

# Медицинская

28 июня 2023 г.  
среда  
№ 25 (8094)

# Газета®



130 лет

ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ВРАЧЕБНОЕ ИЗДАНИЕ

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

[www.mgz.ru](http://www.mgz.ru)

Двойные дипломы в Приволжском исследовательском медицинском университете, партнёрство с вузами Узбекистана.

Стр. 5

Самое громкое уголовное дело в отношении врачей в современной России длилось пять лет. Поставлена ли точка?

Стр. 6

«Китайский след» на юбилейном форуме аритмологов в Москве.

Стр. 7

## Акции

# Важная капля

## В лидерах – Служба крови Югры



Победителем Всероссийской «Премии лучших практик по продвижению донорства» стала окружная станция переливания крови Ханты-Мансийского автономного округа – Югры. Её специалистам вручены награды на московском Фестивале культуры донорства в парке искусств «Музеон», в котором приняли участие свыше 4 тыс. человек.

Целью конкурса, по словам председателя Российского Красного Креста Павла Савчука, является поощрение лучших практик, достижений социально ориентированных некоммерческих организаций, представителей сообщества донорских организаций, а также региональных отделений Российского Красного Креста и волонтеров. Не случайно на каждой награде указано: «Это важная капля в развитии культуры донорства».

Всего было подано 173 заявки от организаций из 25 регионов РФ, из них жюри выбрали 36 лауреатов.

Окружная станция переливания крови ХМАО – Югры стала победителем в номинации «Лучшее фото о донорстве крови» и призёром в номинации «Лучшее просветительское мероприятие». Им признана выставка о становлении и развитии службы крови в регионе, открывша-

Специалисты по связям с общественностью окружной станции переливания крови Югры Наталья Демина и Яна Сергеева

я в культурно-выставочном центре «Усть-Балык» в Нефтеюганске.

«Приятно, что наши проекты были высоко оценены на федеральном уровне, – говорит главный врач станции Юрий Чемакин. – Эта награда не случайна: нам есть о чём рассказывать. За несколько лет нам удалось создать неразрывную коммуникационную связь между службой крови и донорами. Развивая доверительные отношения в online и offline режимах, мы повышаем мотивацию к регулярному донорству. Квалифицированные специалисты и отзывчивые доноры показывают сплоченный и организованный тандем. Для нас крайне важно, чтобы каждый пациент, нуждающийся в переливании, в полном объёме получил необходимый компонент донорской крови»

Ежегодно около 20 тыс. человек становятся донорами, больше 3 тыс. садятся в донорское кресло впервые. Благодаря их участию в 2022 г. Служба крови округа заготовила более 11,7 т донорской крови, без малого 13,5 тыс. литров свежемороженой плазмы и почти 37,5 тыс. доз тромбоцитов».

Принимавшая вместе с коллегами награду для учреждения специалист по связям с общественностью станции переливания крови в Сургуте Яна Сергеева отмечает: «Сотрудничество

с Красным Крестом подарило нам новые знакомства, возможность обменяться опытом проведения донорских мероприятий с коллегами из других регионов, в частности, с представителями социально ориентированных некоммерческих организаций».

Помимо торжественной церемонии, программа фестиваля включала в себя множество мероприятий, начиная от возможности сдачи крови и вступления в Федеральный регистр доноров костного мозга, до встречи с почётными донорами России и Москвы и возможностью послушать подкаст «О системном донорстве».

Все желающие могли принять участие в донорском мастер-классе художников-граффитистов, квестах и викторине, а также ознакомиться с историей донорства в России, ведущей своей отчёт с 1832 г.

Ещё одной победой Югры отметилась на конкурсе Российской ассоциации трансфузиологов «Лучший донор России – 2023». Семья Перфильевых из Нижневартовска заняла первое место в номинации «Донорская династия». Они – яркий пример сохранения и передачи добрых семейных традиций.

Алёна ЖУКОВА,  
корр. «МГ».

Сургут.

## Назначения

### Сохранили свои посты

Новый, восьмой состав Общественной палаты РФ на своём первом пленарном заседании утвердил 20 профильных комиссий и их руководителей. Комиссию по здравоохранению вновь возглавил знаменитый кардиохирург академик РАН Лео Бокерия.

Его первым заместителем в обновлённой комиссии стал директор Федерального государственного научно-клинического центра оториноларингологии Николай Дайхес. В предыдущем составе Общественной палаты они оба занимали аналогичные должности.

Общественная палата РФ – консультативный ор-

ган, осуществляющий взаимодействие граждан с органами государственной власти и местного самоуправления. Действует с 2005 г., формируется на основе добровольного участия граждан РФ, общественных объединений и некоммерческих организаций. Срок полномочий состава – 3 года. Численность – 172 члена (после вхождения в состав РФ четырёх новых субъектов Федерации в 2022 г., ранее – 168). Из них 40 утверждаются по президентской квоте, 89 представляют общественные палаты субъектов РФ, 43 – общественные объединения и НКО.

Игорь НАУМОВ.

## Акценты

### В медвузы – без экзаменов

«Детей медицинских работников, погибших от COVID-19 при исполнении трудовых обязанностей, будет зачислять в вузы на образовательные программы медицинского и фармацевтического образования также по отдельной квоте, но без вступительных испытаний», – сказала вице-премьер Т.Голикова на совещании с председателем Правительства РФ Михаилом Мишустиним.

Дети погибших от COVID-19 медиков также получат право бесплатно учиться на подготовительном отделении по медицинским специальностям, добавила она.

В медицинских и фармацевтических университетах Минздрава России стартовала приёмная кампания. С 20 июня приём документов по программам бакалавриата

и специалитета начали 48 медицинских и фармацевтических вузов по всей стране, в том числе приёмная кампания стартовала в двух медицинских вузах – Донецком и Луганском медицинских университетах.

Приём документов по программе специалитета «лечебное дело» осуществляет и научная организация Минздрава России – НМИЦ им. В.А.Алмазова Минздрава России. С 2018 г. центр успешно реализует обучение студентов с применением самых современных цифровых и педагогических технологий.

На 2023-2024 учебный год для вузов Минздрава России выделено более 28 тыс. мест в рамках контрольных цифр приёма за счёт бюджетных средств, из них 1153 места выделено для медицинских вузов новых регионов.

Павел БАЛАГИН.

## ОСОБЫЕ УСЛОВИЯ

### Сергей ТЮЛЯДИН

Председатель Российской общественной клинической онкологии, профессор, заслуженный деятель науки РФ, лауреат премии Правительства РФ в области медицины:

Сегодня прогресс в диагностике и лечении злокачественных опухолей в основном определяется инновационными разработками западных стран, Японии, Китая и нам трудно надеяться на полноценное импортозамещение в сфере онкофармакологии.

Стр. 4





## Новости

Командная работа врачей  
спасла две жизни

Жительница Кургана, которая находилась на 37-й неделе беременности, получила в ДТП тяжёлую сочетанную травму и была экстренно госпитализирована в больницу скорой медицинской помощи. При поступлении диагностированы повреждения грудной клетки, костей таза и предплечья. Благодаря слаженным действиям команды врачей, пациентке на высоком уровне оперативно оказали первичную травматологическую помощь и провели родоразрешение.

Ребёнка передали в надёжные руки неонатологов Курганского областного перинатального центра, а к лечению женщины подключились эксперты федерального уровня. Врачи клиники реконструктивной хирургии повреждённых конечностей и таза НМИЦ травматологии и ортопедии им. Г.А.Илизарова провели сложную реконструктивную операцию, в ходе которой восстановили целостность тазового кольца и предплечья, тем самым создали все условия для скорейшего возвращения молодой мамы к полноценной жизни и общению со своим малышом.

– На сегодняшний день у нас есть договорённость с Департаментом здравоохранения области о том, что центр Г.А.Илизарова будет оказывать травматологическую помощь самым сложным пациентам региона с политравмой после, того, как их состояние компенсировано. На уровне муниципального звена будут делать первичную фиксацию, спасать жизнь больному, делать операции на внутренних органах. И подготовленного пациента передавать к нам в центр для проведения сложных реконструктивных операций, – обозначил путь мультицентрового взаимодействия руководитель клиники реконструктивной хирургии конечностей и таза НМИЦ им. Г.А.Илизарова Алексей Гринь.

Виктор КОТЕЛЬНИЧЕСКИЙ.

Курган.

## Впервые в Омске

Две уникальные операции сделаны в городской больнице скорой медицинской помощи № 1. Как сообщили в региональном Минздраве, пациенты – молодые мужчина и женщина – оказались в больнице практически одновременно с одинаковым диагнозом, но разными симптомами.

Девушка жаловалась на потерю слуха и долго лечилась у лора, потом наблюдалась у невролога, затем была госпитализирована с подозрением на инсульт. Мужчину же карета «скорой» привезла в приёмный покой больницы с жалобами на сильные головные боли и потерю координации. В итоге у обоих исследование с помощью МРТ показало наличие доброкачественной опухоли – невриномы.

Как пояснил заведующий отделением нейрохирургии больницы Ярослав Шестериков, увеличиваясь в размерах, опухоль может привести к потере слуха или зрения, нарушению глотания, речи и вкусового восприятия, внутричерепной гипертензии, различным церебральным осложнениям.

Раньше пациентов с таким диагнозом из города на Иртыше отправляли в федеральные специализированные клиники, но сейчас современное высокотехнологичное оборудование и квалификация специалистов позволяют проводить эти операции в Омске.

Первых пациентов прооперировали с помощью хирургического микроскопа с нейронавигацией. Оба пациента уже выписаны домой.

Татьяна БЕРЕЗОВСКАЯ.

Омск.

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

## Слово о газете

Стала настольной  
для поколений медиков

«Медицинская газета» в этом году отмечает большой юбилей. За многие десятилетия своего существования она стала буквально настольной газетой медиков разных поколений.

