработав положенный по распределению срок и не увидев дальнейших перспектив, удовлетворения зарплатных ожиданий, теперь уже молодой специалист с опытом работы уйдёт из профессии в частный сектор. Более того, вероятное распределение будет оказывать влияние уже не на этапе выпуска из медицинского училища, а на этапе поступления. Получив школьный аттестат, молодые люди будут принимать решение, учитывая фактор распределения. Как думаете, многие ли решатся пойти по пути сестринской профессии, если впереди подобное препятствие? Ведь получится как. В отраслях с хорошей оплатой труда распределение будет носить характер содействия в трудоустройстве, а в менее оплачиваемых – характер отработки за зарплату на уровне социальной пенсии.

По нашему убеждению, надо целенаправленно решать проблему конкурентоспособности заработной платы в сфере сестринского ухода. Очень хочется донести до руководителей в регионах, что достойная оплата труда

прошлого подходы, вот такие, как распределение.

– А может быть, профессия непопулярна у современной молодёжи, и повышение заработной платы роли не сыграет?

– Напротив, популярность профессии, идеи заботиться о других сегодня высока как никогда ранее. О чём свидетельствуют огромные конкурсы поступающих и в медицинские вузы, и в медицинские колледжи. Да и среди работающих специалистов большой процент тех, кто привержен своему делу и получает огромную отдачу,

возможность самореализации, наблюдая плоды своего труда – выздоровление пациентов, рождение детей, спасение людей в экстренных ситуациях.

Пятого мая, в Международный день акушерки, мы дали старт Всероссийской акции «Будущее профессии», призвав специалистов поделиться мыслями о своей работе с теми, кто сегодня выбирает путь. Откликнулись сотни людей, десятки коллективов. Так что с настроением внутри профессии всё у нас хорошо. Но нужны перспективы, пришло время перемен.

– Если говорить об инвестициях, вложениях в профессию, то как они могут окупиться?

– Ассоциация медицинских сестёр России давно настаивает на необходимости тотального пересмотра содержания и роли сестринского персонала в системе здравоохранения. В действительности это уже происходит, но не всегда заметно и неравномерно между разными специальностями, направлениями и медицинскими организациями.

Например, постепенно фельдшеры стали ведущим звеном скорой медицинской помощи. Ещё 10 лет назад бригады были врачевными, а сегодня в большинстве своём фельдшерские. У них достойная оплата труда, понимание смысла своей работы, хорошие знания и практический опыт. Я думаю, во многих регионах фельдшеры СМП удовлетворены теми переменами, которые произошли.

По всей стране в крупных стационарах создаются отделения

функция в обычной жизни врачевная, а здесь сестра получает право назначить лабораторное исследование. В итоге ситуация по конкретному пациенту движется быстрее, медсестра сразу оценивает тяжесть состояния и распределяет пациентов по потокам: в красный – врач требуется экстренно, в жёлтый – врач нужен, но не столь срочно, счёт времени не идёт на минуты, в зелёный – пациент может подождать. К моменту, когда доктор готов заняться больным, у него уже есть определённый набор показателей, благодаря чему можно скорее определить, куда пациента направить – в реанимацию или к хирургам. Решения принимаются быстро и эффективно, для них всё подготовлено. Такая передача полномочий медицинской сестре – прямое спасение жизней,

Вспомним, во время пандемии более широко начали использовать аппараты ЭКМО. Очевидно, что в тот момент при оказании помощи пациентам с новым и плохо изученным заболеванием основную работу с применением этой технологии вели перфузиологи, анестезиологи-реаниматологи. Сейчас возрастает роль сестринского персонала в уходе за пациентом, находящимся на аппарате ЭКМО. Специалисты разрабатывают протоколы работы, обучают персонал.

В малоинвазивной хирургии, в ангиографии, в роботизированной хирургии медицинская сестра выходит на уровень ассистента хирурга и справляется с этой ролью прекрасно. Вообще в данной сфере от неё многое зависит, прежде всего безопасность пациента, и нам важно, чтобы пациенты это



Ишим Тюменской области. Сотрудники перинатального центра обсуждают создание школы для матерей по патологическим состояниям новорождённых

и можно только приветствовать, что в службе СМП это признано и поддерживается.

В сестринском и акушерском деле несколько сложнее. Особенно когда медиков начинают сталкивать лбами, вбрасывают непроверенную информацию или даже намеренно провоцируют опросами в духе «Согласны ли вы выполнять работу врача за зарплату санитарки?»

Мы убеждены, что расширение роли специалистов и передача полномочий – это, в принципе, естественный для медицины процесс. У меня даже складывается ощущение, что на каком-то этапе в стране просто сблизилась настройка и возникли барьеры к постепенной передаче разных задач от врача медицинской сестре, от медицинской сестры младшему и техническому персоналу.

В условиях автоматизации, информатизации, высоких техно-

понимали. К сожалению, многие медицинскую сестру часто воспринимают как помощника, обслуживающий персонал. Между тем в её функции включены: подготовка эксклюзивного оборудования, расходных материалов, компонентов крови и медикаментов; подготовка и настройка самого пациента; ассистирование врачу во время процедуры, отслеживание всего хода вмешательства по протоколу, безопасное завершение процедуры.

Фактически такое расширение полномочий, соответствующее времени, обстоятельствам, компетенциям, ожиданиям населения, готовности профессионального сообщества, – это нормальный и естественный путь развития профессии. И от того, насколько успешно мы справимся с передачей полномочий, расширением границ сестринской профессии, тоже зависит её будущее и при-

влекательность для последующих поколений.

Сейчас идеология расширения сестринских полномочий постепенно проникает в первичное звено, касаясь отдельных функций, а мы говорим о необходимости полного переосмысления работы. На наш взгляд, в организации помощи в амбулаторно-поликлиническом звене надо отталкиваться от актуальных проблем



Архангельск. Разработка стратегии школы инсульта

пациентов, от растущего запроса. И, исходя из этого, с нового листа пересчитывать потребности в кадрах.

Например, организация помощи детям первого года жизни подразумевает плановые приёмы педиатра. Мы убеждены, что здоровым детям и их родителям было бы полезнее в плановом порядке встречаться не с врачом-педиатром, а с медицинской сестрой педиатрической. Она компетентна отслеживать посещение врачей-специалистов, оценивать динамику роста, но она ещё компетентна и в том, чтобы научить родителей развивающему уходу, гигиене и воспитанию, правильному питанию. У врача-педиатра нет времени для обучения мамы малыша здоровью, он нацелен на постановку диагноза. А в современном мире клиники для здоровых детей – это сестринские клиники!

Ещё раз повторю, постановка диагноза и назначение терапии – сугубо врачебные функции, которые были, есть и будут неприкосновенны. Наша задача таким образом реформировать сестринскую профессию, чтобы охрана здоровья была эффективной, путь к диагнозу – более коротким, лечение – незамедлительным, чтобы пациент получал на любом отрезке жизненного пути квалифицированную и своевременную помощь. Нам важно преодолеть избыточное и нерациональное использование ресурсов, в том числе кадровых.

– Вы подробно остановились на роли фельдшеров и медицинских сестёр, значит ли это, что о расширении роли в акушерстве говорить преждевременно?

– Напротив, логика акушерской профессии предполагает достаточные компетенции для ведения беременности с регулярными посещениями женщиной и акушерки, и врача акушера-гинеколога. В мире физиологическое течение беременности – прямое показание для того, чтобы женщина наблюдалась акушеркой и проходила контрольные врачебные скрининги. Ведение беременности – стандартный процесс с чётко регламентированными сроками выполнения исследований. Есть ли «диагностический» компонент в назначении женщине при постановке на учёт по беременности анализов на инфекции? Нет. Стандартная процедура. Несёт ли какие-то риски передача

этой функции акушерке? Нет. Освободит ли время врача для работы с теми женщинами, у кого есть жалобы и симптомы заболеваний? Разумеется, да.

Нас очень радует, что усилиями специалистов Центра охраны здоровья семьи и репродукции Медицинского центра Якутска примеры такого делегирования полномочий наконец появились и в нашей стране. Акушеркам этого

сестра», давно и успешно введена должность медицинского регистратора, для этого в сферу проникает цифровизация. Мы должны максимально пользоваться новыми инструментами и возможностями.

Нужно избавить саму медицинскую сестру от непрофильных задач, для выполнения которых медицинское образование не требуется; сократить объём медицинской бюрократии, журналов, которые медицинским сёстрам ночами сняты; освободить от дублирования записей на бумаге и в цифровом формате. Движение в этом направлении идёт полным ходом. РАМС принимает участие в проекте, который инициирован Комитетом Госдумы РФ по охране здоровья. Он так и называется – «Дебюрократизация здравоохранения». Собрав все мнения относительно лишней бумажной работы, мы выделим главное и внесём на рассмотрение рабочей группы.

Возвращаясь к отношению специалистов к самой идее, но не увеличения объёма работы, а расширения профессиональных полномочий, скажу, что она встречает большой отклик. Специалисты заинтересованы в том, чтобы повысить эффективность своей деятельности, экономить время и ресурсы, больше работать с пациентом, а не с разными поручениями, никак не связанными с профильным образованием.

В рамках проекта РАМС «Лидерство в сестринском деле» наши коллеги решают многочисленные проблемы в организации медицинской помощи, в том числе за счёт расширения полномочий медицинских сестёр, медсестёр-управленцев. В Смоленской области добиваются увеличения охвата детей вакцинацией, медсестры оказывают убедитель-



Якутск. Акушерский приём

ны в общении с родителями; в Приморском крае развивают донорство крови и костного мозга; в Томске создают школу для больных деменцией и реализуют масштабный проект информирования населения о заболевании; в Архангельске к следующему году появится школа для пациентов, переживших инсульт, – медицинские сёстры, опираясь на данные науки и современные рекомендации, будут консультировать, обучать и мотивировать пациентов на соблюдение врачебных рекомендаций. Это та сфера, в которой наша страна ежегодно несёт колоссальные потери населения, и мы уверены, что надо экстренно укреплять роль медицинской сестры, создавать новые должности на уровне первичного звена для медсестёр, ведущих пациентов с хроническими заболеваниями.

Инициатив очень много. Целые регионы, – например Тюмень, где уже несколько лет ассоци-



Омск. Молодёжный совет

ация развивает у специалистов сестринского дела проектное мышление, вслед за ней Ленинградская область, – формируют новый образ медицинской сестры, которая в рамках своей профессиональной деятельности нацелена совершенствовать процессы оказания помощи.

Но ещё раз подчеркну, такая работа приносит результаты и принесёт ещё большие при условии поддержки, достойной оплаты, наличия кадров, качественного образования.

– Вы уже много лет говорите о расширении полномочий, о его преимуществах для здравоохранения. Но почему это важно для самих специалистов и для профессии?

– Осознавая огромный, но пока не реализованный потенциал профессии, мы как сообщество просто не можем молчать. Душой болеем не только за пациентов, но и за медицинских сестёр, за наше дело. В расширении профессиональных полномочий медицинской сестры мы видим

пока расширение роли медицинской сестры, развитие сестринского дела не приняты как идеологическая основа развития здравоохранения, мы только и можем, что уповать на прогрессивных руководителей. Поэтому в одном регионе ситуация лучше, в другом хуже, в одной медицинской организации так, а в другой иначе.

Уже тысячи медицинских сестёр получили как профильное сестринское, так и непрофильное высшее образование – психолога, логопеда, менеджера... И ведь в большинстве случаев применяют его в своей работе в разных должностях. Да, так получается, что развитие и расширение номенклатуры должностей не успевают за развитием профессии, но эти специалисты работают на местах, вносят вклад в продвижение медицины вперёд. Замечают ли это руководители? Поощряют ли профессиональный рост и использование специалистами своих знаний или считают, что это личное дело каждого? Обращаюсь ещё и ещё раз к организаторам здравоохранения – посмотрите на уровень кадров в нашей стране и за рубежом: 57 медсестёр на 10 тысяч населения и 80 (это средний показатель) или более 180 (показатель экономически сильных государств) – есть разница? Оцените продолжительность жизни, сопоставьте с целями национальной политики России – выйти на цифру 80 лет активной жизни. Ведь это достигается, в том числе, благодаря качественной сестринской помощи.

Ещё хочется сказать о том, что, когда на уровне руководства клиникой, на уровне управления и организации помощи что-то не доработано, медицинские сёстры становятся стороной, пострадавшей вдвойне. Низкая оценка труда бьёт по специалистам со стороны администрации, а нехватка медицинских сестёр приносит раздражение и агрессию со стороны пациентов. Первыми удар на себя принимают чаще всего специалисты сестринского дела и фельдшеры. И в этом вопросе мы с нетерпением ждём ужесточения законодательства в отношении лиц, проявляющих агрессию к медицинским работникам.

Поэтому накануне Дня медицинского работника призываем всех руководителей регионов, руководителей медицинских организаций – поддержите медицинских сестёр. Это профессионалы с золотыми руками и огромным сердцем, которые заслуживают самого высокого признания!

От имени Ассоциации медицинских сестёр России поздравляю всех медицинских работников с праздником!

Желаю счастья, крепкого здоровья, благополучия, сил, энергии, успешного решения всех профессиональных задач и мирного неба над головой.



Подготовила
Валентина
ЕВЛАНОВА,
корр. «МГ».

КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 21 (2381)

Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) – психическое расстройство, развивающееся вследствие мощного психотравмирующего воздействия угрожающего или катастрофического характера, сопровождающегося экстремальным стрессом. Основными клиническими проявлениями выступают повторные переживания элементов травматического события в ситуации «здесь и сейчас» в форме флэшбеков, повторяющихся сновидений и кошмаров, что сопровождается чаще тревогой и паникой, но возможно также гневом, злостью, чувством вины или безнадежности, стремлением избежать внутренние и внешние стимулы, напоминающие или ассоциирующиеся со стрессором. Симптомы возникают обычно в течение 6 месяцев от стрессового воздействия. В качестве пусковых факторов выступают события, которые способны вызвать дистресс практически у любого человека: природные и техногенные катастрофы, угроза жизни, нападение, пытки, сексуальное насилие, военные действия, террористические акты, пребывание в плену или концентрационном лагере, свидетельство гибели другого человека, жизнеугрожающее заболевание, получение известия о неожиданной или насильственной смерти близкого человека. Заболевание характеризуется высокой коморбидностью с другими психическими расстройствами и может приводить к изменению личности.

Этиология и патогенез. ПТСР развивается вследствие неспособности индивида справиться с экзогенным психотравмирующим воздействием чрезвычайного характера. В настоящее время активно исследуется вклад генетических факторов, в том числе с целью поиска возможных новых препаратов для лечения ПТСР. На сегодняшний день имеется большая база генетических исследований, которые указывают на полигенный характер фенотипа ПТСР, при этом вопрос о соотношении собственно генетических и средовых факторов остаётся открытым. Хорошо известно, что предшествующая травматизация повышает риск развития ПТСР, но пока нет однозначного описания патогенетических механизмов подобной сенситизации.

Острая стрессовая реакция является нормальным ответом на чрезвычайное воздействие у ряда людей. Из-за дефицита ресурсов адаптивности естественный ответ на стресс принимает патологический характер, в частности нарушается функционирование гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой оси и симпатoadренальной системы, что приводит к манифестации симптомов ПТСР, повышенной готовности к тревожным реакциям, физиологическому возбуждению и гипервигилитету.

В когнитивных моделях ПТСР, которые в настоящее время нашли своё подтверждение в исследованиях с использованием современных возможностей нейровизуализации, патогенез ПТСР тесно связан с нарушением процессов переработки информации и интеграции травматического опыта в общую биографическую память пациента. Было выявлено, что травматические воспоминания ассоциированы со сниженной активностью левой нижней фронтальной коры, это даёт возможность предположить, что в этих воспоминаниях преобладают эмоциональные и сенсорные элементы без соответствующих лингвистических ассоциаций.

Информация о травме существует в активной рабочей памяти до тех пор, пока не произойдёт её осмысление. Таким образом формируется цикл оживления травматических воспоминаний под воздействием триггеров, связанных с травмой и стремлением избежать неприятный опыт с попытками контролировать ход мыслей и не допускать столкновения со всем, что может напоминать о травме, что, в свою очередь, ухудшает переработку травматического опыта. В норме эпизоды навязчивых наплывов травматических переживаний чередуются с периодами избегания, со временем по мере завершения процесса эти состояния становятся реже и менее интенсивными. В ряде случаев может возникнуть конфликт между потребностью в осмыслении и существующей системой отношений, в этом случае возникает конфликт с последующим развитием избегающего поведения, эмоционального онемения как проявления психологической защиты, что формирует почву для последующей манифестации коморбидных депрессивных расстройств. В этих случаях аффект утрачивает

свою сигнальную функцию, поскольку любая сильная эмоция воспринимается как опасность возвращения травматического опыта.

Эпидемиология. Согласно данным международных исследований, до 61% людей в разные периоды своей жизни сталкиваются с травматическими событиями, которые потенциально могут быть причиной развития ПТСР, однако расстройство манифестирует только у некоторых из них, процент заболевших сильно варьирует – от 13 до 50%, что зависит от индивидуальной уязвимости и характера травматического воздействия. В качестве мер профилактики манифестации ПТСР на сегодняшний день рекомендуется использовать терапию только для тех лиц, подвергшихся травматизации, кто демонстрирует ассоциированные с травмой или со стрессом симптомы. Заболеваемость сильно варьирует в зависимости от социального

Посттравматическое стрессовое расстройство

Клинические рекомендации

контекста, в благоприятные периоды жизни общества морбидность ПТСР составляет в населении 0,5% среди мужчин и 1,2% среди женщин. В отношении гендерных различий большинство исследователей сходятся во мнении, что ПТСР практически в 2 раза чаще встречается у женщин, за исключением специфической группы комбатантов. В детском возрасте, наоборот, мальчики оказываются более уязвимыми к манифестации ПТСР, чем девочки.

Клиническая картина. Клиническая манифестация ПТСР возникает вследствие мощного психотравмирующего воздействия угрожающего или катастрофического характера, сопровождающегося экстремальным стрессом.

В качестве пусковых факторов выступают события, которые способны вызвать дистресс практически у любого человека; природные и техногенные катастрофы, угроза жизни, нападение, пытки, сексуальное насилие, военные действия, террористические акты, пребывание в плену или концентрационном лагере, свидетельство гибели другого человека, жизнеугрожающее заболевание, инвалидизирующее заболевание, в т.ч. травма, потеря конечности, получение известия о неожиданной или насильственной смерти близкого человека и др.

К основным критериям факторов травматического переживания относятся следующие:

- событие или ситуация носит угрожающий или катастрофический характер
- событие или ситуация способны вызвать общий дистресс почти у любого индивида.

Таким образом, подчёркиваются две его особенности: отчётливо психогенная природа расстройства и выходящая за рамки обычного человеческого опыта тяжесть психотравмы.

В клинической картине ПТСР выделяют следующую специфическую (основную) симптоматику:

1. Повторяющиеся переживания травмирующего события (флэшбеки, представленные в навязчивых реминисценциях, ярких навязчивых воспоминаниях или повторяющихся снах). В большинстве случаев они неприятны и аффективно насыщены.

2. Избегание действий и ситуаций, напоминающих о травме (фактическое избегание, чувство «онемения» и эмоционального притупления, отрешённости, невосприимчивости к окружающему, эмоциональная отстранённость, ангедония, ограничительное поведение).

3. Резервное физиологическое возбуждение (бессонница, связанная с наплывом неприятных воспоминаний о травматическом событии, гипервигилитет – сверхнастороженность, повышенная реакция испуга).

Согласно МКБ-10, симптомы должны возникать в течение 6 месяцев после травматического события. Между действием стрессора и возникновением клинических

проявлений может наблюдаться латентный период.

Также у пациентов с ПТСР могут отмечаться следующие нарушения:

- психогенная амнезия, либо частичная, либо полная, в отношении важных аспектов периода воздействия стрессора
- формирование депрессивных переживаний, эпизодическая или генерализованная тревожность

- постоянное внутреннее напряжение, в котором находится пострадавший (в связи с обострением инстинкта самосохранения), затрудняет модуляцию аффекта: иногда пострадавшие не могут сдержать вспышки гнева даже по незначительному поводу. Могут отмечаться острые вспышки страха, паники или агрессии, вызванные воспоминаниями о травме
- нарушения сна – бессонница (затруднение засыпания), ночные кошмары. Другими явлениями, присущими ПТСР и связанными со сном, являются: сомнамбулизм, снохождение, гипнагогические и гипнопомпические галлюцинации, уменьшение представленности 4-й стадии сна. Также при ПТСР нередко обнаруживаются расстройства дыхания во сне
- субъективно воспринимаемые нарушения памяти: затруднения запоминания;

снижение ретенции в памяти той или иной информации; трудности воспроизведения. Ввиду фиксации пациента с ПТСР на травматических переживаниях расстройства памяти не связаны с истинными нарушениями различных функций памяти, а обусловлены в первую очередь затруднением концентрации внимания на фактах, не имеющих прямого отношения к травматическому событию и угрозе повторного его возникновения

- повышенный рефлекс четверохолмия на внезапные раздражители внешней среды (световые, зрительные, слуховые, тактильные) может легко возникнуть вздрагивание, вскакивание, вскрикивание или, наоборот, «застывание». Иногда сопровождается вегетативными проявлениями (повышение артериального давления, появление тахикардии и пр.). Обусловлен связями тектума (верхних холмиков четверохолмия у человека) с шейными и грудными сегментами спинного мозга

- постоянное избегание стимулов, связанных с травмой, и numbing – эмоциональное онемение, блокировка эмоциональных реакций, опеченение (не наблюдалось до травмы) может выражаться в следующих проявлениях:

- усилия по избеганию мыслей, чувств или разговоров, связанных с травмой;
- усилия по избеганию действий, мест или людей, которые пробуждают воспоминания о травме;
- неспособность вспомнить о важных аспектах травмы (психогенная амнезия);
- заметное сниженный интерес или участие в ранее значимых видах деятельности;
- чувство отстранённости или отделённости от остальных людей;
- сниженная выраженность аффекта (не способность, например, к чувству любви);
- чувство отсутствия перспективы в будущем (например, отсутствие ожиданий по поводу карьеры, женитьбы, детей или желаний долгой жизни).

В целом ПТСР вызывает клинически значимое тяжёлое эмоциональное состояние или нарушения в социальной, профессиональной или других важных сферах жизнедеятельности.

В динамике развития расстройств на первом этапе ПТСР пациент погружён в мир переживаний, связанных с травмой, отмечаются наиболее выраженные в этот период флэшбеки. На этом этапе нередко наблюдается обострение (или диагностируются впервые) хронических соматических заболеваний, особенно тех, в основе которых участвуют психосоматические механизмы формирования (язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки и желудка, холецистит, холангит, колит, запоры, бронхиальная астма и др.). Отмечаются также сексологические нарушения: снижение либидо и эрекции. Стоит отметить, что специфические симптомы, проявляющиеся в чувстве беспомощности, растерянности, вторгающихся

пугающих образов, стойких руминациях о прогрессировании заболевания, могут в значительной степени влиять на совладание с соматическим заболеванием. Диссоциативные симптомы, обусловленные воздействием психотравмы, препятствуют своевременному обращению за помощью, нарушают комплаенс пациентов.

В дальнейшем воспоминания о стрессовой ситуации становятся менее актуальными. Пациент старается активно избегать даже разговоров о пережитом, чтобы не «будить тяжёлых воспоминаний». В этих случаях иногда на первый план выступают раздражительность, конфликтность и даже агрессивность.

На клиническую динамику и отдалённые прогнозы ПТСР могут также оказывать влияние экзогенно-органические изменения головного мозга, преимущественно травматического генеза, что является наиболее актуальным у комбатантов как группы риска формирования ПТСР.

Коморбидность ПТСР

Коморбидность является характерным признаком ПТСР. Патология, коморбидная ПТСР, широко распространена и представлена разнообразными сочетаниями клинико-психопатологических проявлений. Подобные состояния позволили выделить

группу расстройств, обозначаемых как атипичные ПТСР, включающую разнородные симптомокомплексы, представляющие перекрывание проявлений ПТСР как психогенного расстройства, с нарушениями других психопатологических регистров.

Среди коморбидных ПТСР психических нарушений разные исследователи называют следующие:

- паническое расстройство
- генерализованное тревожное расстройство

- социальная фобия
- специфическая фобия
- диссоциативные расстройства
- большое депрессивное расстройство или депрессивный эпизод, рекуррентное депрессивное расстройство

- биполярное аффективное расстройство
- зависимость от психоактивных веществ (ПАВ)
- резидуально-органические заболевания головного мозга
- органические заболевания головного мозга
- шизофрения.

При наличии у пациента связи клинических и психопатологических нарушений со стрессом ПТСР рекомендуется дифференцировать со следующими нозологиями с целью точной верификации состояния: острая реакция на стресс, расстройство адаптации, хроническое изменение личности после катастрофы.

После введения к использованию МКБ-11 ПТСР также будет необходимо дифференцировать с «продолжительной реакцией горя». Пролонгированная реакция горя – расстройство, при котором после смерти близкого человека сохраняются стойкая и всеохватывающая грусть и тоска по умершему или постоянная погружённость в мысли о покойном. Данные переживания продолжают аномально длительный период по сравнению с ожидаемой социальной и культурной нормой (например, по крайней мере 6 месяцев или больше в зависимости от культурных и контекстуальных факторов), и они достаточно сильно выражены, чтобы вызвать значительное ухудшение в функционировании человека. Данные переживания также можно охарактеризовать как трудности принятия смерти, ощущение потери части самого себя, злбу в отношении потери, чувство вины или трудности со вовлечением в социальные и другие виды деятельности.

У пациентов с признаками ПТСР рекомендуется проводить дифференциальную диагностику со следующими расстройствами с целью точной верификации состояния:

- расстройства, связанные со стрессом (острая реакция на стресс, расстройство адаптации, хроническое изменение личности после переживания катастрофы)
- паническое расстройство
- генерализованное тревожное расстройство

• расстройства, связанные со стрессом (острая реакция на стресс, расстройство адаптации, хроническое изменение личности после переживания катастрофы)

- паническое расстройство
- генерализованное тревожное расстройство

• расстройства, связанные со стрессом (острая реакция на стресс, расстройство адаптации, хроническое изменение личности после переживания катастрофы)

- социальная фобия
- специфическая фобия
- диссоциативные расстройства
- резидуально-органические заболевания головного мозга
- органические заболевания головного мозга
- специфические расстройства личности
- шизофрения
- острое полиморфное психотическое расстройство
- гипоталамическое расстройство
- патология щитовидной железы
- феохромоцитома
- употребление ПАВ (например, амфетаминов, кокаина и др.)
- отмена производных бензодиазепа
- побочные эффекты фармакотерапии (к примеру, кортикостероидов системного действия, половых гормонов, психостимуляторов, средств, применяемых при синдроме дефицита внимания с гиперактивностью, и ноотропных препаратов других психостимуляторов и ноотропных препаратов и препаратов для лечения заболеваний сердца).

Диагностика. В МКБ-10 выделены следующие критерии ПТСР:

А. Больной должен быть подвержен воздействию стрессорного события или ситуации (как коротко, так и длительно длящихся) исключительно угрожающего или катастрофического характера, что способно вызвать общий дистресс почти у любого индивидуума.

Б. Стойкие навязчивые воспоминания или «оживление» стрессора в навязчивых реминисценциях, ярких воспоминаниях или повторяющихся снах, либо повторные переживания горя при воздействии обстоятельств, напоминающих или ассоциирующихся со стрессором.

В. Больной должен обнаруживать физическое избегание или стремление избежать обстоятельств, напоминающих, либо ассоциирующихся со стрессором (что не наблюдалось до воздействия стрессора).

Г. Любое из двух:

1. Психогенная амнезия (F40.0), либо частичная, либо полная в отношении важных аспектов периода воздействия стрессора.
2. Стойкие симптомы повышения психологической чувствительности или возбудимости (не наблюдавшиеся до действия стрессора), представленными любыми двумя:
 - а) затруднение засыпания или сохранения сна;
 - б) раздражительность или вспышки гнева;
 - в) затруднения концентрации внимания;
 - г) повышение уровня бодрствования;
 - д) усиленный рефлекс четверохолмия.

Д. Критерии Б, В и Г возникают в течение 6 месяцев после стрессорной ситуации или в конце периода стрессора (для некоторых целей начало расстройства, отставленное более чем на 6 месяцев, может быть включено, но эти случаи должны быть точно определены отдельно).

Жалобы и анамнез. Основные жалобы, характерные для пациентов с ПТСР: вспышки воспоминаний о травмирующей ситуации; повторяющиеся переживания психотравмирующего события в виде ярких навязчивых воспоминаний, сопровождающихся страхом или ужасом, ночными кошмарами с содержанием пережитого травматического опыта; повышенная настороженность; стремление избегать каких-либо напоминаний о психотравмирующем событии, мыслей и воспоминаний о событии или избегать деятельности или ситуаций, людей, напоминающих событие; тревога, страх, беспокойство по мелочам, ожидание, что случится что-то ужасное, состояние субъективного ощущения сохранения угрозы, невозможность почувствовать себя в безопасности; частичная или полная психогенная амнезия стрессового события; раздражительность, вспышки гнева, чувство нереальности происходящего; вегетативные компоненты тревоги (приливы жара-холода, потливость, ощущение внутренней дрожи, озноба, сердцебиение, мышечное напряжение и пр.); чувство отстранённости, эмоционального притупления; снижение работоспособности; утрата прежних интересов.

При опросе пациентов, переживших психотравмирующую ситуацию, рекомендуется выявлять нарушения, характерные для ПТСР (на основании критериев, указанных в МКБ-10), и оценивать наличие связи между психопатологическими симптомами и психотравмирующей ситуацией угрожающего или катастрофического характера с целью верификации диагноза.

При сборе анамнеза и проведении клинического интервью у пациентов, переживших психотравмирующую ситуацию, рекомендуется оценивать эмоциональную и сенсорную насыщенность травматических воспоминаний, выявить наличие интрузий в форме повторяющихся и кошмарных сновидений, флэшбеков (стойкие воспоминания или «оживление» стрессора в навязчивых реминисценциях, ярких воспоминаниях или

повторяющихся снах) в психическом статусе с целью дифференциальной диагностики от других заболеваний и планирования психотерапевтических интервенций.

При сборе анамнеза у пациентов, переживших психотравмирующую ситуацию, рекомендуется обратить внимание на давность психотравмирующих обстоятельств (симптомы чаще развиваются в течение 6 месяцев после стрессорной ситуации) с целью дифференциальной диагностики от других заболеваний.

При отсроченной манифестации ПТСР важно выявить, что послужило триггером для манифестации симптомов.

При опросе пациентов с ПТСР рекомендуется использовать структурированное клиническое диагностическое интервью (СКИД), модуль I «ПТСР» с целью дифференциальной диагностики с другими заболеваниями.

При опросе пациентов с подозрением на ПТСР рекомендуется выделить жалобы, относящиеся к вегетативным проявлениям тревоги, носящим устойчивый характер для учёта при подборе терапии.

При сборе анамнеза у пациента с ПТСР рекомендуется обращать внимание и учитывать не только событие, ставшее пусковым фактором ПТСР, но и отягощённость травматическими событиями в целом с целью дифференциальной диагностики и планирования стратегии психотерапии.

Профессионального и осторожного подхода при сборе анамнеза требуют пациенты, пережившие сексуальное насилие, особенно совершённое родственниками или близкими пациентами людьми, поскольку они склонны скрывать факты насилия, особенно совершённые близкими родственниками или знакомыми.