Даже в эпоху интернета на её страницах можно найти то, что сложно отыскать во всемирной «паутине». Это тщательно отобранная и скрупулёзно проанализированная, актуальная и достоверная информация о современных открытиях в отечественной медицинской науке, о новых методах терапии, об уникальных операциях и настоящих врачебных подвигах ради спасения жизни и здоровья пациентов.

Благодаря газете врачи, учёные, преподаватели вузов и организаторы здравоохранения из разных регионов страны узнают об успехах и достижениях коллег, вместе обсуждают трудности, которые подчас испытывает отрасль, и рассматривают возможные перспективы развития.

Желаю коллективу редакции дальнейших успехов и процветания, продолжения важной и нужной работы на благо отечественного здравоохранения.

Григорий РОЙТБЕРГ,  
президент АО «Медицина»,  
заведующий кафедрой терапии, общей врачебной практики  
и ядерной медицины РНИМУ им. Н.И.Пирогова,  
академик РАН, заслуженный врач РФ.



## Грани

## Души прекрасные порывы

Гала-концерт 49-го фестиваля студенческого творчества «Весна на Пироговской» Сеченовского университета прошёл в этом году в московском киноконцертном зале «Эльдар» в день рождения Пушкина.

Традиционный марафон - соревнование в нескольких номинациях среди институтов и центров вуза – стартовал в марте и выявил победителей к началу лета. Лучшие студенческие номера составили зрелищное шоу.

Тема фестиваля 2023 г. под пушкинским девизом «Отчизне посвятим души прекрасные порывы!» – популяризация отечественной культуры среди молодёжи - созвучна теме сохранения традиционных культурных ценностей. В основе идеи смотра искусств заложена

номера одноимённого специального арт-проекта, проведённого в рамках фестиваля. В центре внимания находилась творческая команда Военного учебного центра Сеченовского университета, чьи выпускники спасают сейчас жизни наших героев в зоне СВО.

Мы слышали прекрасные голоса Инны Новиковой, Алимхана Гарипова, Софьи Арьковой, Дианы Скульбеда, Юлии Кармановой, Валерии Гайнутдиновой, Виктории Ворсиной, Академического хора под руководством Дмитрия Шатилова, приглашённого вокалиста из Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И.Евдокимова, лауреата всероссийских и международных конкурсов Антона Минаева и дуэта Эстер Бурунг Ибве (Уганда) и Ризона Оньи (Нигерия),



Поёт В.Гайнутдинова

го танца «Аяз» под руководством Мадины Гербековой, индийского танца «Бомбей Данс» под руководством Алины Ясмин, показом модельной студии «ПерсоналитЕ» под руководством Ольги Захаровой, стихов в исполнении Галины Кашпоровой и других актёров Молодёжного камерного театра «На Пироговке». Концерт вели студентка 1-го курса клинического Института детского здоровья Алина Красноцветова и студент 2-го курса Института стоматологии Павел Петрусевич.

Когда программа подошла к концу, мы услышали напутственные слова советника при ректорате вуза, генерал-полковника медицинской службы, многолетнего куратора внеучебной жизни вуза, члена-корреспондента РАН Ивана Чижана, руководителя оргкомитета фестиваля, директора культурного центра университета Олеси Касьяновой и имена лауреатов «Весны на Пироговской»-2023.

Победу в командном творческом номере праздновал военный учебный центр, в итоговом командном зачёте - Институт фармации.

Альберт ХИСАМОВ,  
корр. «МГ».

Фото Елены ЕМЫШЕВОЙ.



А.Гарипов и группа Военного учебного центра

концепция Роспатриотцентра «10 граней патриотизма».

На сцене сменяли друг друга картины из времён декабристов и Великой Отечественной войны, а кульминацией стала театральном-музыкальная постановка «Автографы Победы». Её составили

наслаждались выступлениями коллектива бального танца «Грация» под руководством Виталия и Татьяны Лещенко, народного танца «Финист» под руководством Ксении Манаенковой, современного танца «Твинс» под руководством Олеси Шляхтиной, ансамбля кавказско-

## Ориентиры

## Двигайся навстречу здоровью

Всероссийская акция «10 тысяч шагов к жизни», которая проводится ежегодно с 2015 г., прошла во многих регионах России. В этом году она была приурочена ко Дню молодёжи, отмечаемому 24 июня. В преддверии этого события в Москве состоялась пресс-конференция.

Президент Общероссийской общественной организации «Лига здоровья нации», президент НМИЦ сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н.Бакулева Лео Бокерия рассказал о Всероссийском движении «Волонтёры за ЗОЖ», инициированном лигой. Волонтёры пропагандируют здоровый образ жизни и просвещают население. «Необходимо развивать волонтерство в молодёжной среде, поэтому в приоритете сотрудничество с вузами. Студенты практикуются в волонтерских центрах, благотворительных НКО, участвуют в проектах лиги. К сотрудничеству также приглашаются муниципалитеты, поскольку для ЗОЖ необходима соответствующая инфраструктура – спортплощадки, беговые и велосипедные дорожки и т.д. «Пространство, которое нас окружает, должно быть дружелюбным и здоровым», – подчеркнул академик Бокерия.

Вице-президент Лиги здоровья нации Николай Кононов добавил, что проект «10 тысяч шагов к

жизни» является частью большой программы «Здоровый муниципалитет», направленной на устранение факторов риска заболеваний. К ней подключены библиотеки, администрация муниципалитетов, клубы и т.д. Задача в том, чтобы 70% населения ходило по полчаса два-три раза в неделю. Под эгидой лиги создана Общероссийская программа повышения физической активности «Человек идущий».

Член комитета Госдумы РФ по молодёжной политике Вячеслав Дамдинцурунов назвал физкультуру и спорт основным направлением этого комитета и обещал внести законодательные инициативы, направленные на их развитие.

Сенатор РФ Елена Шумилова привела в качестве примера село Ношуль Прилузского района Республики Коми, где депутаты местного уровня организовали «тропу здоровья» и пешеходные туристические маршруты. В нашей стране 25 арктических регионов, поэтому необходимо пропагандировать ходьбу на лыжах и прокладывать лыжные трассы.

Заместитель председателя совета Ассоциации волонтерских центров Матвей Масальцев сообщил, что на портале Добро.рф зарегистрировалось около 5 млн волонтеров. Здоровым образом жизни занимается более 20 тыс.

организаций, зарегистрировано более 12 тыс. проектов.

К сожалению, остались без ответа заданные во время пресс-конференции вопросы. Откуда взята цифра 10 тыс. шагов? Почему не 5 тыс. или 35 тыс.? Хороших экспериментальных доказательств полезности физических упражнений для здоровья и долголетия очень мало. Академик Бокерия сослался на американское исследование, согласно которому человек, который ходит два часа в неделю, живёт на 10-12 лет дольше человека, который не ходит. Недавно в журнале Nature опубликовано когортное исследование о том, что люди, у которых носимые устройства каждый день регистрируют признаки коротких периодов интенсивной физической активности, имеют сниженную смертность. Комментируя его, специалист в области доказательной медицины профессор Василий Власов пишет: «В чём, наиболее вероятно, дело? В том, что носят эти самые устройства, постоянно и активно двигаются, сытые и здоровые люди. Не активность снижает смертность. А люди со сниженной смертностью чаще носят такие устройства». Почему такие исследования не проводятся в нашей стране, в том числе под эгидой Лиги здоровья нации?

Болеслав ЛИХТЕРМАН,  
корр. «МГ».



Проекты

## Новые получатели спецвыплат

Министерство здравоохранения РФ подготовило проект постановления, которым предлагается расширить категории получателей специальных социальных выплат для медработников.

«Согласно проекту постановления, специальные социальные выплаты в размере 11 500 руб. смогут получать врачи и медицинские работники с высшим (немедицинским) образованием, которые в ходе своей деятельности осуществляют прижизненные гистологические и цитологические исследования», – говорится в сообщении пресс-службы Минздрава России.

Проектом документа также предлагается установить выплаты медработникам с высшим немедицинским образованием, «преимущественно работающим в первичном звене здравоохранения в клинично-диагностических лабораториях». Они будут распространяться на работников центральных районных, районных и участковых больниц, а также на работников медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь по территориальному принципу прикрепленному населению. Охват выплатами в этом случае составит порядка 3 тыс. работников с высшим немедицинским образованием.

Кроме того, высшим исполнительным органам субъектов РФ рекомендовано установить за счёт средств бюджетов регионов специальные социальные выплаты для медицинских работников, оказывающих не входящую в базовую программу ОМС скорую медицинскую помощь, первичную медико-санитарную помощь гражданам, включая диспансерное наблюдение граждан по основному заболеванию.

Проектом документа также рекомендуется установить специальные социальные выплаты медицинским работникам, работающим в отделениях выездной патронажной паллиативной медицинской помощи взрослым.

Юрий ДАНИЛОВ.

Идеи

Минтруд России утвердил перечень специальностей иностранных граждан и лиц без гражданства с медицинским образованием, которые могут получить гражданство Российской Федерации в упрощённом порядке.

## Российское гражданство — в упрощённом порядке

Ведомственный приказ 460н от 15.05.2023 «Об утверждении перечня профессий (специальностей, должностей) иностранных граждан и лиц без гражданства — квалифицированных специалистов, имеющих право на приём в гражданство Российской Федерации в упрощённом порядке» вступит в силу в течение 6 месяцев после опубликования, то есть в декабре 2023 г. Упрощённая схема позволяет сократить срок получения гражданства РФ до года и менее.

В приказе приводятся должности иностранных специалистов с высшим медицинским образованием, обладатели которых могут претендовать на упрощённое получение гражданства. Это анестезиолог-реаниматолог, бактериолог, гематолог, детский онколог, уролог-андролог, хирург и эндокринолог, врач здравпункта, инфекционист, кардиолог, врач клинической лабораторной диагностики, невролог, неонатолог, врач общей практики, онколог, оториноларинголог, офтальмолог, патологоанатом, педиатр (в том числе участковый), врачи по медицинской реабилитации,

паллиативной помощи и приёмного отделения.