Также необходимо помнить, что рассказ и рассказ о психотравмирующем событии сам может выступать как фактор дополнительной травматизации. Необходимо чутко оценивать состояние пациента и его динамику во время беседы. Большое значение имеет профессиональный психиатрический и психотерапевтический опыт, особенно опыт работы при оказании помощи пострадавшим от травмирующего стресса.

При анализе жалоб и сборе анамнеза у пациентов с ПТСР рекомендуется обратить внимание на наличие возможных коморбидных психических заболеваний (в т.ч. панического расстройства, расстройств личности, депрессивного и биполярного расстройства, зависимости от ПАВ) с целью дифференциальной диагностики и для учёта при подборе терапии.

При анализе жалоб и сборе анамнеза у пациентов с ПТСР рекомендуется точно собирать алкогольный анамнез, уточнять опыт применения ПАВ, активно выявлять возможные предикторы злоупотребления алкоголем или ПАВ с целью планирования терапии и психокоррекционных интервенций.

При анализе жалоб и сборе анамнеза у пациентов с ПТСР рекомендуется обратить внимание на наличие возможной коморбидной соматической патологии с целью дифференциальной диагностики и для учёта при подборе терапии.

При сборе анамнеза и оценке психического статуса у всех пациентов с ПТСР рекомендуется оценить суицидальный риск с целью дифференциальной диагностики состояния, определения вида и объёма психиатрической помощи.

При сборе анамнестических данных у пациентов с ПТСР рекомендуется уделить особое внимание текущим стрессовым факторам в жизни пациента, оценить имеющуюся социальную поддержку, межличностные проблемы, актуальные сомнения и опасения, а также выявить случаи суицидального поведения в анамнезе с целью оценки тяжести состояния и определения объёма психиатрической, психотерапевтической, психологической и социальной помощи.

При сборе анамнеза у всех пациентов с ПТСР рекомендуется подкрепить полученную информацию объективными сведениями со стороны родственников пациента с целью большей точности диагностики.

В процессе первых бесед с пациентами с ПТСР рекомендуется оценить специфику переработки травматического опыта для планирования дальнейших психотерапевтических интервенций.

У пациента уточняют, что было самым тяжёлым в травматическом опыте, определяют особенности экзистенциальной метакогнитивной переработки произошедшего, для чего задаются необходимые уточняющие вопросы.

Физикальное обследование. Подробное физикальное и неврологическое обследование пациентов с симптомами ПТСР рекомендуется с целью исключения соматической патологии и подтверждения психиатрического диагноза, а также для выявления коморбидной патологии.

Физикальное обследование пациента с ПТСР рекомендуется начать с наружного

осмотра, измерения роста, массы тела, уровня физического развития, визуального исследования целостности кожных покровов с целью исключения соматических заболеваний, выявления следов самоповреждающего поведения, инъекций, оценки соматического статуса.

Рекомендуется измерить пульс и артериальное давление лёжа (после отдыха 5 минут) и стоя (через 3 минуты после вставания) с целью оценки вегетативных проявлений и соматического статуса.

В дополнение к стандартному физикальному обследованию у всех пациентов рекомендовано провести осмотр кожных покровов с целью выявления следов от инъекций для исключения факта приёма пациентом ПАВ и выявления следов самоповреждающего поведения.

Лабораторные диагностические исследования. На текущий момент не существует каких-либо лабораторных методов диагностики ПТСР. Основная цель лабораторных исследований – исключение соматических заболеваний, при которых могут наблюдаться симптомы, схожие с ПТСР.

Рекомендуется общий (клинический) анализ крови, анализ крови биохимический общетерапевтический, общий (клинический) анализ мочи для исключения соматической патологии и оценки рисков развития побочных эффектов при приёме психофармакологической терапии.

Рекомендуется провести анализ крови для оценки функции щитовидной железы: исследование уровня общего трийодтиронина (Т3) сыворотки крови, уровня свободного трийодтиронина сыворотки крови (Т3), уровня общего тироксина (Т4) сыворотки крови, уровня свободного тироксина сыворотки (Т4) крови, уровня тиреотропного гормона в крови для исключения патологии щитовидной железы.

Скрининг уровня гормонов щитовидной железы рекомендован для первичных пациентов, которым никогда ранее не проводилось это исследование, или при наличии клинических или анамнестических показаний.

Инструментальные диагностические исследования. На текущий момент не существует каких-либо инструментальных методов диагностики ПТСР. Основная цель инструментальных обследований – исключение соматических (в т.ч. неврологических) заболеваний, при которых могут наблюдаться симптомы, схожие с ПТСР.

Пациентам с ПТСР рекомендуется регистрация электрокардиограммы для оценки соматического состояния, исключения сердечно-сосудистой патологии.

Рекомендуется проведение электроэнцефалографии для оценки биоэлектрических потенциалов головного мозга и исключения пароксизмальных состояний.

Электроэнцефалографическое исследование рекомендуется для первичных пациентов, которые ранее не подвергались этим исследованиям, и/или при наличии клинических или анамнестических показаний. А также по назначению врача-невролога.

Пациентам с ПТСР рекомендуется проведение дуплексного сканирования транскраниальных артерий и вен для исключения сосудистой патологии.

Дуплексное сканирование транскраниальных артерий и вен рекомендуется для первичных пациентов, которые ранее не подвергались этим исследованиям, и/или при наличии клинических или анамнестических показаний. А также по назначению врача-невролога.

Пациентам с ПТСР рекомендуется проведение магнитно-резонансной томографии (МРТ) головного мозга для исключения органического поражения головного мозга.

МРТ головного мозга рекомендуется для первичных пациентов, которые ранее не подвергались этим исследованиям, и/или при наличии клинических или анамнестических показаний. А также по назначению врача-невролога.

Иные диагностические исследования. Клинико-психологическое психодиагностическое исследование

ПТСР является заболеванием, в патогенез и клинические (клинико-психопатологические) проявления которого большой вклад вносят психологические факторы, а одним из эффективных методов лечения является психотерапия. На основании биопсихосоциальной концепции понимания психических расстройств важным представляется привлечение медицинских психологов в полипрофессиональные бригады для участия в проведении лечебно-диагностических мероприятий с целью определения сохранных и нарушенных вследствие болезни индивидуально-психологических особенностей пациента, выделения мишеней психотерапевтического воздействия, объективизации динамики терапевтических мероприятий.

Одной из важных составляющих компетенций медицинского психолога в оказании медицинской помощи пациентам с ПТСР яв-

ляется психологическая диагностика. Могут применяться различные шкалы, прошедшие адаптацию и валидизацию, в зависимости от целей исследования. Предлагаемые ниже методики применяются факультативно, и перечень возможных методик для проведения экспериментально-психологического обследования ими не ограничен.

Пациентам с ПТСР рекомендуется использование психометрических шкал и симптоматических опросников для скрининга на ПТСР, оценки тяжести состояния, выраженности симптомов и их динамики в процессе терапии:

1. Опросник на скрининг ПТСР (Trauma Screening Questionnaire, Brewin C. et al., 2002).

2. Шкала для клинической диагностики ПТСР (clinical-administered ptsd scale – caps).

3. Структурированное клиническое диагностическое интервью (СКИД), модуль I «ПТСР».

4. Шкала оценки влияния травматического события (ШОВТС) (Impact of Event Scale-R – IES-R).

5. Миссисипская шкала для оценки посттравматических реакций (гражданский и военный варианты).

6. Шкала оценки интенсивности боевого опыта (Combat Exposure Scale – CES).

7. Шкала оценки выраженности психофизиологической реакции на стресс.

8. Опросник перитравматической диссоциации.

9. Шкала диссоциации (Dissociative Experience Scale – DES).

10. Шкала безнадёжности Бека (Beck Hopelessness Scale, BHS).

11. Опросник для оценки терапевтической динамики ПТСР (Treatment Outcome PTSD Scale – TOP-8).

Приведённые методики являются психометрическими и/или симптоматическими опросниками, которые позволяют объективно оценить характер и выраженность клинической симптоматики, её динамику, эффект от проводимого лечения. Более полно клинико-психологическая и экспериментально-психологическая диагностика может проводиться медицинским психологом в зависимости от конкретных диагностических задач или для определения мишеней психотерапевтического воздействия. Выбор методов и методик психологической диагностики относится к компетенции медицинского психолога, при соблюдении требования о представлении в тексте психологического заключения испрашиваемых лечащим врачом данных. Могут применяться различные шкалы, прошедшие адаптацию и валидизацию, в зависимости от целей исследования. Методики могут применяться факультативно, и перечень возможных методик для проведения экспериментально-психологического обследования не ограничен. При этом одной из важнейших составляющих участия медицинского психолога в оказании медицинской помощи пациентам с ПТСР является психологическая диагностика. Используются все основные виды, методы и методики, принятые как в психологической диагностике в целом, так и в её прикладном клиническом разделе, именуемом «медицинской психодиагностикой» или «психологической диагностикой в клинике». В соответствии с базовыми теоретическими положениями психологической диагностики в клинической практике используются и клинико-психологические (экспертные) методы (клиническая беседа, наблюдение, интервью, анализ продуктов деятельности и т.п.), и экспериментально-психологические методы. Опросниковые методы опираются в значительной степени на самооценочную природу получаемых данных и имеют свои ограничения в части объективности таких данных. С другой стороны, они в большей степени отражают индивидуально-психологические особенности самой личности и её сохранность/изменённость в ситуации болезни, а также раскрывают широкий комплекс присущих испытуемому связей, отношений, способов реагирования и совладания, иных клинически значимых характеристик личности и личностно-средового взаимодействия и др. Такие данные должны расцениваться в рамках персонализированного подхода при реализации биопсихосоциальной парадигмы современных антропоцентрированных и клинических наук. При этом клинические методы органично вплетены в процедуры экспериментально-психологического исследования и используются непосредственно в процессе выполнения испытуемым проб и тестовых методик. Отличительной особенностью применения клинико- и экспериментально-психологических методов при решении задач психологической диагностики являются учёт и анализ специфики, обусловленной изменённым болезнью психическим и психологическим статусом испытуемого.

(Продолжение следует.)

В Главном военном клиническом госпитале им. Н.Н.Бурденко (ГВКГ) Минобороны России (Москва) под председательством начальника Первого управления – заместителя начальника Главного военно-медицинского управления (ГВМУ) Минобороны России, генерал-майора медицинской службы Александра Сергеевича, главного хирурга Минобороны России, начальника кафедры хирургии неотложных состояний филиала Военно-медицинской академии им. С.М.Кирова (Москва), полковника медицинской службы Александра Чуприны и директора Санкт-Петербургского НИИ уха, горла, носа и речи профессора Владимира Дворянчикова состоялась межведомственная научно-практическая конференция «Этапное хирургическое лечение ранений лор-органов в условиях специальной военной операции».

В настоящий момент боевые действия ведутся в основном на сплошных, относительно стабильных фронтах с глубоко эшелонированной обороной. Линия фронта превышает 2 тыс. км. Впервые против Российской армии применяются касетные и фосфорные боеприпасы. Противник массированно применяет реактивные системы залпового огня (РСЗО), в том числе специально по медицинским подразделениям. В подавляющем большинстве (80-85% случаев) травмы являются сочетанными. До 30-40% ранений являются минно-взрывными, причём три четверти из них – тяжёлые. По словам начальника кафедры (клиники) оториноларингологии Военно-медицинской академии им. С.М.Кирова (ВМедА), главного оториноларинголога Министерства обороны РФ, кандидата медицинских наук, полковника медицинской службы Андрея Голованова, ранения лор-органов составляют 7-8% от всех травм. Были обозначены проблемы ведения раненых с поражениями гортани и трахеи. Во-первых, нет преемственности и единого алгоритма лечения и реабилитации таких больных. Когда накладывать типичную трахеостому? Какую именно? Кто должен этим заниматься? Нет должного ухода за трахеостомой. Необходимо использовать трахеостомические трубки со вкладышами и фенестрированные, применять тепловлагообменники «искусственный нос». Для реабилитации больных с поражениями гортани не хватает фониастров, фонопедов и психоневрологов.

Выступивший в прениях по этому докладу А.Сергеев поручил А.Голованову в месячный срок представить рекомендации по ведению раненых с ранениями лор-органов. В военных санаториях развёрнуто 4 тыс. койко-мест для реабилитации раненых. Для разгрузки военных госпиталей Минздрав России выделил в федеральных медицинских учреждениях Москвы и Санкт-Петербурга 5 тыс. коек. На эти цели ассигновано 3 млрд руб. Необходимо сократить сроки ожидания повторных операций.

Начальник лор-отделения ГВКГ кандидат медицинских наук Сергей Кубышкин представил анализ дефектов и осложнений при оказании помощи раненым в шею с поражением полых органов. При огнестрельных ранениях шеи с повреждением лор-органов хирургическое лечение должно осуществляться по принципам военно-полевой хирургии с максимально щадящим отношением к слизистой оболочке. При повреждениях пищевода и глотки в условиях длительной многоэтапной эвакуации раны должны вестись открыто на тампонах с водорастворимыми мазями. Применение метода вакуумно-аспирационной терапии при лечении огнестрельных дефектов пищевода значительно улучшает течение раневого процесса и ускоряет заживление. При полных разрывах пищевода операция должна завершаться формированием стойких эзофаго- и фарингостомы. При невозможности сформировать эзофагостому дистальный конец заглушается и устанавливается гастростома для питания. При огнестрельных ранениях гортани и трахеи по-

сле иссечения нежизнеспособных тканей и ушивания дефектов слизистой формируется стойкая ларинго- и трахеостомы. Лечение таких раненых возможно только в многопрофильном стационаре, где круглосуточно доступно одновременное участие в лечебном процессе необходимых специалистов различного профиля. Все этапы реконструкции дыхательной и пищеводных путей после ранений целесообразно выполнять только в специализированных профильных лечебных учреждениях.

Проблемам трахеостомии в условиях СВО было посвящено выступление старшего преподавателя кафедры хирургии неотложных состояний филиала ВМедА Дмитрия Пышного. В экстренных случаях по показаниям (асфиксия) осуществ-

лением перешейка щитовидной железы и подшиванием кожи к трахее четырьмя узловыми швами. На этапах эвакуации в трахеостому устанавливается трубка с раздувной манжетой. Давление в манжете не должно превышать 30 мм водн. ст.

Проникающими считаются ранения шеи, которые нарушают целостность стенки дыхательной и/или пищеводной трубки. Они составляют 3% от всех травм во время боевых действий. Кандидат медицинских наук Владимир Хохлов (НМИЦ высоких медицинских технологий – Центральный военно-клинический госпиталь им. А.А.Вишневого) обрисовал три задачи квалифицированной помощи вблизи боевых действий при проникающих ранениях: во-первых,

слуша, чтобы получить форму Ф-100 и эвакуироваться в тыл по медицинским показаниям.

Конференция завершилась выступлением доктора медицинских наук Фёдора Сыроежкина (ВМедА), посвящённом боевой травме уха. Речь шла об акутравме (воздействии звука) и баротравме (колебание атмосферного давления). Состояние тугоухости оценивается через месяц после акутравмы. Лечение акубаротравмы должно осуществляться экстренно в лор-отделении и заключаться во внутривенном введении глюкокортикоидов по убывающей схеме. При наличии изменений со стороны барабанной перепонки и структур среднего уха местно применяются глюкокортикостероиды, антибиотики или антисептики в виде капель.

– Она актуальна и значима для всех оториноларингологов, а также для хирургов. Речь идёт об оказании оториноларингологической помощи на различных этапах медицинской эвакуации. В целом лор-служба Министерства обороны справляется, но, как говорится, ничто не ново под луной. Нужно знать историю. Некоторые вопросы требуют доработки, чтобы была преемственность при эвакуации, чтобы один её этап плавно переходил в другой и позитивно сказывался на здоровье наших военнослужащих. А для этого нужна стратегия ведения таких больных. Она, по большому счёту, давным-давно разработана, но требует коррекции. СВО отличается от того, что было во время контртеррористической операции в Чечне – больший поток раненых, отрабатывается система эвакуации, появились новые врачи, новые методики хирургического лечения.