Кроме того, в списке указаны психиатр (в том числе детский, детский участковый, подростковый и подростковый участковый), психиатр-нарколог, радиолог, ревматолог, рентгенолог, врач скорой помощи, врач-статистик, стоматолог, терапевт (в том числе участковый), травматолог-ортопед, уролог, физиотерапевт, фтизиатр (в том числе участковый), врач функциональной диагностики, хирург, эндокринолог, эндоскопист и семейный врач.

Специалисты со средним медицинским образованием также могут получить российское гражданство в упрощённом порядке, имея такие специальности, как акушерка, заведующая фельдшерско-акушерским пунктом, лаборант, сестра-анестезист, сестра – медицинская, палатная, постовая, процедурная, участковая, операционная медицинская, медицинский лабораторный техник, рентгенолаборант, фельдшер, фельдшер-лаборант и фельдшер скорой помощи.

Дмитрий ДЕНИСОВ.

Криминал

## Дело дошло до суда

В Центральном районном суде Воронежа сообщили, что туда поступило дело о гибели 51-летней жительницы города в областном онкологическом диспансере. В качестве обвиняемых фигурируют два врача, которых будут судить по ч. 2 ст. 293 УК РФ (халатность, повлёкшая смерть человека). Максимальное наказание по статье – 5 лет лишения свободы.

Трагедия произошла в мае 2019 г., когда женщина прибыла в кабинет лучевой терапии онкодиспансера для проведения плановой дистанционной лучевой терапии на гамма-терапевтическом аппарате Teqagam. Как сообщали тогда в Следственном управлении, «при выполнении процедуры произошло сдавливание тела пациентки между столом и коллиматором аппарата, в результате чего ей были причинены телесные повреждения, от которых она скончалась на месте».

Через месяц занимавший тогда должность главы Росздравнадзора Михаил Мурашко, сославшись на предварительные данные проверки, заявил, что гибель пациентки стала возможной в результате системных нарушений с техническим обслуживанием, которые имели место в Воронежском областном онкологическом диспансере. Ещё через месяц выяснилось, что 14 лет радиологическое оборудование работало в диспансере без лицензии и регистрации.

Анатолий ПЕТРЕНКО.

Перемены

## Учитывать позицию регионов

Минздрав России подготовил обновлённую версию правил формирования перечней жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов и высокозатратных нозологий.

В частности, авторы законопроекта предлагают учитывать позицию региональных органов здравоохранения по поводу включения в перечень того или иного препарата или его исключения. Они должны оценить, как в случае расширения списков изменится нагрузка на бюджеты их субъектов. Кроме того, позиция в перечнях будет конкретизирована с учётом лекарственной формы или показания к применению.

В проекте учтена и позиция Федеральной антимонопольной службы, которая заключается в расширении информации о самом средстве. Так, предлагается указывать лекарственную форму препарата и (или) способ его применения, а также целевую группу пациентов и показаний к применению в случае, если речь идёт о дорогостоящих лекарствах.

Также ведомство предложило исключить возможность дистанционного голосования членами межведомственной комиссии. Общественное обсуждение законопроекта продлится до 30 июня 2023 г.

Владимир ЧЕРНОВ.

Инициатива

## Выполнить поставленные задачи в срок

Заместитель председателя Правительства РФ Татьяна Голикова провела совещание с регионами о ходе реализации Национального проекта «Здравоохранение» в 2023 г. Обсуждалась текущая ситуация по готовности объектов здравоохранения, а также меры, которые необходимо принять для выполнения поставленных задач в установленные сроки.

– В текущем году на реализацию нацпроекта «Здравоохранение» предусмотрено почти 319 млрд руб. Уровень достижения нацпроекта, по оперативным данным, составляет 97,32%. Вместе с тем регионам следует уделить особое внимание своевременному выполнению всех мероприятий, поскольку 2023-й и следующий год являются ключевыми с точки зрения подведения итогов за весь период реализации нацпроекта, – сказала Т.Голикова.

За 5 месяцев 2023 г. уже завершено строительство и введено в эксплуатацию три объекта капитального строительства для детей в Калужской, Калининградской и Самарской областях, введён в эксплуатацию онкодиспансер в Рязанской области. Также созданы порядка 200 объектов первичного звена, часть из них находится в стадии получения лицензии. Кроме того, приобретено 28 тыс. из 49 тыс. единиц оборудования и

2 тыс. автомобилей из 2,8 тыс. запланированных.

Также Т.Голикова провела совещание с регионами о ходе реализации в 2023 г. Национального проекта «Демография» и входящих в его состав федеральных проектов. Участники совещания обсудили текущую ситуацию по готовности объектов капитального строительства, среди которых объекты социального обслуживания, детские сады и объекты спортивной инфраструктуры, а также меры, которые необходимо принять регионам для выполнения всех плановых значений нацпроекта.

– По объёмам финансирования нацпроект «Демография» остаётся крупнейшим из всех национальных проектов. На его реализацию в текущем году предусмотрено 924 млрд. В этом году запланировано ввести в эксплуатацию 18 объектов социального обслуживания в 16 регионах общей мощностью 2060 койко-мест. На сегодняшний день уже введено в эксплуатацию два объекта – в Курской области и Республике Бурятия, – отметила вице-премьер.

Она поручила губернаторам взять под личный контроль ход строительства объектов, принять необходимые меры по соблюдению графиков выполнения строительно-монтажных работ и своевременному вводу в 2023 г. всех запланированных объектов.

Сергей ПЕТУХОВ.

Подписка-2023

2023  
Подписные Издания

Почта России  
Газеты  
Журналы  
Альманахи  
Книги

2 полугодие

Официальный каталог Почты России на второе полугодие 2023 года  
8 800 800 80 80  
podpiska.pochta.ru

Все 6000 изданий (полная номенклатура) представлены на сайте

## 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](mailto:mg.podpiska@mail.ru); [mg-podpiska@mail.ru](mailto: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



**Председатель Российского общества клинической онкологии (RUSSCO), доктор медицинских наук, профессор, заслуженный деятель науки РФ, лауреат Государственной премии в области науки и техники, лауреат премии Правительства России в области медицины Сергей Тюляндин – ведущий российский специалист в области химиотерапии злокачественных новообразований, и это общепризнано. Мнения экспертов такого уровня, высказанные ими по столь чувствительным вопросам, как качество лечения онкологических больных и обеспечение фармнезависимости страны, по-хорошему должны всеми – и практикующими онкологами, и чиновниками от медицины – восприниматься со всей серьезностью.**

На прошедшей недавно конференции RUSSCO по раку молочной железы профессор С.Тюляндин прочёл научно-прикладную лекцию, которая носила провокационно-ироничное название «Импортозамещение в онкологии: как нам обойтись без генетических тестов?» Провокационное, потому что в этом названии содержится смысловое противоречие: если замещение импорта в принципе возможно, то зачем нужно без чего-то обходиться? А ирония заключается в том, что невозможно заместить на отечественном фармрынке то, чего на нём нет и никогда не было.

Генетический тест, необходимый для принятия решения о том, проводить или не проводить химиотерапию больным раком молочной железы, – диагностикум, который в арсенале российских учреждений онкологического профиля до сего времени, к сожалению, так и не появился. Между тем проведение такой диагностики уже включено в американские и европейские рекомендации по раку молочной железы (PMЖ).

До недавнего времени российская онкологическая служба шла практически в ногу с мировой онкослужбой в терапии PMЖ. Сегодня наметилась разница: мы определяем тактику лечения больных без возможности использования современных прогностических тестов, – с сожалением заметил председатель RUSSCO.

### Всегда ли нужна «химия»?

Руководитель Российского общества клинической онкологии представил обзор мировой научной литературы, в котором показано, какие возможности даёт онкологам при выборе терапии PMЖ генетический тест. С помощью теста можно проанализировать активность 21 участка молекулы ДНК, отвечающих за деление опухолевых клеток, функционирование рецепторов эстрогена, инвазию клеток опухоли в соседние ткани и т.д.

– Мы говорим о выборе адъювантной терапии при HR+/HER-2 PMЖ. Для данной когорты пациентов очень важна гормонотерапия, и это не дискутируется. А в какой степени для них важна химиотерапия? С ответа на этот вопрос, собственно, и начинается персонализированная онкологическая помощь, – говорит С.Тюляндин.

Тотальное применение химиотерапии при PMЖ стартовало в 1997 г. с появлением научной статьи, где американский профессор Фишер утверждал, будто назначение женщинам после операции гормональной и химиотерапии уменьшает количество случаев прогрессирования опухоли на 5% и на 3% увеличивает показатель 5-летней выживаемости.

– Скромные цифры. Тем не менее они позволили автору исследования сделать громкое заявление о том, что всем больным рецепторопозитивным PMЖ независимо от возраста, состояния лимфоузлов, размеров опухоли, наличия экспрессии рецепторов эстрогена показано проведение химиотерапии. С тех пор началось победное шествие «химии» в протоколе лечения

больных гормоночувствительным PMЖ, и оно продолжается до сих пор во многих странах, в том числе в России. В то же время практика и опыт наводят на мысль, что далеко не все пациентки с гормоночувствительным PMЖ нуждаются в химиотерапии. Есть показатель безрецидивной выживаемости: за 5 лет метастазы появятся у 6% больных PMЖ, при дальнейшем наблюдении их доля увеличится до 22%. А кто конкретно из пациенток прогрессирует? Кому наверняка необходима химиотерапия, а кому её можно не назначать, потому что риск прогрессирования невелик, и мы химиотерапией наносим вред, не принося никакой пользы? – продолжил С.Тюляндин.