– О каких методиках идёт речь?

– Например, о чрескожной трахеостомии. Но эвакуация раненых – достаточно длительный процесс, и поэтому требуются испытанные методики, которые уже применялись во время войны в Афганистане и Чечне. Также важны вопросы сурдологического сопровождения. Как известно, война – это травматическая эпидемия, в том числе повреждение органа слуха. Одно дело хирургическое лечение, которое вышло на достаточно высокий уровень по сравнению с тем, который был 20 лет назад. Блестящие хирурги Министерства обороны великолепно справляются со всей хирургической патологией, но необходима сурдологическая служба. В Минздраве эти вопросы тоже не совсем отработаны. Сурдологов там тоже не хватает. Есть такая проблема. Все больные со 2-й и 3-й стадиями глухоты нуждаются в слухопротезировании. Оно для участников СВО должно быть хорошо налажено, а для этого требуется работа с Минсоцзащиты, Минобрразования и Минздравом, чтобы был принят федеральный закон о льготном слухопротезировании для участников СВО. Оториноларингологи отвечают за обоняние, носовое дыхание, голос и слух. Глухота – это более серьёзный недостаток, чем слепота. Она, как говорят классики, лишает способности быстро и адекватно мыслить, приводит к угнетению когнитивных функций – глухой человек уходит в себя. Эти вопросы могут эффективно решаться на достаточно высоком уровне. Сейчас надо подготовиться к тому, чтобы соответствующие органы и службы их проработали.

– Разве это вопрос Минобороны?

– Если Минобороны этот вопрос своевременно не поставит и не проработает совместно с Минсоцзащиты, то потом эти больные придут в Военно-медицинскую академию. Вопрос о льготах для участников СВО должны ставить главные специалисты Минобороны. В данном случае – вопрос о льготном слухопротезировании.

– На конференции говорилось о том, что невозможно реализовать двухэтапную систему медицинской эвакуации...

– Некоторые аспекты оказываются трудно выполнимыми. Когда человек попадает в специализированный стационар, который перегружен, его надо отправлять дальше. Как сказано в Библии, ключики в руках сатаны, и все они отравленные. И совершенно не обязательно многим об этом знать, поскольку не каждый полученную информацию сможет интерпретировать правильно. А как сказал В.Путин, лимит на революции у нас исчерпан.

– Какие уроки может вынести из военного опыта гражданское здравоохранение?

– Они давно известны – как правильно делать трахеостомию, как лечить акубаротравму среднего уха. Другое дело, когда речь идёт об этапах медицинской эвакуации – там есть свои нюансы. Пусть их озвучивает главный хирург. А я просто боюсь сказать лишнее.

Борис НИЖЕГОРОДЦЕВ.

Москва.

Инициатива

Лор-травмы на СВО

Хирурги обсудили вопросы военно-полевой оториноларингологии



вляется коникотомия. Но она может обеспечить дыхание на короткое время (не более суток). Если необходим длительный доступ к трахее, то показана трахеостомия, которую накладывают как лор-врачи, так и анестезиологи-реаниматологи. Часто практикуется методика Сельдингера (чрескожная дилатационная трахеостомия – ЧДТ), которая пришла из Австралии, где мало лор-врачей. «ЧДТ вслепую может привести к фатальным осложнениям, поэтому ни один анестезиолог не будет делать её без бронхоскопии», – сказал докладчик. Осложнениями этой операции являются гипоксия, кровотечение, ложный ход (между канюлей и стенкой трахеи), пневмоторакс. Длинный трахеотомический канал способствует росту грануляций, что приводит к его сужению. При удалении канюли канал спадается, возникает эмфизема шеи. Чтобы этого избежать, необходимо переформировать трахеостому с подшиванием кожи к отверстию трахеи. Противопоказаниями к ЧДТ являются: необходимость немедленного доступа к дыхательным путям; сложная анатомия (короткая и толстая шея, увеличенная щитовидная железа); инфекция в области или рядом с областью для трахеостомии; нарушение свертывания крови; детский возраст и т.д.

Оптимальной считается средняя трахеотомия с рассечением перешейка щитовидной железы. Деканюляция является опасной и ответственной процедурой. Уже при первичной хирургической обработке необходимо думать о последующих реконструктивных операциях. Таким образом, для устранения асфиксии допустимо выполнение любого вида горлосечения (ларингостомия, коникотомия, трахеотомия) в зависимости от обстановки, состояния раненого, наличия сил и средств. Но при первой возможности атипичная стома должна быть переформирована в типичную трахеостому. Трахеостомия должна выполняться на уровне 3-4 полуколец с пересечением и

ликвидация или предупреждение асфиксии и остановка кровотечения, во-вторых, предупреждение развития тяжёлых осложнений, которые могут привести к летальному исходу, в-третьих, подготовка раненых в шею к эвакуации в военные госпитали, оказывающие специализированную и высокотехнологическую помощь.

Конференция была мультидисциплинарной. Торакальный хирург доктор медицинских наук Андрей Васюкевич (ГВКГ) рассказал о бужировании как этапе лечения рубцовых стенозов трахеи и ларинготрахеальной области. Для этого необходимы эндоскопические навыки. Бужирование применяется при стенозах среднего и нижнего отделов трахеи. Используется ригидный трахеоскоп Шторца и баллонная дилатация под местной анестезией. Для бужирования используют трубки различного диаметра на оптическом телескопе, причём трубки меняют от меньшего диаметра к большему.

Анестезиолог-реаниматолог Дмитрий Мурзин (ГВКГ) поделился опытом борьбы с нарушениями проходимости дыхательных путей при ранениях шеи. Подполковник медицинской службы Борис Зайченко (1-й филиал ГВКГ) остановился на проблемах сортировки раненых и оказании помощи гражданскому населению новых территорий при критическом дефиците лор-врачей. В этих условиях важна кадровая работа – выявление узких специалистов из числа мобилизованных военнослужащих и содействие в привлечении их к работе по профессии. Также должна быть решена проблема специального медицинского оснащения: «Работаешь только тем, что взял с собой». Речь идёт об отоскопе, осветителях, Wi-Fi-эндоскопе, соединённом с мобильным телефоном и планшетом. Связь, как местная, так и с «большой землёй», плохая и небезопасная. Отдельно он остановился на диагностике акубаротравмы. Наблюдается много случаев симуляции расстройств

При развитии посттравматического среднего отита терапия дополняется системным введением антибиотиков. При сохранении стойкой перфорации барабанной перепонки более 3 месяцев может быть выполнена тимпанопластика. К тяжёлым ранениям относят поражения среднего и внутреннего уха, обуславливающие функциональное нарушение слуха и речи, а также переломы височной кости с поражением головного мозга. Проблемными вопросами являются: диагностика акубаротравмы на первом этапе оказания медицинской помощи; объём лечения на первом этапе эвакуации; показания к эвакуации на втором этапе.

По данным американских исследователей, шум в ушах и снижение слуха являются лидирующими причинами обращения за финансовой помощью ветеранов ВС США. В конце апреля начальник ГВМУ направил в ВМедА обращение о выдаче слуховых аппаратов военнослужащим, нуждающимся в слухопротезировании. Необходимо создавать сурдологическую службу в ВС РФ.

«Сейчас целое море глухих разбегится по стране», – прокомментировал этот доклад профессор Владимир Дворянчиков. Уволившихся из ВС в связи с нарушениями слуха будет очень много. Стоимость хорошего слухового аппарата – не менее 70 тыс. руб., в то время как стоимость подготовки одного лётчика – 30 млн долл. Необходимо уже сейчас вести работу с Минздравом и Минсоцзащиты по вопросам слухопротезирования и реабилитации военнослужащих.

Сопредседатель конференции, полковник медицинской службы запаса В.Дворянчиков был главным оториноларингологом Министерства обороны РФ. Корреспондент «МГ» попросил его поделиться своими впечатлениями о форуме.

– Владимир Владимирович, чем интересна эта конференция?

Мировой рынок клинических исследований растёт – ежегодно он увеличивается на 10-15% и исчисляется десятками миллиардов долларов. Российской Федерации за последние 5 лет удалось достичь высокого уровня их проведения, это даже не десятки, а сотни клинических исследований лекарственных препаратов и медицинских изделий. Но специалисты, представители регуляторных органов указывают на новые тренды, считают с которыми неизбежно придётся, а также решать проблемы, которые несут изменения на рынке.

Правовые инструменты

Одновременно с развитием технологий разработки лекарственных средств совершенствуются регуляторные подходы для их эффективного и безопасного применения. Всё большее значение приобретают правовые инструменты, позволяющие использовать данные реальной клинической практики (RWD) для этих целей, сказал заместитель министра здравоохранения России Сергей Глаголев на X Всероссийской конференции с международным участием «Актуальные вопросы доклинических и клинических исследований лекарственных средств и клинических испытаний медицинских изделий».

И здесь, что называется, нет худа без добра – передовым краем совершенствования законодательства в этой области стала пандемия COVID-19. После её начала Минздрав России в кратчайшие сроки создал инструменты для сбора информации о заболевших и вакцинированных пациентах, содержащие данные реальной клинической практики. На их основе принимались регуляторные решения, которые и обеспечили больным доступ к передовой терапии. Сегодня механизмы ускоренной регистрации, отработанные в тот период, помогают препятствовать действиям недружественных стран в отношении России. Благодаря тем решениям удалось сохранить ассортиментную доступность зарегистрированных в стране лекарственных средств и заложить основы для развития технологического суверенитета страны, отметил С.Глаголев.

Есть успехи и в развитии базовой регуляторики ЕАЭС. Так, вступившие в прошлом году в силу поправки в правила регистрации лекарственных средств ЕАЭС подразумевают условную регистрацию с необходимостью их пострегистрационного изучения. Параллельно этому индустрия активно развивает инфраструктурные ресурсы, мобильные приложения – они становятся неотъемлемой частью разработки лекарственных средств и контроля эффективности фармаконадзора.

Для обеспечения качества данных реальной клинической практики при разработке лекарственных средств Минздрав и профильные российские эксперты подготовили проект концепции развития реальной клинической практики, а также руководство по общим подходам по получению, сбору, анализу и использованию таких данных в государствах – членах ЕАЭС. В прошлом году проекты указанных документов были направлены в Евразийскую экономическую комиссию, их принятия ожидают в ближайшие месяцы.

Тем же целям послужит и реализуемый Минздравом федеральный проект создания единого цифрового контура здравоохранения на основе ЕГИСЗ, который включает в себя развитие платформы ВИМИС по важнейшим заболеваниям, создание цифрового медицинского профиля пациента, который позволит консолидировать информацию о состоянии, оказанных медицинских услугах на всех этапах медицинской помощи. «Реализация данных проектов позволяет на новом уровне оценивать качество медицинской помощи, фармакотерапии, профилактики, приверженность лечению, а также взвешенно принимать решение

при оценке технологии здравоохранения», – сказал заместитель министра.

По данным заместителя начальника Департамента регулирования обращения лекарственных средств и медицинских изделий Минздрава России Азата Шарафетдинова, научными разработками для здравоохранения в рамках государственных заданий сейчас занимаются 85 организаций министерства. Их поддерживают также Минобрнауки, Минпромторг. В рамках федерального проекта «Медицинская наука

и бюджетоемкие международные исследования оригинальных препаратов, доводят до финала начатые исследования, но новые не иницируют. Novartis, Pfizer, Johnson&Johnson объявили об ограничении деятельности в России, отказываются от инициации новых и прекращают набор пациентов в текущие. Международные контрактно-исследовательские организации постепенно покидают РФ, рассказал генеральный директор НИИЦ им. В.А.Алмазова глав-

дигма клинических исследований должна включать децентрализованные (виртуальные) исследования, которые используют телемедицину и носимые устройства для сбора данных и не применяют классических визитов в клиники. Преимущества такого подхода – в скорости набора и удобстве для пациента, в более репрезентативной популяции, в получении данных в режиме реального времени, а также в снижении их цены.

Источниками реальных данных становятся регистры и реестры,

данных из разных источников, проблемы конфиденциальности и защиты персональных данных, наконец, качества больших данных, собранных в «полевых условиях»: как известно, «мусорные» данные на входе порождают такие же «мусорные» данные на выходе. К тому же любые данные, которые собираются ретроспективно, подвержены манипуляциям, искажениям, поэтому доверие к ним изначально меньше.

Тем не менее число виртуальных исследований в мире в последние

Перемены

Реальные перспективы реальных данных

Глобальные спонсоры сворачивают клинические исследования в стране, для замещения нужны серьёзные изменения



для человека» ведётся работа по расширению инструментов поддержки ранних фаз клинических исследований лекарственных препаратов в условиях санкционных мер. Также при Минздраве созданы и функционируют координационный Центр исследований разработок в области медицинской науки, Центр трансфера медицинских технологий. Их задача – содействовать внедрению и коммерциализации перспективных продуктов медицины в сферу здравоохранения.

Также он сообщил, что подготовлены изменения в Федеральный закон № 61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств» с целью приведения его в соответствие с правом ЕАЭС. Документ в настоящее время рассматривается правительством. Проект предусматривает расширение понятийной аппаратуры, определение понятий орфанных, высокотехнологичных, генотерапевтических лекарственных препаратов, продуктов на основе соматических клеток, а также изменение требований к регистрации воспроизведённых препаратов, создание подзаконных нормативно-правовых актов, детализирующих порядок и требования к обращению лекарственных средств.

Объём клинических исследований в РФ

В 2021 г. выдано 908 разрешений на все виды клинических исследований. В 2022 г. – 740. Из них:

- 58% – локальные клинические исследования;
- 40% – международные мультицентровые клинические исследования;
- 2% – пострегистрационные исследования.

Новая идеология

Со второй половины прошлого года общее число выданных разрешений на проведение клинических исследований в стране по сравнению с 2021 г. снизилось на 18,5%. Глобальные спонсоры, про-

фильный кардиолог Минздрава России Евгений Шляхто.

Что касается мирового рынка клинических исследований, то он, несмотря на рост, находится в кризисе, сказал эксперт. Его развитию препятствуют слишком высокая стоимость проведения исследований, устаревание технологий, различия между получаемым в исследованиях эффектом терапии и реальным внедрением. И в целом в области доказательной медицины всё не слава богу, в последние годы её сотрясают скандалы, сказал специалист: «Если мы вспомним 2020-2021 гг. и историю пандемии COVID-19, то проблемы были очевидны – в связи с публикациями в высокорейтинговых журналах. Это избирательность и рекламный характер публикации, подтасовка результатов, репринты. Это подкуп редакций журналов, которые получали выплаты в огромных размерах, это пристрастные публикации, исходящие из финансовых интересов. Это то, что мы увидели, тот урок, который мы извлекли».

По мнению Е.Шляхто, менять ситуацию необходимо, новые подходы к реализации клинических исследований могли бы сделать их более гибкими и дешёвыми. Это прежде всего адаптивный дизайн, который может меняться в зависимости от предварительных результатов после рандомизации. «Это может уменьшить ту гигантскую среднюю стоимость новой молекулы, которая за последние 5 лет увеличилась практически в 2 раза». Другие необходимые шаги – это введение системы электронного сбора данных (Electronic Data Capture) и системы дашбордов с показателями высокого риска и важности (Risk Based Monitoring – метод мониторинга, который позволяет отказаться от 100% проверки исходных данных при одновременном повышении безопасности пациентов и качества данных), использование электронной медицинской карты, гибридных контрольных групп, виртуальных исследований.