Поскольку одних только клинических факторов явно недостаточно

дится в пременопаузе, некоторая польза такого лечения замечена, но только в случае, если индекс по шкале риска рецидива опухоли (recurgens score) приближается к высоким цифрам.

– Таким образом, в Американской ассоциации по исследованию рака (AACR) и Европейском обществе клинической онкологии (ESMO) принята новая стратификация пациенток с PMЖ по группам риска рецидива и назначение им адъювантной химио – или гормональной терапии в зависимости от группы риска. В европейских и американских клинических рекомендациях по PMЖ прописана именно такая тактика выбора терапии, для которой проведение генетических тестов стало теперь обязательным. Нам ни шкала recurgens score, ни

PMЖ, которые получали только химиотерапию, когнитивные функции нарушаются и уже не восстанавливаются. Всё это – последствия, которые мы не принимаем во внимание с надлежащей серьёзностью, назначая химиотерапию. Особенно обидно, когда терапия не принесла им никакой пользы и от неё можно было отказаться, – отметил С.Тюляндин.

### Как не сбиться с шага?

Председатель RUSSCO высказал предположение, что генетические панели, позволяющие делать персонализированное назначение терапии при PMЖ, вряд ли станут доступны российской онкослужбе в ближайшее время. Готовые импортные тесты стоят очень дорого,

### Вне контекста

После лекции председатель Российского общества клинической онкологии ответил на вопросы корреспондента «МГ».

– **Сергей Алексеевич, почему вам кажется нереалистичной перспектива появления генетических тестов в отечественной онкологии?**

– Как уже сказано, лучший тест из тех, которые есть в мире, стоит почти 4 тыс. долл. Цена объясняется тем, что выпускается эта панель только одной компанией в мире, поскольку авторы не хотят раскрывать свою разработку. С учётом вынужденного разрыва экономических, торговых и гуманитарных связей есть сомнения, что мы сможем этот тест использовать.

### Острая тема

# Раньше шли нога в ногу, завтра пойдём вразнобой?

Что пока есть в арсенале наших онкологов, а чего нет и, увы, не будет

для принятия таких решений, учёные заглянули вглубь биологии опухолевой клетки. Это позволило на основании знаний о функционировании её генома, который и определяет все биологические свойства опухоли, создать тест, подсказывающий врачу, каков риск прогрессирования у каждой конкретной больной гормоночувствительным PMЖ. Дальше – больше. Захотелось понять, есть ли прямая корреляция между степенью риска прогрессирования опухоли и эффективностью назначенной химиотерапии. Вдруг и внутри группы пациенток с неблагоприятным прогнозом метастазирования тоже возможна дифференциация: кому-то имеет смысл проводить «химию», кому-то не имеет? Оказалось, такая дифференциация возможна: ретроспективные клинические исследования подтвердили, что только у больных, которые, согласно генетическому тесту, имели высокий риск рецидива, химиотерапия очевидным образом улучшила результат лечения. Таким образом, генетическая диагностика кроме прогноза рецидива опухоли ещё и предсказывает эффективность химиотерапии.

– Получены доказательства того, что очень часто мы «перелечиваем» больных. Только пациентки с высоким риском рецидива выигрывают от назначения химиотерапии при гормоночувствительном PMЖ, а это примерно 20-25% всех больных. Остальные в ней не нуждаются. А в общемировой клинической практике всё было наоборот: как минимум 70% больных получают химиотерапию, 30% лечатся только гормонотерапией, – отмечает эксперт.

Идём дальше. Если в отношении больных гормоночувствительным PMЖ без метастазов ясность более-менее появилась, то как быть с назначением химиотерапии пациенткам, у которых уже произошло метастатическое поражение лимфоузлов? Станет ли подсказчиком для онколога генетический тест? Принципиальный вопрос, ведь обычно форма болезни cN1 считается абсолютным показанием к назначению «химии», но все ли пациентки из данной группы реально в ней нуждаются?

С целью найти ответ за рубежом провели очередное клиническое исследование. Было показано, что у женщин в постменопаузе, страдающих PMЖ с поражением лимфоузлов, никакой пользы от проведения химиотерапии однозначно нет. Для тех же, кто нахо-



С.Тюляндин

генетические тесты не доступны, и мы по-прежнему оказываемся в ситуации, когда не можем понять, кому нужно проводить одну только гормонотерапию, кому гормонотерапию плюс выключение функции яичников, а кому добавлять химиотерапию, – с сожалением констатировал профессор.

Европейские и американские врачи теперь могут руководствоваться чётко структурированным алгоритмом действий в той или иной ситуации. Следование данным рекомендациям привело к очень значимому результату – существенному сокращению назначения адъювантной химиотерапии больным с 1-й и 2-й стадиями PMЖ без метастазов или с малым их количеством (T1T2 N0 N1), то есть подавляющему большинству пациенток с опухолью молочной железы.

– И это чрезвычайно важно, потому что химиотерапия – токсичный метод, мы видим мучения больных во время лечения. Также не следует забывать об отдалённых последствиях химиотерапии. Сейчас накапливается всё больше знаний о том, что пациентки, которые были излечены от PMЖ, теперь страдают другими хроническими заболеваниями, возникшими как следствие терапии. Известно, что «химия» сопряжена с развитием сердечно-сосудистых заболеваний – атеросклероза, гипертонии, а также риском внезапной смерти. Известно о снижении либидо и потере фертильности у женщин. Вероятность вторичных опухолей, миелодиспластического синдрома и других онкогематологических заболеваний у них значительно возрастает. Есть научные данные, подтверждающие, что у больных

а «бюджетные» отечественные так и не созданы. Поэтому в отношении выбора оптимальной адъювантной терапии для больных HR+/HER-2 метастатическим раком молочной железы нашим онкологам следует искать собственное оригинальное решение.

По мнению С.Тюляндина, инструмент, который более-менее может быть полезен, – цифровой калькулятор. Это также разработка зарубежных специалистов, но она бесплатно доступна российским врачам. Калькулятор позволяет рассчитать так называемый композитный счёт для конкретной пациентки с PMЖ на основе ряда клинических данных: стадия опухоли; наличие Ki-67 – маркера пролиферативной активности опухолевой клетки; наличие метастазов в лимфоузлах; гормональный статус женщины. Учитывая, как тот или иной клинический фактор по отдельности влияет на общую продолжительность жизни и отдалённые результаты лечения, высчитывается общий индекс для каждой пациентки, композитный счёт показывает риск прогрессирования PMЖ в дальнейшем и тем самым позволяет назначить адекватную терапию.

Как это работает? Вот пример: если у больной PMЖ в пременопаузе композитный индекс от 0 до 1,5, то все 3 метода лечения – гормональная терапия, овариальная супрессия, химиотерапия – одинаково эффективны и целесообразны, поэтому можно назначать только гормональный препарат и больше ничего не нужно. У этой группы больных хорошие шансы на выживаемость, поэтому они не нуждаются ни в каком более агрессивном лечении. Если у пациентки композитный индекс от 1,5 до 2, то есть вероятность безрецидивной выживаемости снижается, эта пациентка нуждается в том, чтобы к гормонотерапии добавить овариальную супрессию. А вот на отметке 2 такие больные нуждаются уже в химиотерапии.

– Сегодня у нас субъективизм мнений и оценок зачастую преобладает над научно доказанными данными. Есть онкологи, которые считают, что химиотерапия – безусловно хороший и обязательный метод лечения и всем пациентам её назначают. Рекомендую коллегам пользоваться если не генетическим тестом, то хотя бы калькулятором. Это важное подспорье, которое позволяет химиотерапевту в большей степени объективизировать тактику лечения больных, – подытожил С.Тюляндин.

Можем ли мы ожидать появления отечественного диагностикума, причём не в виде суррогатного импортозамещения, а настоящего полноценного своего теста – от идеи до изготовления? С моей точки зрения, в ближайшее время вряд ли. И вот почему. Зарубежный тест, о котором я упомянул, разработан учёными 20 лет назад, и только сейчас его внесли в клинические рекомендации. А перед этим были проведены многочисленные клинические исследования, для чего там есть хорошая инфраструктура и адекватное финансирование – условия, которые отсутствуют в нашей стране. Поэтому даже если вдруг сегодня в России сформируется некая уникальная научная группа и разработает такого рода биологический тест для онкологии, нам потребуются невероятные усилия для того, чтобы оценить его прогностическую и предиктивную достоверность, а затем научиться им пользоваться.

И в этом смысле мы на самом деле начинаем оказываться вне контекста. Сегодня ещё как-то обходимся, а завтра как сможем переносить лучшие мировые онкологические практики на свою территорию, если эти практики базировались на зарубежном геномном тесте?

– **В январе 2023 г. в Госдуме прошёл «круглый стол» о лекарственной политике в новых условиях. Высказывалась озабоченность тем, что неизбежно рано или поздно сложности с закупками зарубежных препаратов возникнут. Государство спешно начало выстраивать политику импортозамещения, в частности открыто уже несколько производственных площадок. С точки зрения PR, это прекрасные события. А если посмотреть на ситуацию трезво глазами специалиста, возможно ли будет заместить импорт, на котором строится сегодня эффективная химиотерапия?**

– Невозможно. Мы никогда не сможем войти в число стран, которые являются лидерами по разработке оригинальных препаратов для противоопухолевой терапии. По многим причинам: у нас нет такого предыдущего опыта, нет научных школ и разработчиков, которые бы этим занимались на том уровне, на каком занимаются зарубежные коллеги. Именно по этим причинам в настоящее время мы не имеем полностью оригинальных, первых в своём классе



отечественных противоопухолевых препаратов.

Думаю, что удастся на 100% копировать дженерики, здесь мы преуспеем, такой опыт у нас имеется. Но высокотехнологичные препараты заместить вряд ли сможем, потому что речь идёт об очень сложных технологиях разработки и производства.