Главный кардиолог Минздрава России уточнил, что новая пара-

базы данных медицинских организаций, и особенно ЭМК, базы данных аптек и страховых фондов и компаний, социальные сети, приложения для мобильных телефонов и носимые устройства, онлайн-платформы, созданные самими пациентами. Е.Шляхто особо остановился на регистрах как одном из эффективных способов получения информации. По его словам, такая организованная система, которая собирает единообразные клинические и другие данные для оценки определённых исходов в популяции, которая включает пациентов с определёнными заболеваниями, принимающих определённые лекарственные препараты и пользующихся определёнными продуктами, медизделиями, может дать бесценную информацию.

«Я не за то, чтобы противопоставлять эти понятия. Должно быть гармоничное сочетание клинических исследований и всех аспектов, связанных с получением реальных данных. Мне кажется, что все недостатки первых могут быть устранены с помощью реальных данных», – пояснил он свою позицию.

Польза здесь очевидна абсолютно для всех сторон, прежде всего для пациента, но также для учреждений и врачей, потому что можно сформировать систему поддержки принятия решений, получить больше доказательных данных. Государство тоже оказывается в выигрыше, поскольку возрастёт эффективность лечения, уменьшатся расходы, появится возможность управлять качеством помощи и прогнозировать эффективность терапии. Области, где применение данных реальной практики наиболее очевидно, это сравнительная эффективность медицинских вмешательств, мониторинг безопасности, оценка приверженности, затраты и эффективность использования ресурсов здравоохранения, развитие персонализированной медицины.

Есть, конечно, проблемы, связанные с самими реальными данными, признаёт специалист. В частности, их источники очень трудно контролировать в силу большого количества и разнородности. Существуют проблемы стандартизации данных – между отдельными клиниками, практиками внутри региона, между регионами и странами. Поэтому здесь медицина движется к тому, чтобы внедрить определённые рекомендации по использованию гаджетов, которые будут источниками сбора информации, чтобы действовали единые правила использования технологии и автоматической обработки цифровых данных. Есть вопросы и в отношении противоречивости

годы увеличилось в десятки раз, это говорит о том, что это направление будет развиваться, уверен специалист. Например, в Европе в феврале 2022 г. стартовал проект EMA – сеть анализа данных и опроса в реальном мире. В его рамках будут создавать и расширять каталог источников данных наблюдений для использования и регулирования лекарственных средств, представлять источники проверенных реальных данных об их использовании, безопасности и эффективности. А также решать различные задачи путём внедрения высококачественных неинтервенционных исследований, включая разработку протоколов, изучение соответствующих источников данных, интерпретацию и представление результатов исследований.

В России клинические исследования долгое время развивались по пассивному сценарию следования за потребностями спонсоров и требованиями регулятора, сказал Е.Шляхто. «В сложившейся ситуации рынок международных исследований будет продолжать сокращаться, а его замещение российскими компаниями и компаниями из дружественных стран происходит в основном за счёт более простых исследований без существенной научной составляющей. Законодательные, организационные, бюрократические барьеры мешают развитию новой идеологии клинических исследований, в том числе в области искусственного интеллекта и сбора реальных данных», – обрисовал он складывающуюся ситуацию. При этом в РФ выстраивается одна из лучших в мире систем информатизации медицины и платформа для сбора данных реальной клинической практики, отметил он.

Отвечая на вопрос, что следовало бы изменить, специалист высказался за модернизацию законодательства, гармонизацию клинических исследований и апробации. По его мнению, необходимо уточнить позиции относительно того, кто может инициировать исследования, повысить роль академической науки, формировать научный подход к сбору, анализу и интерпретации данных в условиях реальной клинической практики, решить вопросы доступа к ним, в том числе со стороны компаний. Наконец, упростить и упорядочить процедуры получения разрешения и регистрации, гармонизировать их с требованиями ЕАЭС и ввести регламент использования данных реальной практики, выстроить в ЕАЭС инфраструктуру для многоцентровых исследований.

Римма ШЕВЧЕНКО,
корр. «МГ».

Комитет Госдумы РФ по охране здоровья отклонил предложение группы депутатов и сенаторов разработать закон, запрещающий рекламу безрецептурных лекарств и БАДов. Отклонил моментально, без дискуссии, как только стало известно, что Минздрав России отрицательно отозвался на такую законодательную инициативу.

Пациент с возу – системе легче

Вся процедура обсуждения длилась не дольше 10 минут. Депутат Госдумы Сергей Леонов от имени группы авторов предложил внести изменения в федеральное законодательство в части рекламы безрецептурных лекарств.

– Мы считаем, что в этой рекламе нет никакой необходимости, потому что в идеале любые, даже безрецептурные препараты человека должен назначать врач с учётом не только определённых симптомов заболевания, но и особенностей здоровья данного человека. Нельзя назвать безобидным бесконтрольное потребление безрецептурных обезболивающих или противовирусных препаратов. Люди сами себе назначают лечение, а потом система здравоохранения тратит средства ОМС на оказание им помощи при утрате трудоспособности. Таким образом, с одной стороны, страдает здоровье пациента, с другой – бюджет РФ, – сформулировал С.Леонов.

В свою очередь, заместитель министра здравоохранения РФ Сергей Лаголев сначала напомнил, что и в Законе о рекламе, и в Законе о лекарственных средствах прописаны базовые нормы, ограничивающие предоставление недостоверной информации и призывающие проконсультироваться с врачом.

– Следует также отметить, что сегодня мы разрешаем безрецептурное применение препаратов в соответствии с определёнными критериями, гармонизированными с лучшими мировыми стандартами, которые предполагают, во-первых, возможность пациента самостоятельно правильно диагностировать развившееся у него состояние или симптом, во-вторых, низкую частоту развития нежелательных реакций на препарат, в-третьих, в число безрецептурных не могут попасть препараты, к которым возникает привыкание, – продолжил С.Лаголев.

По поводу ограничения рекламы безрецептурных препаратов и возможного снижения косвенных расходов системы здравоохранения заместитель министра высказался так: «Скорее всего, наоборот – невозможность приобрести лекарство и на ранних стадиях купировать симптомы заболевания будут провоцировать обращения к врачу и создавать дополнительную нагрузку на систему здравоохранения».

– Суммируя сказанное, мы не поддерживаем данную законодательную инициативу, – подытожил представитель Минздрава.

После услышанного сам собой напрашивается вывод, что регулятор не просто одобряет самолечение, но и признаёт, что реклама лекарств фактически замещает функцию дефицитного участкового терапевта.

Позиция министерства предельно ясна, но более удивительна позиция Комитета по охране здоровья. Каким образом реклама лекарств в СМИ способствует этой самой охране здоровья, никто так и не смог пояснить.

Депутат Александр Петров, который, судя по информации в открытых источниках, имеет непосредственное отношение к фармацевтическому бизнесу, считает, что реклама безрецептурных лекарств в действующих законах регламентирована достаточно жёстко. Член комитета Андрей

Горохов сообщил, что он долго занимался темой продвижения лекарств и выяснил: аптечные сети за деньги продвигают препараты. И если рекламу в средствах массовой информации ФАС ещё как-то контролирует, то за скрытой рекламой безрецептурных препаратов в аптеках вообще никто не следит. Впрочем, справедливое замечание депутата не повлияло на общее мнение, а оно таково: союз фармацевтического и рекламного бизнесов должен оставаться неприкасаемым.

Заместитель председателя комитета Леонид Огульхоть и назвал нынешнюю ситуацию с рекламой лекарственных препаратов и

профилактической медицины помогала одна из крупных немецких фармацевтических компаний.

Второе мнение

Если бы апологеты концепции самолечения не опирались исключительно на доводы БигФармы, а обратились к мнению российских независимых экспертов, они бы увидели другую точку зрения. Как раз незадолго до появления «Концепции» в журнале «Культурное население России» вышла статья «Практики самолечения российского населения», её автор – старший научный сотрудник Федерального научно-исследовательского социологического

Проблемы и решения

Минздрав — за самолечение?

Законодатели вслед за чиновниками закрыли глаза на рекламу лекарств

биологически активных добавок беспределом, но считает, что наводить порядок нужно в каком-то ином формате. В каком именно, осталось неясно.

Одним словом, все понимают, что реклама лекарств подчинена интересам бизнеса, а не здоровья, однако предложение изъять людей от рисков, сопутствующих самолечению, было отклонено.

Сам себе доктор

Напомним, что Минздрав России ещё в марте 2018 г. фактически провозгласил право граждан не обращаться за помощью к медикам «по пустякам», а лечить себя самим. Именно тогда Национальный медицинский исследовательский центр профилактической медицины Минздрава России представил «Концепцию ответственного самолечения». Как было сказано в материалах для прессы, в перечень заболеваний и симптомов, при которых самолечение может применяться эффективно и безопасно, входит симптоматическое лечение простуды, аллергических проявлений, дерматологических заболеваний, поражений кожных покровов, слабой и умеренной боли, функциональных расстройств ЖКТ лёгкой степени.

Непонятно, правда, на чём основана их уверенность в том, что каждый «самолеченец» способен отличить ОРВИ от пневмонии, коклюш от астмы, диатез от псориаза, умеренную боль в животе от перитонита и т.д.

С недоумением уже тогда, 5 лет назад, воспринимался следующий довод авторов: «Разработанная НИИЦ профилактической медицины концепция может стать важным этапом на пути к новой модели национальной системы здравоохранения. Внедрение принципов ответственного самолечения позволит повысить качество жизни населения и снизить затраты на обеспечение медицинской помощи». Ссылаясь на европейские исследования, составители доктрины самолечения сообщили, что, если хотя бы 5% пациентов придут к ответственному лечению лёгких недомоганий, экономия составит 16 млрд евро в год».

Весьма оригинальный аргумент в пику тем, кто призывает увеличивать расходы на здравоохранение в России: не надо добавлять денег, надо просто как в «ведущих странах», призывать людей реже обращаться за медицинской помощью и создавать для этого все условия, главное из которых – доступность безрецептурных лекарств и их активное рекламирование. Остаётся добавить, что формулировать данную концепцию российскому НИИЦ

центра Российской академии наук Людмила Шилова.

Автор ссылалась на результаты многолетнего мониторинга НИИ общественного здоровья им. Н.А.Семашко, согласно которым основная масса больных откладывает обращение к врачу и 70% из них начинают лечиться самостоятельно. По данным опросов Фонда общественного мнения, 52% респондентов, предпочитающих лечиться самостоятельно, обращаются за медицинской помощью лишь в самом крайнем случае, который приводит пациента не в поликлинику, а сразу в стационар.

Как отмечено в статье, самолечение как стратегия поведения населения растёт, опираясь на определённые ресурсы. Люди полагаются на собственный опыт, полученные ранее рекомендации врачей, советы близких и друзей, на рекомендации аптекарей, а также на советы в СМИ.

– Все виды СМИ проявляют гибкость и расторопность, успешно поднимая рейтинги и тиражи за счёт предоставления широкого спектра медицинской информации. Медицинские ток-шоу есть на каждом канале ТВ, они имеют высокие рейтинги, но при этом не несут ответственности за то, что их информацией пользуются люди, которые сами ставят себе диагнозы, – отмечает социолог.

По словам Л.Шиловой, самолечение в такой степени распространённости несёт в себе огромные риски и для здоровья населения, и для самой системы здравоохранения. Именно распространённость самолечения приводит страну к высоким показателям предотвратимой смертности. Речь идёт о смерти вследствие болезней и состояний, которые можно предотвратить, если вовремя получить медицинскую помощь.

Ещё одна заметная публикация на данную тему появилась в журнале «Клиническая фармакология и терапия» в мае 2016 г. Группа учёных из Смоленского государственного университета провела многоцентровое исследование «ФарСаР», в рамках которого оценила практику самолечения в городах России. Опираясь не на эмоции, а на цифры, авторы статьи сделали такие выводы: население РФ, независимо от региона, часто применяет лекарственные средства для самолечения. По мнению исследователей, самолечение – это одновременно и гигантский ресурс здравоохранения, и совокупность потенциальных рисков, сопряжённых как с неправильным применением безрецептурных препаратов, так и с использованием высокоактивных рецептурных препаратов без предшествующей консультации с врачом.

– Для предупреждения негативных последствий самолечения необходимы, с одной стороны, разработка и распространение качественных информационных материалов для населения с целью предупреждения нерационального применения лекарств, с другой – ограничение, а ещё лучше вообще запрет рекламы лекарств в СМИ, носящей, как правило, однобокий и необъективный, а зачастую назойливый агрессивный характер, – пишут учёные-медики.

Уступить или наступать?

Очевидно, что фармбизнес будет изо всех сил сопротив-

ке, потом ждать несколько дней приёма, затем тебе дадут талон на анализы и только после того, как результаты будут получены, врач назначит лечение.

Это плохой сценарий, но оправдывать с его помощью роста рекламы лекарств не следует, я считаю. В этом смысле фраза министра о способности пациента грамотно диагностировать у себя какое-то состояние или симптом выглядит более чем странно: как человек, не имеющий медицинского образования, может сам себе поставить правильный диагноз? И зачем мы это поощряем, ради интересов фармы? Или чтобы больные не надоедали врачам?

Опрос САМ СЕБЕ ЛЕКАРЬ

Большая часть россиян практикует самолечение. А каждый второй верит в целительное действие народной медицины

При плохом самочувствии вы предпочитаете сразу обращаться к врачам или лечиться самостоятельно? (%)



Источник: ФОМ, 2017 год

Доверяете ли вы... (в % в каждом пункте указана доля россиян, ответивших утвердительно)

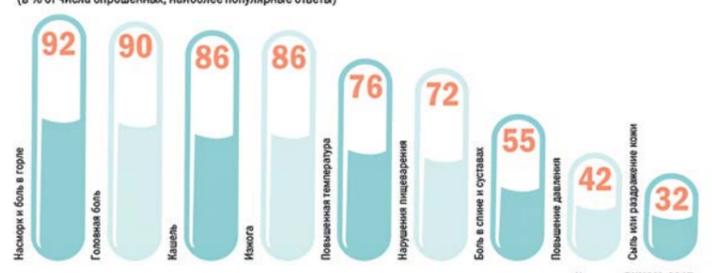


Источник: «Левада-центр», 2017 год

Детали ОТ НАСМОРКА ДО СЫПИ

Чаще всего россияне лечатся сами при симптомах простуды. Но вообще спектр заболеваний обширен

Симптомы, при которых россияне склонны лечиться самостоятельно (в % от числа опрошенных, наиболее популярные ответы)



Источник: ВЦИОМ, 2017 год

За прошедшие 5 лет объём рекламы заметно вырос, вероятно, и уровень самолечения тоже

лжаться любым попыткам ограничить рекламу безрецептурных лекарств, работая через своих лоббистов. Означает ли это, что после первого «нет» попытки навести порядок в системе «ответственного самолечения» следует прекратить? С таким вопросом корреспондент «МГ» обратился к одному из авторов законодательной инициативы – заместителю председателя Комитета по охране здоровья кандидату медицинских наук С.Леонову.

– Объёмы рекламы всегда отражают динамику спроса потребителя на тот или иной товар либо услугу. Если затраты на продвижение продукта не окупаются, рекламодатель сокращает их, так как рынок. Сегодня объём рекламы лекарств и БАДов в России сопоставим разве что с рекламой мобильной связи и банковских услуг. О чём это говорит?

– Вы ответили на свой вопрос: человек предпочитает не общаться с врачом, ему достаточно рекламных объявлений. Обилие рекламы безрецептурных препаратов само по себе указывает на низкую доступность медицинской помощи. Проблемы существуют, что ни говори, особенно в первичном звене. Сначала нужно записаться к врачу в поликлини-

Наконец, ещё один фактор, который заставляет сомневаться в значении рекламы лекарств для формирования «ответственного самолечения»: продвижение своего товара заказывают лишь те фармкомпании, которые имеют возможность платить за это, хотя нет никакой гарантии того, что это самые эффективные препараты в своей категории.

– По-вашему, отсутствие публичной рекламы лекарств сократит долю приверженцев самолечения? Не получится ли, что в этом случае основным доверенным лицом для них станут вовсе не участковые терапевты, а работники аптек?