Скажем, конъюгаты «антитело-препарат»: искусственная молекула, полученная в результате комбинации моноклонального антитела с противоопухолевым средством, которые соединены особым способом. Такой противоопухолевый агент распадается исключительно после попадания внутрь раковой клетки. Мало того, что особенность доставки конъюгата до цели позволяет поражать опухолевую клетку наверняка, не менее важно другое его свойство – не происходит воздействия на здоровые клетки, то есть минимизируется токсический эффект химиотерапии. Наконец, обычно при применении противоопухолевых препаратов одни раковые клетки погибают, а другие нет, поскольку опухоль гетерогенна и на одной клетке есть характерный рецептор-мишень, к которому присоединится молекула препарата-киллера, а на другой он отсутствует. Так вот при использовании конъюгатов данный эффект нивелируется, такие молекулы поражают все до единой клетки опухоли. Это не просто сама по себе сложная конструкция, она подразумевает очень сложную технологию производства.

**– Верно ли я понимаю, что, даже если мы сможем разработать препарат такого уровня, не факт, что получится наладить его выпуск?**

– Не знаю даже, сможем ли мы придумать. Академические коллективы, известные созданием противоопухолевых препаратов, с которыми бы российские онкологи взаимодействовали, обсуждали, планировали, мне неизвестно.

НМИЦы в основном ориентированы на лечебную деятельность, причём строго в рамках ОМС, что не предполагает научный поиск. Финансирование этих учреждений по статье «наука» мизерное, оно не позволяет организовывать солидные исследовательские коллективы и заниматься серьёзными проектами.

Есть надежда, что российские фармацевтические компании смогут сконцентрироваться на создании оригинальных противоопухолевых препаратов. Но разработка и клиническая апробация подобных препаратов требуют серьёзных инвестиций, а российский рынок слишком мал, чтобы окупить вложения в случае успеха. Требуется выход на международные рынки, что в настоящее время является нетривиальной задачей. Сегодня прогресс в диагностике и лечении злокачественных опухолей в основном определяется инновационными разработками западных стран, Японии, Китая, и трудно надеяться на полноценное импортозамещение в сфере онкофармакологии.

**– Страшно представить, что может произойти, если завтра на российский рынок перестанут поступать хорошо зарекомендовавшие себя импортные препараты, не имеющие отечественных аналогов.**

– Пока ситуация не катастрофична, закупки идут, большинство противоопухолевых препаратов в онкологических учреждениях есть. Прошлый год был вообще благополучным в этом плане. Но сделать на долгий срок запасы хороших противоопухолевых препаратов, как все понимают, невозможно. Не складирование, а достаточное финансирование и ритмичные поставки импортных лекарств для онкологии – единственный оптимальный вариант, и надо постараться, чтобы они не прекратились даже в столь непростых обстоятельствах.

Елена БУШ,  
обозреватель «МГ».

## Наши интервью

# Узбекские студенты выбирают Нижний Новгород

Программа двойных дипломов в Приволжском исследовательском медицинском университете

**Недавно в Самарканде состоялся первый Узбекско-российский медицинский форум, на котором подписан ряд документов, направленных на развитие сотрудничества в сфере здравоохранения. Выступая на форуме, министр здравоохранения РФ Михаил Мурашко назвал основными направлениями сотрудничества трансплантологию, сердечно-сосудистую хирургию и высшее медицинское образование: «Более 3,5 тыс. студентов из Узбекистана получают образование в Российской Федерации, мы открываем здесь филиалы российских вузов, идёт уже рутинная работа по последипломному образованию».**

**В работе форума участвовали ректоры ведущих медицинских вузов нашей страны. Корреспондент «МГ» Болеслав ЛИХТЕРМАН попросил прокомментировать его итоги ректора Приволжского исследовательского медицинского университета доктора медицинских наук Николая КАРЯКИНА.**

**– Николай Николаевич, каковы перспективы сотрудничества в области медицинского образования?**

– Для Приволжского исследовательского медуниверситета центральным событием форума стало подписание соглашения о реализации сетевых образовательных программ с Ташкентским государственным стоматологическим институтом. Уже в этом учебном году там будут зачислены первые студенты по профильной специальности. Всего в этом году на совместные образовательные программы с вузами Узбекистана будет зачислено около 300 студентов. Кроме вышеупомянутого вуза, это Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии, Самаркандский государственный медицинский университет. К началу учебного года ждём в Нижнем Новгороде более 380 узбекских студентов и ординаторов, которые первую половину обучения прошли на родине. Для сравнения, в прошлом году к нам приехало около 100 человек. Также 2023 г. запомнится нам первым выпуском обучающихся по совместным программам – 6 будущих стоматологов (специалистов) и почти 40 ординаторов по разным специальностям. Я думаю, цифры говорят сами за себя: партнёрство с вузами Узбекистана крайне выгодно обеим сторонам. Для студентов из этой

страны мы специально приобрели большое хорошее общежитие. И кто уже учится у нас, уверен, подтвердит, что с нашей стороны мы не ограничиваемся только преподаванием – участвуем в проблемах каждого студента, стараемся процесс адаптации сделать максимально комфортным.

**– Каковы особенности подготовки узбекских студентов?**

– В Приволжском исследовательском медицинском университете реализуется, на мой взгляд, достаточно интересная программа так называемых двойных дипломов, то есть одна из форм сетевого образования: когда студент поступает в два университета – сдаёт экзамены как в один из вузов Узбекистана, так и в наш университет, это условленная система поступления. В случае успешного прохождения экзаменов он зачисляется. Между каждым вузом, участвующим в этой программе, то есть между нашим университетом и, например, Ташкентским стоматологическим институтом или Ургенчским филиалом Ташкентской медицинской академии заключаются соответствующие договоры по реализации каждой образовательной программы. На каждую программу ординатуры, на каждую программу высшего образования в области специализации (по лечебному, стоматологическому делу, фармацевтике) заключаются отдельные договоры. В них мы



цинские школы и сформировать устойчивые компетенции, которые им дают, с одной стороны, коллеги из Узбекистана, с другой – профессорско-преподавательский состав нашего университета.

**– Почему студенты выбирают Приволжский исследовательский медуниверситет?**

– Только здесь при реализации программы двойных дипломов используется модель продолженного обучения или совмещённого обучения, когда студент находится в Узбекистане. Я не знаю других университетов, которые предоставляют регулярные занятия в тот период, когда студент не находится на территории данного университета. Мы же пошли по тому пути, что с 1-го курса студенты регулярно получают лекционные и семинарские занятия с нашими преподавателями в дистанционном виде, вузы-партнёры предоставляют помещения, обеспечивают устойчивый интернет-канал, и те же самые группы собираются и в дистанционном режиме проводятся эти занятия. И это проходит все 6 лет. Поэтому именно эта программа даёт студентам возможность получить более устойчивые знания в течение всего периода реализации образовательной программы.

**– Возвращаются ли студенты после очного обучения в ПИМУ в Узбекистан или же остаются в России?**

– К нам приезжает много студентов. Сейчас по этой программе учатся около тысячи человек. В этом году ожидаем зачисления ещё не менее 200 студентов. Все они разные: есть те, кто грустит и скучает по своей замечательной родине. Я там недавно был: яркое солнце, замечательные люди, свой колорит, который, бесспорно, тянет к себе. С другой стороны, есть уже сейчас студенты, которые у нас заканчивают образование и говорят, что хотят остаться в ординатуре. Для нас это яркий знак, притом что мы сейчас уже видим, что несколько студентов, которые получают красные дипломы, выразили желание остаться здесь в ординатуре или продолжить обучение в рамках «двойных» дипломов по ряду дисциплин: мы реализуем «двойные» дипломы также в области ординатуры. Поэтому я думаю, что им понравилось. Университет завоевал определённый авторитет в их глазах. И это, конечно, очень приятно. Нижний Новгород – Москва.

## Тенденции

# Аномальный кровоток вернулся в норму

Тот случай, когда «идти налево» – это правильно

**В журнале World Journal for Pediatric and Congenital Heart Surgery опубликована статья российских кардиохирургов из Национального медицинского центра им. Е.Н.Мешалкина (Новосибирск) «Хирургическое восстановление аномального отхождения левой подключичной артерии от лёгочной артерии с использованием надключичного доступа».**

Как отмечают авторы публикации в аннотации к своему материалу, аномальное отхождение левой подключичной артерии от лёгочной артерии – редкий врождённый порок развития сердца. Здесь описан случай, когда пациентке, испытывавшей из-за данной аномалии симптоматику вертебробазиллярной недостаточности, была проведена реимплантация левой подключичной артерии в левую общую сонную артерию.

А теперь то же самое более понятным языком.

Как сообщили в НМИЦ им. Е.Н.Мешалкина, как минимум за последние 50 лет в практике специалистов клиники не было пациентов с таким диагнозом. Порок сердца действительно редчайший: аномальное отхождение левой подключичной артерии от ствола лёгочной артерии встречается у 0,8% людей, имеющих правую дугу аорты, а таких, в свою очередь, лишь 0,05% от общей численности населения, так как в норме дуга аорты поворачивает влево. Если данная анатомическая особенность проявляет себя деликатно – слабым наполнением пульса и пониженным артериальным давлением, – человек может даже не знать о своей уникальности, поскольку она ему не докучает.

Но в данном случае аномальный кровоток провоцировал у ребёнка одышку, временные нарушения

зрения и слуха, частые обмороки. Девочка заметно отставала в физическом развитии: в год 4 месяца она весила всего 7 кг.