– Действительно, фармацевты наделены правом консультировать покупателей по безрецептурным препаратам. Казалось бы, разве это не достаточный аргумент, чтобы обходиться без рекламы в СМИ? Но, к сожалению, здесь тоже не всё прозрачно.

Аптечные сети, имеющие договорённости с производителями, предлагают покупателям, прежде всего, те безрецептурные препараты, которые им выгоднее продать, потому что таким образом они зарабатывают на скидках от крупных фармкомпаний. Так что доверие к фармацевтам аптек условное. Если в медицинском

сообществе порядок более-менее наведён, аффилированность врачей с представителями фармацевтических фирм отслеживается, то в аптечных сетях такого контроля нет.

– Как вы полагаете, при сокращении или полном запрете рекламы лекарств цены на них снизятся?

– Конечно, ведь затраты на продвижение препарата в СМИ или через аптеки заложены в его отпускную цену. В итоге зарабатывают завод по производству препаратов, дистрибьюторы, рекламные агентства, СМИ и аптеки, а пациент это оплачивает. Таким образом, откровенную и несомненную пользу от рекламы лекарств имеют все, кроме конечного потребителя. Первые получают финансовую прибыль, а какую пользу получает от рекламы лекарств пациент, определить невозможно.

При этом возможный вред вполне реален. Поясню на примере. Допустим, человек десять раз на дню видит в рекламных паузах на телеканале ролик про крем от боли в спине и суставах в упаковке определённого цвета. Что он сделает, если заболит спина или колени? Правильно, не пойдёт к врачу, а купит в аптеке этот крем и начнёт мазаться им в надежде на выздоровление. У него даже симптомы немного сгладятся, но болезнь будет прогрессировать до состояния запущенности, потому что это не «лёгкий случай», а опухоль позвоночника или аутоиммунный артрит. Вот она – оборотная сторона рекламы «безобидного» крема в яркой упаковке.

– Почему государство всё-таки уходит от решения этой проблемы?

– Во-первых, потому что государство в виде налогов получает колоссальные суммы от самого фармпроизводства и от сопряжённых с ним видов экономической деятельности. Если мы запретим рекламировать лекарства на телеканалах, в печатных СМИ, интернете, эти информационные ресурсы потеряют существенную часть своих доходов, соответственно, возникнет вопрос об их выживаемости. Это вторая причина.

Третье объяснение – уже упомянутая ограниченная доступность первичной помощи. При такой организации здравоохранения мы сами подталкиваем людей к самолечению, опираясь на рекламу. Но, видимо, в представлении регулятора разрешение рекламировать безрецептурные препараты некоторым образом нивелирует негатив, который накоплен в обществе по отношению к первичному звену. Получаем три в одном: и «первичку» разгрузили, и недовольство граждан погасили, и бизнесу дали заработать. Именно роль буфера между пробуксовывающей отраслью и недовольным населением играет реклама лекарственных средств.

В этом списке плюсов нет главного – повышения показателей общественного здоровья. Всё, что перечислено, – благоприятный фон для роста рекламных объёмов и прибылей, но данная система не должна служить механизмом, замещающим дефекты организации работы в первичном звене здравоохранения. Теоретически не должна, но практически, как видим, может.

– Выходит, смысла продолжать дискуссии с коллегами по Думе и с Минздравом нет?

– Думаю, мы вряд ли отступимся от своей идеи. Скорее всего, на полный запрет рекламы лекарств депутатский корпус сразу не решится, как не решился сразу на полный запрет вейпов. Однако, если будет активная информационная поддержка антирекламных мер со стороны врачебного сообщества, учёных, организаторов здравоохранения, то какие-то решения придётся принимать.

Елена БУШ,
обозреватель «МГ».

Деловые встречи

Термин «супрематизм», восходящий к латинскому *supremus* (высший, высочайший), был применён художником Казимиром Малевичем для характеристики своих абстрактных композиций, показанных на «Последней футуристической выставке «0,10» в декабре 1915 г. Он выразался в комбинациях разноцветных плоскостей простейших геометрических очертаний – прямых линий, квадрата, прямоугольника, овала и круга.

О Малевиче и супрематизме заставила вспомнить пресс-конференция, посвящённая созданию новой некоммерческой организации с фармацевтической лицензией «Красный круг» и запуску совместной с Общероссийским народным фронтом (ОНФ) медицинской гуманитарной миссии в Донбассе.

Как отметил эксперт ОНФ, главный иммунолог Московской области Андрей Продеус, его организация активно помогает жителям Донбасса. Под эгидой ОНФ там работают более 50 врачей-добровольцев из 14 субъектов РФ. Около 25 тыс. жителей Донбасса получили помощь в передвижных медицинских комплексах. ОНФ организует врачебные бригады, оптимизирует их работу, помогает в реабилитации, обеспечивая людей очками, инвалидными колясками и т.д. Более 120 млн руб. потрачено на приобретение медикаментов, более 60 млн – на медтехнику, более 18 млн – на закупку инвалидных колясок. Осенью прошлого года новым территориям было передано более 200 тыс. доз вакцин против гриппа.

Директор АНО «Красный Круг» Татьяна Чернигина заявила, что эта организация задумана врачами

Медицинский супрематизм

Красный Крест дополняется «Красным кругом»

для сбора, доставки и организации гуманитарной помощи при поддержке Правительства РФ. Уже откликнулись десятки специалистов. Сейчас она находится в процессе получения лицензии на фармацевтическую деятельность. К сожалению, доктор Чернигина не смогла назвать цифру собранных средств. Много ли денег пожертвовали, например, российские олигархи, банки или эстрадные звёзды? Зачем нужен «Красный круг», когда уже есть Российский Красный Крест? Или последний бездействует?

Нейрохирург Андрей Реутов из ЦКБ Управделами Президента РФ сказал, что проблема диспансеризации и профосмотров на новых территориях является общей для врачей всех специальностей. Зачастую там нет условий для полноценного обследования больного. Не налажена маршрутизация как пациентов, так и врачей-добровольцев. Он предложил формировать бригады для оказания специализированной помощи.

Генеральный директор Ассоциации российских фармацевтических производителей и глава Общественного совета при Росздравнадзоре Виктор Дмитриев назвал Крым первым регионом, где отработывалось лекарственное обеспечение. Для успеха дела важны контакты с системами регионального здравоохранения, их интеграция в общую систему страны. Необходима формализация всех процессов: что

нужно, в каких объёмах, где это будет храниться, кто будет получать и назначать лекарства. Сейчас идёт лицензирование аптечных складов. Что должно назначаться в urgentных случаях, а что может продаваться в аптеках без рецепта? В этой связи была упомянута концепция ответственного самолечения.

«Система здравоохранения ДНР становится на рельсы РФ», – отметил и.о. министра здравоохранения ДНР Дмитрий Гарцев. В республике имеется сметное финансирование здравоохранения, а с 1 января 2024 г. начнёт работать система ОМС. «Наполнение российского здравоохранения на порядок лучше украинского», – подчеркнул и.о. министра. Он поблагодарил волонтеров ОНФ за помощь. Но она не всегда оказывалась в нужном месте и в нужное время. Миссией «Красного круга» он считает адресную доставку необходимых лекарств и специалистов. Большой проблемой является кадровый дефицит. С 2014 г. отмечается отток врачей из ДНР и ЛНР. В этих республиках работает два медуниверситета, но, во-первых, выпускников мало и, во-вторых, многие уезжают в другие российские регионы.

Д.Гарцеву 34 года. Он окончил Сеченовский университет, был заместителем министра здравоохранения Сахалинской области, а затем вернулся в alma mater, где возглавил Департамент развития региональных партнёрств, а также

стал директором одного из проектов государственной программы «Приоритет-2030». Должность и.о. министра здравоохранения ДНР занимает со 2 июля 2022 г. По завершении пресс-конференции Дмитрий Анатольевич ответил на вопрос корреспондента «МГ» о том, какие изменения произошли в здравоохранении республики: «Поменялось многое. Мы перешли на российские стандарты и порядки оказания медицинской помощи. Идёт переснащение медицинских учреждений в соответствии со стандартами. Большую помощь оказывают национальные медицинские исследовательские центры. Министр здравоохранения РФ Михаил Мурашко закрепил их за каждой новой территорией. Раз в квартал сотрудники этих центров приезжают в учреждения своего профиля на новых территориях, оценивают ситуацию и совместно с нами вырабатывают пути решения проблем и планы модернизации – внедрение современных схем лечения, использование клинических рекомендаций. Отсюда идёт новое качество оказания медицинской помощи. Вся государственная медицинская помощь для граждан ДНР бесплатная. Есть и частные клиники. Наша первоочередная задача – перейти на систему гарантий, включая ОМС».

Борис НИЖЕГОРОДЦЕВ.

Москва.

Обсуждения

Акцент на здоровье детей и активное долголетие

Юбилейный конгресс по ЗОЖ прошёл на Урале

XV Уральский конгресс по здоровому образу жизни прошёл в Екатеринбурге. Более 800 специалистов из различных уголков России и союзных республик в течение 2 дней обменивались опытом реализации профилактических мероприятий. Особый акцент сделан на укрепление здоровья детей, активное долголетие и вакцинопрофилактику – ключевые направления национальных проектов «Здравоохранение» и «Демография».

«Проведение конгресса стало для нас не только хорошей традицией, но и серьёзным стимулом в развитии, в том числе нашего регионального здравоохранения, – подчеркнул, приветствуя участников конгресса, вице-губернатор Свердловской области Павел Креков. – Сегодня одной из стратегических задач является народосбережение и создание условий, когда люди живут гораздо дольше и качественнее. А это связано со здоровым образом жизни, с внедрением технологий, которые способствуют развитию системы профилактики».

В середине мая губернатор Евгений Куйвашев подписал указ о создании координационного совета по укреплению общественного здоровья на территории Свердловской области. Уральский конгресс стал первым поводом для встречи представителей всех ведомств, входящих в его состав.

«Уверен, что конгресс объединит усилия медиков, педагогов, сотрудников учреждений культуры, спорта, социальных учреждений, надзорных органов, учёных и общественных деятелей, направленные на сохранение здоровья и по-



вышение качества жизни наших граждан», – отметил заместитель министра здравоохранения области Сергей Турков.

Большое внимание участники мероприятия уделили особенностям работы со старшим поколением и успешным практикам, получившим распространение после пандемии новой коронавирусной инфекции. Показательным является опыт взаимодействия Центра общественного здоровья и медицинской профилактики с муниципальным объединением библиотек Екатеринбурга и культурным центром «Минора». Он ставил своей задачей профилактику хронических неинфекционных заболеваний, деменции, укрепление психологического

здоровья уральцев пожилого возраста. Только за последний год в поданных мероприятиях приняли участие около 2 тыс. человек.

По-прежнему актуальной темой остаётся укрепление здоровья детей. Нововведением текущего года в этом направлении стал проект «Сердце зовёт», направленный на профориентацию учащихся образовательных учреждений и снижение кадрового дефицита в здравоохранении.

Приятным сюрпризом для участников конгресса стало подведение итогов областного конкурса «Сказочные истории о здоровье». Его участники – дети от 7 до 11 лет писали сказки о принципах здорового образа жизни и профилактике

инфекционных заболеваний. И хотя такой конкурс в Свердловской области проводился впервые, на него ребята прислали более 200 работ. Авторы лучших из них получили памятные подарки и заслуженное признание участников мероприятия.

«Мы каждый год стараемся привнести в профилактическую работу что-то новое. В пандемию развивали разные формы взаимодействия в режиме онлайн, расширяли выездную работу по вакцинопрофилактике. Сегодня стремимся разнообразить скрининговые и диспансерные обследования свердловчан, внедряем современные и визуально более привлекательные методы профилактики при проведении массовых мероприятий. Так появились интерактивные панели по профилактике табакокурения и алкоголизма, огромные макеты человеческого сердца и лёгких, наглядно демонстрирующие возможные патологии».

На конгрессе представили гостям велотренажер, дающий возможность сделать полезные для здоровья смузи, просто крутя педали велотренажера», – сообщил главный врач Центра общественного здоровья и медицинской профилактики региона Александр Харитонов.

За 2 дня в рамках 12 симпозиумов своим опытом поделились более 95 докладчиков из 6 субъектов Уральского Федерального округа, Москвы, Санкт-Петербурга, Пермского края и Башкортостана.

«Профилактика играет важную роль в увеличении продолжительности жизни и достижении активного долголетия. Уральский конгресс даёт возможность регионам обмениваться лучшими практиками, предоставляет площадку для дискуссий экспертного сообщества. Он стал крупной межрегиональной платформой для презентации самых современных и эффективных инструментов и технологий построения общественного здоровья», – подчеркнул главный эксперт по медицинской профилактике Минздрава России в УрФО Сергей Токарев.

Елена ОСТАПОВА.

Екатеринбург.

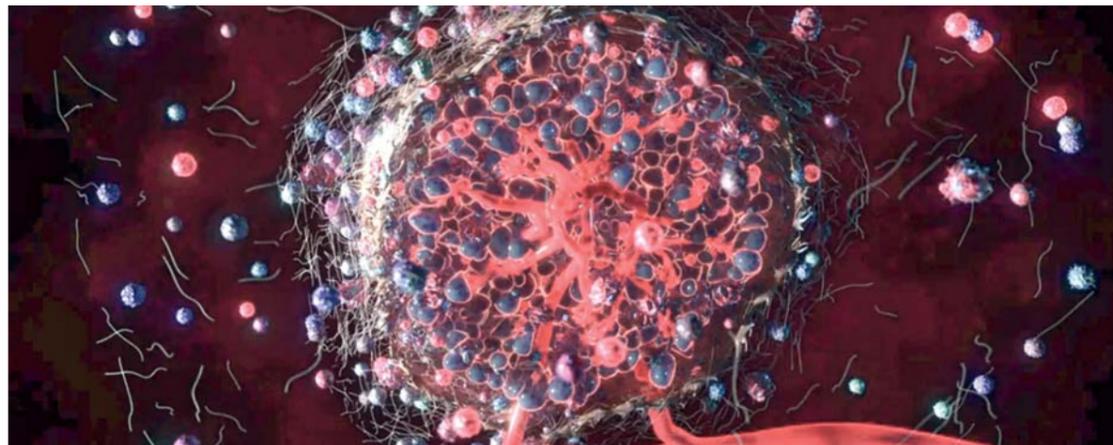
В далёком 1908 г. в Стокгольме вызвали двух ярких противников, а именно нашего И. Мечникова и немца П. Эрлиха. Во время банкета по случаю награждения император Вильгельм II подозвал к себе лауреатов и громко заявил: «А теперь приминитесь за рак!» И причина понятна: он взойшёл на трон в 28 лет в силу того, что его отца погубил рак гортани.

Через пролив от Швеции И. Фибигер, ученик Р. Коха, изучая туберкулёз, обнаружил у крыс в опухолях желудка червеобразных личинок таракана. Он получил Нобелевскую за это открытие, которое, правда потом, после смерти профессора Копенгагенского университета, объявили фейком. Следующую премию за рак нобелевские судьи дали лишь через 40 лет американцу П. Раусу, открывшему вирус саркомы птиц. А за 6 лет до Рауса в Стокгольме вызвали австралийца Ф. Барнета и англичанина П. Медавара. Оба открыли явление иммунной толерантности, которая помогает бороться с реакцией отторжения, британец к тому же первым сказал о клеточных антигенах, запускающих это самое отторжение. Генетическое типирование помогает найти наиболее подходящего донора тканей и костного мозга.

Проблема с лечением разных болезней связана с развитием резистентности к нему. Так, одним из видов воздействия является радиотерапия (РТ), которая, как и «химия», приводит к порывам цепей ДНК, что нарушает клеточное деление. Радиобиология показала, что при этом активируются протеины с характерным названием RAD, один из которых в норме «починает» порывы, а второй осуществляет репарацию генов. Заметим, что цепи ДНК рвутся и в норме, например, при образовании половых клеток. Но починка, как выяснили недавно в Гарварде, может распространиться на весь геном, с чем столкнулось генетическое редактирование, таргетность которого до сих пор далека от идеала. Мешает этому выявленный в Гарварде SSAP, или протеин «отжиг» одиночных цепей ДНК (single-strand). Работа, проводимая с RAD и SSAP очень важна, так как сегодня используются ингибиторы мутантных белков, отличие которых состоит в замене всего одной аминокислоты. Примером может служить ингибитор меланомного протеина BRAF (с заменой валина в 600-м положении на глутаминовую, вы-

Исследования

К классической триаде присоединилась иммунотерапия



Опухолевое микроокружение с красными сосудами

зывающей быструю акселерацию фибросаркомы – Rapid Acceleration of Fibrosarcoma). Он является гомологом белка Ras, выявленного полвека назад в клетках саркомы крыс (Rat sarcoma), откуда и его название.

Геномный «веер» изменений приводит к гетерогенности опухолей, что лишним раз подтвердили в Институте науки Вейцмана в Реховоте. Его сотрудники «проверили» 1163 опухоли 24 типов, сравнив состояние их генома с геномами 6 здоровых линий здоровых клеток, активно взаимодействующих с опухолевым микроокружением. Полученные данные авторы свели в Атлас леченых раковых клеток (Curated Cancer Cell Atlas).

BRAF является ферментом киназой, которая переносит энергетические фосфатные группы на белки, тем самым включая их активность. Другим примером является киназа Chek, проявляющая аномальную активность в опухоли, которая резистентна к «чек-пойнт»-блокаде иммунотерапии. Последняя направлена на активацию Т-лимфоцитов, «призванных» бороться с опухолью. В норме киназа необходима для представления клетками их антигенов. Если они появляются на изменённых клетках, то их называют неоантигенами (НАГ). В здоровом организме с

функциональной иммунной системой появление НАГ на поверхности изменённых генов вызывает естественную реакцию Т-клеток в лице цитотоксических клеток (ЦТЛ), или натуральных киллеров (НК). В шанхайском институте Материя Медика и Чикагском университете выяснили, что метилирование РНК (прибавление к ней метильной группы –СН₃) способствует раковой прогрессии. Модификация РНК вызывается радиооблучением, «включающим» иммуносупрессию за счёт выхода из костного мозга миелоидных клеток. Их созревание даёт макрофаги, ассоциированные с опухолью (TAM). Белок индуцируемого облучением гена нужен для «чтения» РНК (в ходе синтеза белка), и выключение гена приводит к остановке инфильтрации TAM. Следствием выключения становится активация иммунного ответа.

Онкологи давно бьют тревогу в связи с возрастающим загрязнением воздуха. Так, недавно в Сорбонне обратили внимание на картины У.Тёрнера и К.Моне, полотна которых отразили нарастание загрязнения, о чём исследователи написали в журнале PNAS. Потемнела и берёзовая пяденица (Biston betularia) в связи с почернением коры берёзы вследствие индустриальной революции. В XIX веке не было автомобилей, сегодня

усугубляющих ситуацию с раком лёгких, при котором не помогает ICВ. Сотрудники лозаннского Политеха для повышения эффективности иммунотерапии предлагали обращать больше внимания на ТМО опухолей лёгких, а не на лекарства, блокирующие опухолевый ангиогенез. Рост сосудов обеспечивают белки VEGF (Vessel Endothelium Growth Factor – ростовой фактор эндотелия сосудов) и ангиопоэтин. Блокирование их способствует большей инфильтрации Т-клеток в опухоль мышинной модели и одновременно снижению числа TAM в ней. Последнее связано с уменьшением в них активности гена белкового рецептора колоние-стимулирующего фактора макрофагов. Так действует и цисплатин, приводящий к уменьшению в опухоли регуляторных Т-клеток.

Известно, что печень является органом с самой высокой способностью к регенерации, обеспечиваемой наличием активных стволовых клеток. Но их изменение ведёт к фиброзу (цирроз с его характерным потемнением) и раку. За последний отвечают протеины нейротрофин, отвечающий за размножение гепатоцитов, и циклин, регулирующий, судя по его названию, клеточный цикл функционирования и митоза. Мутации последнего приводят

к В-лимфоцитарной лимфоме и ретинобластоме сетчатки. В Институте молекулярных наук Цюриха показали, что регенерация печени тесным образом связана регуляцией синтеза в ней холестерина и белковых рецепторов ростового фактора фибробластов. Напомним, что последние при активации всего четырёх генов дают стволовые клетки взрослых органов и тканей, за открытие чего С.Яманака получил Нобелевскую премию. Тем самым открыта ещё одна молекулярная мишень будущей терапии.

В ходе развития плода органом кроветворения некоторое время является печень (введением её клеток пытались лечить жертв Чернобыля). Этому способствует протеин NRF, представляющий собой эритроидный фактор ядра гепатоцита, изменение которого может приводить к раку печени. В Университете Мельбурна показали роль мутаций гена NRF в печёночных патологиях, генез которых связан с эмбриональным развитием организма. Деление клеток регулируется белками теплового шока (HSP – Heat Shock Protein). Активность их генов подавляется при нехватке АТФ, главного энергоснабжителя клеток, синтез которой блокируется действием токсичного сероводорода (H₂S). Эту особенность предложили использовать в Хэфэйском технологическом университете, доставляя в опухоль сульфид меди (Cu₂S). Сероводород, донором которого является соединение ADT (анетолтриптон, «тион» указывает на серу), также сенсбилизирует опухолевые клетки к действию фототермальной терапии при температуре ниже 45°C. Авторы пишут, что их подход снимает ограничения к применению РТ и показывает клинические преимущества использования фототермальных наноагентов.

Игорь ЛАЛЯНЦ,
кандидат биологических наук.

По материалам Angewandte Chemie, Cancer Cell, Nature, PNAS, Science Signaling, Science Translational Medicine, Scientist.

Бывает и такое

У взрослых людей боль в горле встречается на 47% реже у тех, кто страдал от хронического тонзиллита и перенёс удаление нёбных миндалин, по сравнению с теми, кто получал стандартное медикаментозное лечение. Операция оказалась ещё и экономически более выгодной, чем стандартное лечение.

Уже давно известно, что хронический тонзиллит развивается из-за сложных взаимодействий вызывающего его стрептококка с его факторами патогенности, самими миндалинами и иммунной системой организма. На хронизацию процесса могут повлиять даже индивидуальные особенности расположения миндалин и ход крипт в них. Болезнь встречается как у взрослых, так и у детей. Но с возрастом частота встречаемости меняется: у детей от 2 до 3 лет она составляет 12%, у дошкольников – 5%, у молодых взрослых (18-20 лет) – 25-30%. Естественно, помимо острых местных осложнений (обострения, паратонзиллярный абсцесс) хронический тонзиллит опасен системным воздействием на организм: повышается риск развития системных заболеваний

Экономически выгодное лечение

соединительной ткани из-за антигенной мимикрии стрептококка и хронической активации иммунной системы.

Поэтому лечение хронического тонзиллита помогает снизить риск его системных осложнений. В зависимости от тяжести (степени компенсации) хронический тонзиллит лечат с помощью антибиотиков при простых обострениях. Однако если обострения случаются часто, или часто возникают местные осложнения, или есть признаки системной реакции организма, пациенту рекомендуют удалить миндалины как очаг хронической инфекции. Обычно миндалины удаляют в детстве при первых признаках хронизации процесса, однако иногда такое случается во взрослом возрасте.

Специалисты достаточно часто возвращаются к вопросу удалять миндалины или нет. Были некоторые данные о том, что удаление этого органа иммунной системы может повлиять на защитные свойства иммунитета, но последние метаанализы не подтверждают этого. Несмотря на



это многие пациенты опасаются удалять миндалины из-за потенциальных осложнений операции, в том числе снижения сопротивляемости организма, болезненности процедуры и длительного восстановительного периода. К тому же нет данных об эффективности удаления миндалин во взрослом возрасте.

Джеймс О'Хара из Университета Ньюкасла провёл многоцентровое рандомизированное контролируемое исследование в 27 больницах Великобритании. В исследование попали 453 человека, которых поровну разделили на группу удаления миндалин (тонзиллэк-

томии) и группу консервативного лечения. В финальный анализ попало 429 пациентов: 224 в группе тонзиллэктомии и 205 – медикаментозного лечения. Обе группы были сбалансированы по демографическим характеристикам. Средний возраст участников составил 23 года (межквартильный интервал – 19-30 лет), из них 355 женщин и 97 мужчин.

Изначально 231 участник перенёс тонзиллэктомию: 122 человека прооперированы классическим способом, 91 – с помощью биполярного коагулятора, 8 – с помощью одновременно инструментов и коагулятора, 1 – с помощью коблации, 1 – с помощью углекислотного лазера. Один человек перенёс тонзиллэктомию в другом учреждении, у 7 человек не было подробной информации о типе тонзиллэктомии. Учёные дополнительно фиксировали опыт хирурга, проводившего операцию (это удалось сделать в 219 случаях).

После корректировки на локализацию и исходную тяжесть болезни количество дней в течение 2 лет от включения в исследование,

когда у участников болело горло, было меньше на 47% в группе тонзиллэктомии по сравнению с группой консервативного лечения ($p < 0,0001$). Опыт хирурга не влиял на это соотношение. Также в группе операции значительно увеличилась оценка в опроснике качества жизни, связанного с болью в горле. Наиболее частыми побочными эффектами операции стали кровотечения (34 участника) и инфекция (6 участников). При этом тонзиллэктомию обошла участником в среднем на 889 фунтов стерлингов дешевле, чем консервативная терапия.

Это первое крупное клиническое исследование эффективности удаления миндалин при хроническом тонзиллите у взрослых, которое показывает достоверный положительный эффект операции в отношении снижения числа дней, в течение которых люди испытывают боль в горле. Кроме того, работа показывает экономическую целесообразность процедуры.

Юлия ИНИНА.

По материалам The Lancet.

Наступление лета для многих ассоциируется с Международным днём защиты детей. В наше время мероприятия по случаю этого необычного праздника, который посвящается юному поколению, проходят более чем в полусотне стран мира. Традиционно виновники торжества участвуют в многочисленных развлекательных мероприятиях, организованных для них к знаменательному дню, конкурсах рисунков, концертах самодеятельности.

Но, как представляется, этот день очень актуален именно для взрослых, которые отчётливо вдруг осознают, что забота о детях – это забота о нашем будущем, о будущем страны, задумываются, в чём же остро нуждаются дети, от чего их необходимо защищать. Всячески пытаются порадовать. Посещают благотворительные акции, подготовленные общественными организациями, собирают с миру по нитке деньги на нужды детей-сирот, малышей и подростков с ограниченными возможностями, других малозащищённых категорий. Поскольку у учеников 1 июня начинаются каникулы, родители проявляют острую обеспокоенность об ответственности за безопасность, здоровье и моральное состояние своих чад.

Погружение в сказку

Грандиозный и при этом очень тёплый праздник в первый день лета организовал Российский детский фонд, заслуживший своими добрыми делами уважение и бесспорный авторитет в государстве и обществе. В очередной раз фонд привлёк внимание к проблемам подрастающего поколения. Торжественное открытие состоялось на Новой сцене Большого театра России, где прошло культурно-массовое мероприятие «Мы дети твои, Россия!» Гостию торжества, которое первая в нашей стране благотворительная детская организация регулярно устраивает на протяжении 30 лет, стали свыше 8 тыс. детей. Их ждали красивые интерьеры в бело-зелёных и терракотовых тонах с вкраплением золота, сверкающие хрусталём светильники и люстры, но главное – тёплое, участливое отношение старших. По традиции столица собрала детей, попавших в трудную жизненную ситуацию, обездоленных, оставшихся без попечения родителей, а также из многодетных, малоимущих, бедных, приёмных семей, малышей с инвалидностью, большинство из которых увидели Москву впервые. На сей раз среди юных гостей были и те, чьи родители погибли или участвуют в боевых действиях в ходе специальной военной операции. Маленькие россияне съехались буквально со всех концов страны. Кроме того, из иностранных государств – Китая, Кубы, Вьетнама, Монголии, Белоруссии. Все собравшиеся почувствовали, что безопасность, права и интересы каждого ребёнка, возможность учиться, развивать свои таланты, а также охрана здоровья, качественная медицина являются приоритетами государственной политики.

Преимник и сын основателя фонда, знаменитого детского и юношеского писателя Альберта Лиханова, председатель Российского детского фонда и Фонда защиты детей Дмитрий Лиханов со сцены главного театра страны сердечно поздравил ребятшек. Он прочитал поздравление Президента РФ Владимира Путина, обращённое ко всем участникам праздничных мероприятий. «Отрадно, что по инициативе Российского детского фонда давно существует замечательная, проверенная временем традиция – отмечать этот праздник в Москве, в кругу друзей, – заявил глава государства. – И сегодня столица вновь встречает большую, сплочённую команду ребят из разных городов, посёлков и новых регионов России, а также делегацию из стран СНГ. В России вопросам воспитания детей, укрепления семейных ценностей уделяется приоритетное внимание государства. Важно, что в решении масштабных задач вносят достойный вклад такие авторитетные общественные благотворительные организации, как Российский детский фонд. Его замыслы, идеи, проекты поддерживают мальчишек и девчонок в трудных жизненных ситуациях, содействуют их творческой самореализации. И, конечно, особо отмечу высокую миссию фонда по оказанию помощи детям и семьям бойцов – участников специальной военной операции».

Д.Лиханов поблагодарил Министерство обороны РФ и Национальный центр управления обороной

Акценты

Детство – это светлый праздник?



РФ, который, несмотря на все сложности, специальным бортом доставил большую делегацию ребят из Луганска и Донецка в Москву и обратно домой. «Фонд уже давно поддерживает новые регионы, мы часто бываем там. Привозим не только гуманитарный груз, но и помогаем новыми решениями, проектами. В общем, делаем всё возможное, чтобы люди, которые сегодня, к сожалению, находятся под бомбёжкой, чувствовали, что страна с ними, заботится о них и никогда не оставит без своего внимания и защиты», – добавил Дмитрий Альбертович.

Директор Департамента государственной политики в сфере защиты прав детей Министерства просвещения РФ Лариса Фальковская заметила, что все ребята должны быть счастливы и благополучны, а взрослые – не терять в себе внутреннего маленького ребёнка, что позволяет чувствовать детей. «Сегодня есть возможность прикоснуться к высокому искусству, и это даёт нам надежду и веру, что сила искусства, сила души нашей точно будут силой нашей страны», – сказала она и пожелала школьникам тёплых, добрых, безопасных и развивающих каникул.

Ещё одной особенностью встречи стала демонстрация 2 праздничных видеороликов, созданных при поддержке ШОС, Всекитайской федерации женщин и Российского детского фонда. Их показ одновременно проходил как в России, так и в Китае. «Ролики впечатляющие, они говорят о том, что дружба между нашими странами, которой уже много лет, обретает новые смыслы и новое продолжение», – подчеркнул Д.Лиханов.

После торжественной части началось настоящее волшебство.

Большой театр предложил вниманию детской аудитории один из своих самых ярких, весёлых, сказочных спектаклей – балет Л.Делиба «Коппелия». Это мировая классика. Затаив дыхание, ребята следили за разворачивающимся перед ними действием. Погружение в сказку доставило незабываемые впечатления, позволило хотя бы на время забыть о проблемах, бедах и страданиях. Также в подарок от Российского детского фонда все получили книги и сладости. А затем, подкрепившись на благотворительном обеде в ресторане, отправились на познавательные экскурсии в столичные музеи, по

отсутствию людей. А вот на границе – вереницы машин беженцев, стремящихся спасти себя и жизни своих детей. Конечно, в Москве всего этого не чувствуется и только пунктиром проходит по сердцам тех людей, у кого ребёнок, муж или отец на фронте.