По словам сердечно-сосудистого хирурга кандидата медицинских наук Ильи Сойнова, при обследовании маленькой пациентки методами эхокардиографии и компьютерной томографии стали очевидны анатомические причины вертебробазиллярной недостаточности: правая дуга аорты и открытый артериальный проток размером 4 мм, аномальное отхождение левой подключичной артерии в нетипичном месте – не от дуги аорты, а от ствола лёгочной артерии. Этим и была обусловлена выраженная и тяжёлая симптоматика у ребёнка: одышка, обмороки, периодическая потеря слуха и зрения возникали из-за большого сброса крови в лёгочную артерию, что приводило к росту давления в ней и формированию сердечной недостаточности.

Ровно этот же объём недополучали мозговой кровотока и кровоснабжение левой руки.

– Опираясь на 3D-реконструкцию по данным КТ, мы приняли решение выполнить хирургическое вмешательство из мини-инвазивного надключичного доступа. Через разрез 3 см выделили неправильно расположенную подключичную артерию и реимплантировали её конец в левую общую сонную артерию. Таким образом удалось «запитать» кровью и руку, и голову, то есть вернуть в них нормальный кровоток. С точки зрения хирургии это несложная операция, но аномалия поистине уникальна, – поясняет И.Сойнов.

На 5-е сутки после операции девочка была выписана из стационара.

Елена СИБИРЦЕВА,  
Новосибирск.



В конце апреля 2023 г. первый апелляционный суд общей юрисдикции подтвердил ранее вынесенный приговор неонатологам из Калининграда Элине Сушкевич и Елене Белой. Обвинение жуткое – убийство младенца, так решили присяжные. Осуждённым дали 9 и 9,5 лет колонии соответственно. Надежда адвокатов врачей на апелляционную жалобу не оправдалась. Решение вступило в силу, докторов Сушкевич и Белую направят отбывать назначенное наказание.

Казалось бы, можно успокоиться и забыть. Но в том-то и дело, что сама эта история закончилась (что, кстати, тоже не факт), однако повторения её высоковероятны.

### Задача со многими неизвестными

Напомним, это громкое, пожалуй, самое громкое из всех уголовных дел в отношении врачей в современной России длилось 5 лет.

Инцидент, о котором идёт речь – смерть глубоко недоношенного (700-граммового) новорожденного малыша, которая наступила якобы в результате намеренного введения ему сульфата магния – произошёл ещё в 2018 г. За это время врачей Элину Сушкевич и Елену Белую судили уже дважды: в первый раз суд присяжных в Калининграде их оправдал, однако прокуратура обжаловала приговор, после чего второй суд, теперь уже в Московской области, признал обеих виновными «в совершении деяний, предусмотренных ч. 2 ст. 105 УК РФ (убийство малолетнего, заведомо находящегося в беспомощном состоянии, группой лиц по предварительномуговору)».

Мотив для убийства, указанный в обвинительных материалах, совершенно дикий – нежелание и.о. главного врача роддома портить статистику младенческой смертности.

К слову, именно по факту внесения изменений в медицинские документы – о том, что живой ребёнок родился мёртвым, а вовсе не по факту убийства изначально было возбуждено данное уголовное дело. Об этом в интервью журналистам сообщила адвокат семьи умершего ребёнка ещё во время первого действия этой двухактной драмы. И только когда стали проводить проверочные мероприятия и опрашивать сотрудников роддома, появились свидетели более тяжкого деяния, чем просто замена листов в истории болезни пациента, отметила тогда представитель потерпевших. Так одна статья УК сменилась другой, несравнимо более жёсткой, с куда более строгим, притом реальным тюремным наказанием.

Не будем сейчас углубляться в детали, кто именно эти свидетели убийства новорожденного, что они видели и почему, если стали очевидцами детоубийства, не воспретывали ему. В данный момент, чтобы понять уязвимость доводов обвинения, достаточно привести точку зрения адвоката обвиняемых, которую он также высказал в одном из интервью.

На вопрос, почему спецбригаду реаниматологов из регионального перинатального центра, в составе которой оказалась Элина Сушкевич, в роддом, где появился на свет маловесный недоношенный малыш, вызвали не сразу, а только спустя 4 часа, представитель врача ответил так: «Добросовестность единственного известного нам свидетеля, по моему мнению, под вопросом, именно потому, что она – заведующая тем самым отделением, в котором погиб ребёнок. Она несёт ответственность за отделение и действия своих сотрудников. Нам непонятно, почему акушеры роддома не вызвали бригаду реаниматологов сразу, а посчитали, что есть возможность

принять такие тяжёлые роды самим. А потом, когда увидели, что теряют ребёнка, начали придумывать способы свалить на кого-то вину. Замечательная идея – сказать, что врач скорой неотложной помощи приехал в другое учреждение ради убийства недоношенного малыша, чтобы не портить этому учреждению статистику, которая никоим образом на него самого не влияет. Так не бывает.

### Медицина и правосудие

# «Дело неонатологов»: точка или многоточие?

## Очередная «посадка» состоялась. Давно пора извлечь уроки



Попробуйте вызвать врача скорой помощи и предложите ему убить пациента, что он скажет? Скорее всего, позвонит в полицию».

И то верно: какой резон сотруднику одного лечебного учреждения помогать в таком зверском замысле сотрудникам другого учреждения? А главное – зачем ради хороших показателей в отчётах делать пациенту смертельную инъекцию химического вещества, содержание которого в организме очевидно могло быть обнаружено судмедэкспертами, если можно было просто отключить человека от аппарата ИВЛ?

Одним словом, на взгляд со стороны, логики в действиях врачей, обвинённых в убийстве, действительно не видно. Тем не менее на этой алогичности был построен судебный процесс и вынесен вердикт присяжных.

### Зачем всё это было?

Если считать, что в данном уголовном деле поставлена окончательная точка, то почему она такая «жирная» – 9 и 9,5 лет колонии? Можно ли назвать этот судебный процесс показательным, будто максимально драконовский приговор вынесен в назидание врачебному сообществу, чтобы на всякий случай боялись?

Редакция «МГ» обратилась с этими вопросами к одному из наших постоянных экспертов по теме правового обеспечения медицинской деятельности – доктору медицинских наук, профессору, адвокату **Николаю Григорьеву**, и вот как он ответил:

– На самом деле это не первый случай, когда в отношении медицинских работников, и, кстати, тоже неонатологов, была применена статья 105 УК РФ. В первый раз попытка посадить врача за намеренное убийство пациента предпринималась 10 лет назад, правда, тогда всё завершилось оправдательным приговором. Так что в смысле выбора меры наказания назвать дело «Белой – Сушкевич» показательным сложно. В то же время оно действительно

показательное, но в ином смысле.

Основная проблема, которую высветила данная ситуация, – организация российского права как таковая. В Конституции РФ от 1993 г. нет понятия «медицинская услуга», там в статье 41 используется выражение «медицинская помощь». И, кстати, в обновлённой редакции Конституции от 2020 г. эта статья осталась неизменной. Между тем уже после принятия

акушерство-гинекологию, экстренную хирургию. Здесь нет целого ряда чётких дефиниций и, как следствие, они не встроены в законодательство и отраслевую нормативную базу. Например, есть понятие «живорождённость», но нет понятия «жизнеспособность» и, соответственно, критериев жизнеспособности. В ситуации, о которой идёт речь, существование такого понятия и критериев

оперировать человека, чтобы попытаться его спасти, или нельзя, где-то сказано? Нигде. В итоге врачи боятся оказывать помощь пациентам в критических состояниях, и надвигается профессиональный коллапс. Тем более, что статья 105 УК РФ, как видим, в отношении медработников применяется.

– По-вашему, врачебная общественность улавливает причинно-следственную связь?

оценки могло бы изменить весь ход событий.

Аналогично есть белые пятна в понятийном аппарате анестезиологов-реаниматологов: что используется в стоматологии – седация или наркоз? Расследования случаев неблагоприятных исходов лечения здесь проводятся именно через призму наркоза, а это явно подразумевает значительно более высокие требования к организации работы, оснащённости медицинской организации и серьёзно отягощает исходы уголовных дел.

В онкологии нет чёткой границы между продляющей жизнь паллиативной операцией и неотложной хирургической помощью больному, который погибает от рака и сию минуту страдает от опухолевой непроходимости кишечника или кровотечения. Врач, взявшийся помочь такому пациенту, ходит по лезвию ножа, потому что тот может погибнуть в ближайшее время после операции, и встанет вопрос, не ускорили ли действия хирурга наступление смерти?

Такого рода неразрешённых парадоксов много в разных областях медицины, и коль скоро это так, врачебное сообщество со страхом ждёт, когда в случае неблагоприятного исхода лечения следователи придут к очередному доктору, начнётся очередная публичная порка в суде, во время которой сторона обвинения и сторона защиты будут говорить на принципиально разных языках. Один будет утверждать, что врач оказал услугу ненадлежащего качества и пациент умер от осложненной наркоза, а второй – доказывать, что пациент умер от анафилактического шока в результате седации при получении медицинской помощи.

Дать однозначные дефиниции и разработать фундаментальные критерии, с помощью которых можно заранее оценивать риски и результаты оказания медицинской помощи, определять наличие или отсутствие дефектов в действиях врачей, – это то, чем должны заниматься медицинские общественные объединения. Точнее, именно этим врачебные ассоциации, общества, палаты союзы должны были давно начать заниматься, но все они почему-то сконцентрировались на разработке бланков добровольного информированного согласия. В то же время такое явление, как острая хирургическая смерть, до сих пор не имеет чёткого определения и, соответственно, объективно оценить «вклад» медицинских работников в развитие этого состояния у пациента невозможно. Субъективно же оценивают сплошь и рядом, причём, как правило, не в пользу врача.

Или повреждения, несовместимые с жизнью: при них можно

– К сожалению, нет. У врачебной общественности нет верного понимания, почему с докторами Белой и Сушкевич произошло именно то, что произошло. Есть коллективная ошибочная точка зрения, будто происходящее – просто-напросто целенаправленная охота СКР на врачей.