Возвращаясь к медицинской теме, хочу сказать, что на новые территории первым делом мы привезли десант из офтальмологов, чтобы высококвалифицированные специалисты осмотрели детей. К сожалению, Минздрав России нашу инициативу не поддержал. И только благодаря бывшему директору МНТК микрохирургии глаза

в нынешнем году, испытываю противоречивые чувства. Радостно, что удалось согреть души ребят из не самых благополучных семей, воспитанников детских домов, инвалидов, детей бойцов, которые воюют. Сейчас можно услышать возражения: не время праздновать, когда рвутся снаряды. Не могу согласиться с подобной точкой зрения. Опыт Великой Отечественной войны, когда бригады артистов выезжали на фронт, выступали перед ранеными на передовой, в госпиталях, подтверждает, что песни, шутки, частушки, исполняемые со сцены, вызывали неумолкающий смех, давали жизнерадостный от-

дых, поднимали боевой дух. И ныне подобные праздники необходимы, ведь они открывают новые ресурсы для жизни. Дети, пережившие бомбёжки, утраты, должны отдохнуть душой.

Многие сейчас вернутся к себе, а там, особенно в горячих регионах, что? «Прилётеть», страдания, смерть. Книжки, которые на протяжении всей своей жизни писал мой отец, дитя войны, о таких же, как он, ребятах, обретают теперь новые смыслы. Потому что они о том, что сегодня переживают десятки тысяч семей по всей России, у которых отцы и братья воюют на фронте. Возвращаются не все, кто-то приходит инвалидом. Многие повторятся спустя восемь десятков лет. Сердце разрывается. Это, конечно, гуманитарная катастрофа. И когда она закончится, пока никому не известно. Поэтому я желаю, чтобы все эти ребята, которые приехали сюда, были живы и здоровы. Стараюсь быть оптимистом, без этого никак. Любая война рано или поздно заканчивается миром. Хотелось бы, чтобы он наступил побыстрее.

Каждый есть часть материка...

Хочется верить, что встреча в Москве для многих детей стала соприкосновением со сказкой, чудом. Возможно, благое дело взрослых, свет этой доброты сохранится в сердцах ребят на долгие годы, а то и на всю жизнь. Но уверенности в том нет. То и дело возникают тревожные вопросы: как живут, чем дышат дети «на местах» уже через пару недель после праздника? Акция завершена, мероприятия проведены, ответственные отчитались о проделанной работе. Ребятишкам дали подслащённую пилюлю. А дальше – пустота? Живите-выживайте, как знаете? Кто это проверит? Остаётся ждать очередного праздника...

Нет желания завершать на печальной ноте, но, право, поводов для оптимизма не так много. Все мы, врачи, родители, общество в целом, ответственны за происходящее. Только любовь и неравнодушие к судьбе ближнего способны сделать нас человечнее. В связи с этим вспоминается роман Эрнеста Хемингуэя «По ком звонит колокол». Эпиграфом к произведению послужили слова английского проповедника и поэта Джона Донна: «Нет человека, который был бы как остров, сам по себе, каждый человек есть часть материка; ...смерть каждого человека умаляет и меня, ибо я один со всем человечеством, и потому не спрашивай никогда, по ком звонит колокол: он звонит по тебе».

Фраза эта заставляет задуматься об общности человеческих судеб. Ни на миг не стоит забывать, что однажды колокол зазвонит по каждому из нас, настанет время держать ответ за все свои слова и поступки, благочестивые и дурные деяния. Именно потому есть смысл всем нам поразмыслить над последствиями своих решений и над своим местом в этом мире...

Александр ИВАНОВ,
обозреватель «МГ».

Красной площади, прогулки на речных трамвайчиках по Москве-реке.

Главное – медицинские и гуманитарные программы

Хочется заметить, что детский фонд делает поистине большое дело, причём строит свою деятельность на постоянной основе, проводя не разовые, а системные, долгосрочные акции. Об этом своими рассуждениями с читателями «МГ» эксклюзивно поделился Д.Лиханов: – В нашем фонде действует несколько медицинских программ, две из которых, связанные с войной, сегодня выходят на первый план. Для меня лично произошедшие в прошлом году события многое переместили на второй план, потому что война меняет жизнь общества. Хотя, казалось бы, внешне, особенно в Москве, ничто не изменилось. Происходящее воспринимается как нечто очень далёкое, существующее в чих-то фантазиях или в сообщениях новостных агентств... На самом деле беда рядом. Это остро ощущаешь, когда находишься там. Первое, куда мы с гуманитарным грузом первыми из российских благотворительных организаций ездил в начале апреля 2022 г., – Мариуполь. Эта зона высокого напряжения представляла собой просто ад. Поначалу в сферу наших забот входило население ЛНР и ДНР, жители Мариуполя, Херсона, всё гражданское население и особенно дети. С помощью МЧС России мы доставили тонны питьевой воды, перевязочные материалы, детское питание. Но уже в полчасе езды на машине от мест боевого соприкосновения видишь залитые солнцем зеленющие поля. Единственное, что кажется неестественным, – это

им. С.Н.Фёдорова Олегу Гридневу, который принял ответственность на себя, акция состоялась. В результате врачи из Краснодарского филиала МНТК обследовали 300 детей Луганска, 20 из них направили на операции в Москву и Краснодар. Этим маленьких пациентов уже прооперировали, они восстанавливаются.

Сейчас президент страны говорит о том, чтобы провести диспансеризацию беженцев. Будь на то добрая воля Минздрава и необходимое финансирование, мы бы её уже давно организовали. Потому что понимание, как действовать, имеется, специалисты есть, опыт – тоже. Задача посильная, и выполнить её можно было бы ещё в прошлом году.

Вторая программа «Звуки жизни», которую мы готовы осуществить, направлена на помощь детям с проблемами слуха. Собираемся провести обследование и реабилитацию детей Луганска с тугоухостью и глухотой. Кому потребуется, необходимая высокотехнологичная помощь будет оказана в Москве. Попутно директор коррекционной школы, где учатся слабослышащие дети, попросил организовать для своих преподавателей цикл повышения квалификации, поскольку они в течение 10 лет не проходили обучения и, следовательно, не осведомлены о современных методах и технологиях помощи детям. Мы подготовили группу специалистов из нескольких медицинских вузов, которые готовы прочитать коллегам лекции, принять экзамены и выдать сертификаты государственного образца. Реализовать программу планировали в конце мая, но начались «прилётеть» и обучение перенесли на август.

Проводя День защиты детей

Она красивою была Спокойной русской красотой, Улыбка скромная мила, Пшеничный волос золотой – Играют с ветром завитки, Мужской притягивая взгляд, А под пшеницей – васильки Лазерево в ответ глядят.

...Военный госпиталь. Жара. Халатик тонкий к телу льнёт. – Ах, хороша у нас сестра!.. Раз глянешь – всё и заживёт! Армейский юмор грубоват, Что ж, мужики есть мужики... Один лишь ею брошен взгляд – И вдруг краснеют шутники.

...Застыла над златой копной Вдруг парикмахера рука: – Да что ты, девка, бог с тобой! Я покурю, а ты пока Ещё подумай, посиди. Такой лишиться красоты... Ты в зеркало-то погляди! Бог одарил тебя, а ты?! – Не уговаривай, дядь Саш, А то я точно зареву! Так надо, добрый мастер наш! ...Всё ж – дождь омоет синеву...

...Над перекрёстком – минный вой. И рикошеты в тон визжат. В кровавой луже головой Лежит молоденький солдат. По щебню, битому стеклу К нему другой солдат ползёт, А из высоты на углу Прицельно, точно снайпер бьёт. Шлепок! Навылет пуля шьёт. И кровь – фонтаном из плеча! Вновь снайпер терпеливо ждёт: Боец – живец для палача. Но понят трюк. И оценён. И вот товарищи бойца – Омытый кровью батальон – Обрушили волну свинца На смертоносный подполь дом. Хлопки подствольников звучат, За ними РПГ ревет, В дыму опять, сквозь этот ад, За раненым солдат ползёт. Но что же это за солдат?! Смешно топорщатся штаны, И чересчур велик бушлат. Пацан, сопляк, дитя войны! Пацан ли? Голову поднял... А это что ещё на нём? Поверх ушанки повязал Косынку белую с крестом! Комбат командный голос свой Врубил на весь диапазон: – Ку-уда?! На-азад! На-азад! Отбой!

Сокровенное

Валерий ГОРБАНЬ

Нашим сестричкам и всем военным медикам посвящается

Золотая



Комбату вторит батальон: – Сестричка! Дура! Уползай! Тебя там снайперы пасут! Назад!.. Ребята, прикрывай! И вновь бойцы по окнам бьют. Бушлат от стёкол не спасёт. – Мальчишка, миленький, держись! Все локти в кровь. Она ползёт... В её руках и в сумке – Жизнь! Завал кирпичный на пути. Здесь ей пластом не проползти. На миг приподнялась... Вот-вот... Щелчок сухой! Удар в живот!

...В подвале – керосина вонь, Играют блики на стенах. Неверный с копотью огонь. И муки стон, и смертный страх. Наркоза нет, есть промедол. Шприц-тюбик – в плоть бедра. – Держись! Тебе, братишка, повезло: Ты не один в борьбе за жизнь. Хирург военный с виду строг. Он молод – нет и сорока. Но в серебре уже висок И мастерски тверда рука.

– Терпи и верь: тебя спасут, Не верь страшилкам – всё херня! Жить хочешь? Значит, будешь жить! Терпи и слушайся меня! Не ссы! Подумаешь – в живот! Чуют кишки укоротим, До свадьбы точно заживёт. Кишки – не член, вот он – один, И важен каждый сантиметр! А тут – полметра не расход. Ну что? Как юный пионер: Всегда готов? Так, брат, вперед!» Кальсоны – бывшее бельё, – Когда-то белое, в крови, Присохли к телу... – Ё-моё! Вокруг обрежьте! Не реви! Размочим: лей фурацилин! Снимаю остатки! Твою мать! Какой тут член?.. Деваха, блин!!! Прикрой... Давайте начинать.

...Военный госпиталь. Жара. Халатик лёгкий к телу льнёт. Стройна, красива медсестра...

Но деликатен с ней народ. Серьёзный взгляд усталых глаз. Они приветливы всегда, Но не лазерево сейчас: Темны, как вешняя вода. И льдом белёсым седина Прощила локон золотой – Коснулась и его война Своей мертвящею рукой. За сменой смена. Тяжкий труд. Всегда одна. Всегда одна. За ночью ночь. А дни идут. Прошла весна. Прошла весна...

...Идёт серьёзный разговор. Глаза в глаза. В глазах – укор. – Зачем всё это говорить? Ну, объясни ты мне: зачем?! Зачем мне душу бередить, Терзать рубцы запретных тем? Мне не нужны цветы твои. Я не девчонка. Для любви Прошла пора, а для утех... Давно б уже спросил у тех, Кто раньше клинья подбивал. И ты уже давно бы знал: В любовницы я не гожусь. Серьёзно слишком отношусь К тому, кто хочет быть со мной. Но не могу и быть женой. Я матерью быть не могу: Я выпотрошена войной! Но он не склонен отступить: – Меня не нужно упрекать. Я знаю всё! И пред тобой Готов я на колени встать: Прошу я: будь моей женой! Я тоже этот ад прошёл. Но, в госпиталь попав, не знал, Что здесь внезапно я нашёл То, что, казалось, потерял. Предательством я обожён: Пока я раненый лежал, Моей супруги компаньон Её активно убажвал. Кукушка с лёгким подолом, Забыв про честь, забыв про дом, Бросая сына, по ночам Шарахалась по кабакам. Теперь с сынишкой вдвоём Мужской общиной живём, Как два крутых холостяка... Но вот тебе моя рука. И сердце. Хочешь – забери! Оно полно огня внутри, Чтоб отогреть твоё от льда. Уверен я: Ты никогда Не бросишь с сыном нас опять, Ты не способна предавать. Прошу я: стань моей женой! – Да что ж ты делаешь со мной!!! – Сейчас не надо отвечать. Готов я терпеливо ждать. Но всё же... Стань моей женой!

...Сказалась трудная судьба. Волчонок! Взгляд из-под лба. – Ты не нужна! Зачем ты здесь? Не мама ты! И к нам не лезь! Нам с папой хорошо вдвоём. И без тебя мы проживём! – Пойдём-ка, сын!

Есть разговор... И вышли мужики во двор. О чём они шептались там, Того и знать не нужно нам. Когда есть сын и есть отец И есть согласие сердец, Не нужен гнев или укор. – Пойдём-ка, сын!

Есть разговор... ...Он крепится. Ведь он – мужик! Он извиняться не привык – И голос от стыда упал: – Простите... Я же ведь не знал...

...Опасный враг – аппендицит! За ним – страшней – перитонит. Больным огнём нутро печёт. С мальчишки, как с гусёнка, льёт. Две операции подряд. Родители ночей не спят. В палату тихо вполз рассвет. У койки – женский силуэт. Прохладная рука легла На жаркий лоб: – Ну, как дела? Ему нельзя ни есть, ни пить... – Держись, малыш, ты должен жить!

Один у нас ты на двоих. Нам плохо без тебя... Затих... Жар схлынул. Серебрится пот. – Ну вот, до свадьбы заживёт! И голос слабый, чуть живой: – Да, МАМА... Только будь со мной...

...Военный госпиталь. Жара. Халатик тонкий к телу льнёт. Окончен день. Домой пора. Но надо завершить обход. Звонит мобильный: – Мама! Мы ждём! С собой шашлык, махнём на Дон?

И звонкий голос за окном: – Бабу-уля! Ну, скорей! Мы ждём!

Из-под короны золотой С серебряно седной Лазерево глаза блестят. И ноги стройные летят – Почти по-девичьи легки. И замирают мужики: – Вот это Женщина! Дай бог, Чтоб я найти такую смог!

СКАНВОРД. Crossword puzzle grid with clues in Russian. Includes a grid of letters and a list of clues.

Полное или частичное воспроизведение или размножение каким-либо способом материалов, опубликованных в настоящем издании, допускается только с письменного разрешения редакции газеты. Мнение редакции может не совпадать с точкой зрения авторов. Редакция имеет право публиковать присланные в свой адрес материалы. Факт пересылки означает согласие автора на передачу редакции прав на публикацию и получение соответствующего гонорара. Главный редактор А.ПАПЫРИН. Редакционная коллегия: И.БАБАЯН (ответственный секретарь), Е.БУШ, В.ЕВЛАНОВА, В.ЗАЙЦЕВА, В.ЗИНОВЬЕВ (зам. ответственного секретаря), А.ИВАНОВ, В.КЛЫШНИКОВ, Т.КОЗЛОВ, В.КОРОЛЁВ, Г.ПАПЫРИНА, Ф.СМИРНОВ (редактор сайта). Дежурный член редколлегии – А.ИВАНОВ. Справки по тел.: 8 (495) 608-86-95. Рекламная служба: 8 (495) 608-85-44. Отдел изданий и распространения: 8-916-271-08-13. Адрес редакции, издателя: 129110, Москва, ул. Гиляровского, 68, стр. 1. E-mail: mggazeta@mgzt.ru (редакция); rekmedic@mgzt.ru (рекламная служба); inform@mgzt.ru (отдел информации); mg.podpiska@mail.ru (отдел изданий и распространения); medgazeta72@mail.ru (электронная подписка); www.mgzt.ru ИНН 7702394528, КПП 770201001, р/с 40702810338000085671, к/с 30101810400000000225, БИК 044525225 ПАО Сбербанк г. Москва Отпечатано в ОАО «Московская газетная типография». Адрес: 123022, Москва, ул. 1905 года, д. 7, стр. 1. Заказ № 1521 Тираж 14 009 экз. Распространяется по подписке в Российской Федерации и зарубежных странах.