Было бы правильным сейчас, по завершении этого долгого и драматичного судебного процесса, профессиональному сообществу неонатологов собраться, обсудить итоги, сделать выводы и закрыть те проблемы в нормативной базе своей специальности, которые подводят врача под серьёзную уголовную статью.

– Позиция врачебного сообщества в этой истории небезупречна, а позиция правоохранительной системы? Понимаю, что вам надлежит соблюдать корпоративную этику, и всё-таки, насколько это возможно, дайте свою оценку.

– Что касается следствия и суда, к ним вопросов нет. Вы придаёте данной ситуации какое-то особое значение, хотя, как уже сказано, случаи возбуждения уголовных дел против врачей по статье 105 УК РФ были и ранее. И вынесенное судом в данном случае наказание соответствует тому, которое предусмотрено Уголовным кодексом за умышленное убийство.

Другой вопрос, почему сторона защиты допустила то, что действия неонатологов были квалифицированы по такой страшной статье, а не по ч. 2 ст. 109 УК РФ – причинение смерти по неосторожности вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей, которая предусматривает куда более мягкое наказание? Да, определённые нарушения в действиях врачей были, но, возможно, не такие тяжкие.

– Следует ли понимать, что в деле «Белой – Сушкевич» теперь наверх поставлена правовая точка, или можно ожидать продолжения?

– Теоретически можно. Если врачи и их адвокаты не согласны с вынесенным приговором, то нужно не останавливаться и проходить все судебные инстанции. В частности, подать кассационную жалобу, обратиться в Верховный суд.

– А шансы есть?

– Всё зависит от того, кто и что будет делать. Ведь один специалист в области медицинского права, защищая врача, может сделать верные шаги, а другой пойдёт иным путём, максимально утяжелит ситуацию и, соответственно, не получит ожидаемого результата.

Елена БУШ,  
обозреватель «МГ».





В Москве прошёл юбилейный, 10-й, форум специалистов в области аритмологии и электрофизиологии, кардиохирургов, генетиков и учёных. Он состоялся в Soluxe Hotel Moscow, который стал в марте резиденцией делегации генерального секретаря Коммунистической партии Китая и председателя Китайской Народной Республики Си Цзиньпина. А теперь в течение 3 дней здесь обсуждались передовые технологии и инновационные разработки в области диагностики, лечения и профилактики нарушений ритма сердца.

### В центре внимания

В президиуме X Всероссийского съезда аритмологов почётное место занял президент Азиатского кардиоаритмологического общества, директор Центра сердечной аритмии Национального центра кардиоваскулярных болезней, профессор Ян Яо (Yan Yao, Пекин), а делегаты в перерывах между заседаниями гуляли в расположенном рядом парке Хуаминюан среди традиционных китайских беседок, строений и прудов.

На время форума по замечательной идее его президента, директора НМИЦ хирургии им. А.В.Вишневого, президента Всероссийского научного общества аритмологов (ВНОА), академика РАН Амираана Ревитшвили конференц-залы отеля сменили названия в честь учёных и хирургов, внёсших огромный вклад в развитие мировой и отечественной аритмологии: «Шанхай» – на «Бредикис», «Хуанхэ» – на «Егоров», «Чжунцзян» – на «Сулимов», «Пекин» – на «Самойлов» и «Пекарский», «Тайшань» – на «Недоступ», «Янцзы» – на «Кушаковский», «Лотос» – на «Мировский», «Шэньчжэнь I» – на «Сеннинг», «Шэньчжэнь II» – на «Розенштраух», «Шэньчжэнь III» – на «Элмквист». В них параллельно прошли около 50 научных мероприятий – заседаний, симпозиумов, «круглых столов», мастер-классов. Чрезвычайно насыщенное событиями собрало более 1200 участников из 17 стран.

Открывая юбилейный форум, Амираан Ревитшвили представил фотозаписку в историю съездов аритмологов, напомнил о клинических рекомендациях, разработанных при активном участии ВНОА.

– Мы начали разговор сотрудничества в сторону Юго-Восточной Азии, но наши прежние научные связи, безусловно, останутся навсегда, – подчеркнул Амираан Шотаевич.

От имени министра здравоохранения РФ съезд приветствовала директор Департамента организации медицинской помощи и санаторно-курортного дела Минздрава России Екатерина Караулина, которая призвала «встраивать в систему» как можно больше протоколов клинической апробации для последующего тиражирования в регионы, сделала акцент на развитии диспансерного направления, сказала о впервые полученной возможности бесплатно обеспечивать пациентов, которые перенесли абляцию.

Первое пленарное заседание, проходившее в зале «Самойлов», докладом «Интервенционная и хирургическая аритмология. 30-летняя история развития и дальнейшие перспективы» открыл А.Ревитшвили. Он показал динамику роста проведённых в России имплантаций электрокардиостимуляторов, кардиовертеров-дефибрилляторов, абляций в период между 2011 и 2021 гг., привёл статистику занятых в данном направлении специалистов. Всего в 205 российских клиниках работает 939 связанных с аритмологией сотрудников, из них 510 – сертифицированные сердечно-сосудистые хирурги, 337 – специалисты по рентгеноваскулярной диагностике и лечению, 92 – кардиологи.

А.Ревитшвили остановился на эффективности катетерного лечения аритмий, испытанных в НМИЦ хирургии им. А.В.Вишневого



Выступает А.Ревитшвили

А.Ревитшвили рассказал об истории и последних достижениях хирургии желудочковой аритмии, эффективности и сложностях абляции в ряде анатомических зон.

Директор НМИЦ сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н.Бакулева, главный внештатный аритмолог Минздрава России, академик РАН Елена Голухова выступила с докладом «Высокотехнологичная помощь больным с нарушениями ритма сердца». В 2022 г. в РФ проведено более 465 тыс. операций и интервенционных вмешательств на сердце, рост с 1996 г. – почти в 20 раз. Наибольшие объёмы вмешательств выполнены у больных ИБС, причем максимальное число приходится на ангиопластику коронарных артерий у больных с острым

дали» директор НИИ кардиологии Томского НИМЦ, вице-президент ВНОА, академик РАН Сергей Попов информировал аудиторию о подарке всему сообществу – новом пополняемом сайте «Кто есть кто в российской аритмологии». Выступление он начал с имеющихся сложностей детской аритмологии, где, в отличие от взрослой, не проводилось крупных исследований, и она продолжает строиться на консенсусах, практическом опыте врачей.

В своём обзоре лектор коснулся направлений лечения и диагностики аритмий у детей и взрослых: катетерного лечения и его рецидивов, анализа проблем фибрилляции предсердий и путей их решения, эндокардиального

проводимости. Поэтому был разработан и внедрён в клинику метод кардиосинхронизирующей терапии, основанный на секвенциальной предсердно-двухжелудочковой стимуляции. Клинические эффекты метода: снижение функционального класса хронической сердечной недостаточности по NYHA, повышение толерантности к физической нагрузке, повышение уровня пикового потребления кислорода при физической нагрузке, улучшение качества жизни, уменьшение частоты повторных госпитализаций, улучшение прогноза этой группы больных.

Д.Лебедев подробно рассказал о стандартной технике имплантации сердечной ресинхронизирующей терапии, её преимуществах и недостатках.

Профессор Ян Яо говорил об актуальных направлениях развития и достижениях аритмологии в Китае.

### Калейдоскоп научных событий

«Хирургическая аритмология – высшая математика кардиохирургии», – очень точно заметил один из специалистов, ученик академика А.Ревитшвили. На съезде петербургский коллега подтвердил это высказывание, рассказав нашему корреспонденту, как опытные общие хирурги, наблюдавшие за его операцией, с недоумением сказали: «Мы ничего не понимаем – настолько это сложно!»

О неординарности и разноплановости поставленных перед сообществом аритмологов задач говорят названия симпозиумов съезда: «Результаты ДНК-диагностики у пациентов с нарушениями ритма сердца: помогают или мешают принятию решения?», «Фундаментальная электрофизиология в аритмологии», «Кардиоверсия при фибрилляции предсердий и спонтанное контрастирование левого предсердия – о чем «молчат» рекомендации», «Памяти М.Розена. Личная история клеточной электрокардиофизиологии», где в центре внимания был доклад профессора отдела физиологии и клеточной биологии Университета Огайо Вадима Фёдоровича (США).

Среди самых интересных докладов форума отметим «Тренды научных исследований в детской аритмологии» (Александр Романов, Новосибирск), «Профессиональные компетенции по функциональной и лучевой диагностике» (Эдуард Иваницкий, Красноярск), «Биопейсмейкеры: миф или реальность» (Константин Агладзе, Москва), «Асимптомный WPW-синдром как фактор риска внезапной смерти молодых пациентов» (Вера Камолтаева, Москва). Китайские коллеги выступили с сообщениями «Осуществимость и безопасность криобаллонной абляции фибрилляции предсердий и открытого овального окна в рамках одной процедуры» (Цзя Фенгпенг – Jia Fengpeng, Чунцин), «Гибридный подход к абляции при лечении пациентов с персистирующей фибрилляцией предсердий» (Ци Цзинь – Qi Jin, Шанхай).

Постоянно находились на онлайн связи и выступили с сообщениями ведущие аритмологи мира, в частности, знаменитый кардиохирург, почётный профессор Вашингтонского университета Джеймс Какс (James Cox, США) и Жозе Карлуш Пашон (Jose Carlos Paschon, Бразилия).

Острыми дискуссиями запомнились «круглые столы», а награждение премиями ВНОА и грамотами Международного конгресса «Кардиостим» было украшено китайским танцем дракона.

На проведение следующего Всероссийского съезда аритмологов претендовали Казань и Красноярск, представившие яркие презентации своих возможностей.

Выбран город на Енисее.

Альберт ХИСАМОВ,  
корр. «МГ».  
Фото автора.

### Деловые встречи

# «Китайский» съезд аритмологов

## Обсуждались новые методы лечения аритмии

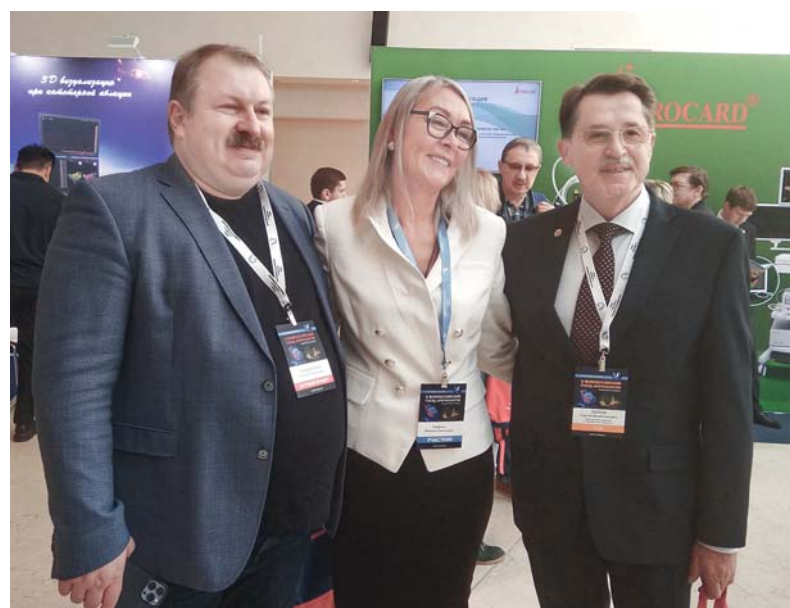
линейных ускорителей – сегодня это паллиативный метод, но высокоэффективный, если вопрос стоит о будущей трансплантации. Следующая тема – имплантируемые пейсмейкеры (трансвенозные, безэлектродные, биологические, которые можно имплантировать, когда нет возможности поставить трансвенозную систему). Большое значение придаётся стимуляции пучка Гиса, его ножек – проводятся крупные исследования, их результатов ждут в клиниках.

Основная задача современных имплантируемых кардиовертеров-дефибрилляторов – не вызывать шок, а проводить безболезненную высокочастотную электрокардиостимуляцию. Активно занимают свою нишу подкожные ИКД, которые по многим показаниям ни в чём не уступают трансвенозным системам. Докладчик рассказал об истории хирургической аритмологии, перейдя к технологиям и опыту катетерной абляции в ведущих клиниках мира (в том числе электропорации).

– Почему не достигается 100%ной эффективности при хирургическом лечении фибрилляции предсердий? – задаёт вопрос А.Ревитшвили. И отвечает на него: – Дело в том, что мы забываем о том, что фибрилляция предсердий – это проявление атриальной кардиомиопатии. Поэтому, убирая только триггеры, мы не решаем проблемы с поддерживающими механизмами, которые остаются в правом и левом предсердиях. Это глобальная проблема, которую нужно решать. В этой связи мы предложили операцию «лабиринт-5» на работающем сердце, которая отличается от других модификаций «лабиринта» тем, что мы можем электрофизиологически контролировать каждое воздействие. Госпитальная летальность при этих вмешательствах нулевая, нет тромбоземболических осложнений, мало имплантируется электрокардиостимуляторов. Это происходит, потому что удаётся сохранить артерию синусо-предсердного узла и не трогать зону рядом.

Лектор рассказал о гибридных операциях, о проводящихся исследованиях, связанных с операциями на узле левого предсердия и имплантируемых в него устройствах.

Академик остановился на разработке оригинального биполярного аблятора, применение которого, наряду с оригинальной методикой операции, позволило снизить повторную катетерную процедуру (гибридный вариант) с 15 до 6%. В последнем разделе лекции



Участники съезда (слева направо): Максим Кандинский (Краснодар), Марианна Пекарская (Москва) и академик РАН Сергей Попов (Томск)

коронарным синдромом. Второе место по темпам прироста числа выполняемых процедур и операций занимают нарушения ритма сердца – тахи – и брадиаритмии. В их числе имплантация кардиостимуляторов занимает более 50 тыс. вмешательств и катетерные абляции по поводу тахикардий – около 36 тыс. На имплантацию кардиовертеров-дефибрилляторов приходится около 3800 процедур. Интервенционные и хирургические вмешательства при различных тахикардиях выполняются в 114 медицинских организациях (в 20 из них – более 600 в год). Наибольшее число вмешательств выполняется по поводу фибрилляции и трепетания предсердий – в 2021 г. их было около 23 тыс. Соответственно, увеличилось и число интервенционных и хирургических вмешательств в расчёте на миллион населения – до 257 (в 2016 г. этот показатель составил 189).

Е.Голухова продемонстрировала результаты некоторых крупных зарубежных исследований, касающихся фибрилляции предсердий, в том числе у больных с сердечной недостаточностью, и применения различных видов катетерной абляции. Одной из основных идей выступления стало заключение о целесообразности раннего выполнения вмешательства, требующих в ряде случаев (при персистирующих формах ФП) расширенного современного протокола.

Перед своей лекцией «Нарушения ритма сердца у детей и взрослых: две стороны одной ме-

и поверхностного картирования, имплантируемых устройств. Он показал преимущество эволюционного научного подхода и рассказал о новых перспективных исследованиях и разработках, проводимых в НИИ кардиологии Томского НИМЦ, в том числе устройств для обеспечения лекарственной и приборной безопасности страны и импортозамещения.

С.Попов рассказал об оригинальном проекте «Новые медицинские изделия для аритмологии» – сложной системе, которая должна выполнять полезные функции в нужный момент времени, необходимым месте, иметь нулевые затраты при отсутствии нежелательных эффектов.

С лекцией «Кардиоресинхронизация. Новый взгляд и новые подходы и перспективы» выступил руководитель НИО аритмологии НМИЦ им. В.А.Алмазова, профессор РАН Дмитрий Лебедев. Он показал чрезвычайную актуальность проблемы сердечной недостаточности: в мире от неё страдают 22 млн человек, в России – более 8 млн, из них 3 млн относятся к III-IV функциональному классу по классификации Нью-Йоркской ассоциации сердца (NYHA). Декомпенсация хронической сердечной недостаточности – причина госпитализации в кардиологический стационар каждого второго пациента. Этот контингент больных попал в зону особого внимания аритмологов, в том числе и потому, что около 30% пациентов III-IV ФК по NYHA имеют нарушения внутрижелудочковой





# КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 22 (2382)

(Продолжение. Начало в № 23 от 16.06.2023.)

## Лечение

ПТСР – заболевание, которое имеет высокую коморбидность с большим количеством психических и соматических расстройств. В лечении пациентов с ПТСР и коморбидными нарушениями целесообразно также опираться на клинические рекомендации и стандарты оказания помощи для этих заболеваний.

## Комплексная терапия

Пациентам с ПТСР в качестве основной терапевтической стратегии с целью повышения эффективности лечения рекомендована комбинация психотерапии и психотерапии.

Данные современных научных исследований подтверждают эффективность как психотерапии, так и психотерапии (когнитивно-поведенческой, нарративной экспозиционной и др.) в лечении ПТСР. Имеются отдельные исследования, показывающие высокую эффективность сочетанного применения психотерапии и психотерапии, однако в ряде опубликованных метаанализов выводы носят противоречивый характер, активно подчёркивается острая необходимость проведения дальнейших исследований в этой области. При ведении пациентов с ПТСР приоритет остаётся за комбинированной терапией, однако в зависимости от условий могут отдельно использоваться психотерапия и психотерапия. Психотропные препараты (антидепрессанты, анксиолитики, снотворные и седативные средства, антипсихотические средства) широко используются в лечении ПТСР, поскольку психотерапия, сфокусированная на травме, может быть недоступной (особенно в начале заболевания) или плохо переноситься. Выбор стратегии терапии и соотношение психотерапии и психотерапии зависят от ориентации пациента на тот или иной метод лечения, проявлений клинической симптоматики, этапа лечения, особенностей личности, актуальных ресурсов и организационных возможностей и должен гибко оцениваться с учётом персонализированного подхода в каждом конкретном случае. Имеются показания и противопоказания как для психофармакологического, так и для психотерапевтического лечения. Они преимущественно связаны с состоянием пациента, побочными эффектами и организационными условиями.

## Психофармакотерапия

**Терапия первой линии.** Препараты, применяемые при ПТСР и их дозировки приведены в приложении АЗ «Справочные материалы, включая соответствие показаний к применению и противопоказаний, способов применения и доз лекарственных препаратов, инструкции по применению лекарственного препарата» в таблице «Рекомендуемые дозы препаратов для лечения ПТСР».

Пациентам с ПТСР в качестве препаратов первой линии преимущественно рекомендуются начинать терапию с назначения препаратов из группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (СИОЗС) (пароксетин 20-50 мг/сут, сертралин 25-200 мг/сут, флуоксетин 20-40 мг/сут) или венлафаксина 75-225 мг/сут с целью снижения интенсивности ингузий, снижения чувствительности к внешним и внутренним стимулам, запускающим повторное переживание травматического опыта, уменьшения выраженности аффективных нарушений и стабилизации настроения. Рекомендованная длительность терапии составляет 6-12 месяцев, чаще – около года после стабилизации состояния.

После установления диагноза ПТСР пациентам в качестве первого курса в течение первых 4-6 недель рекомендуется либо проводить монотерапию СИОЗС либо венлафаксином. Эффективность терапии оценивается через 4-6 недель от начала приёма. Если эффективность недостаточная, продолжают приём препарата в течение полного курса (6-12 месяцев после стабилизации состояния). При недостаточной эффективности целесообразно повысить дозы принимаемого препарата до максимально-терапевтических или заменить на другой СИОЗС первой линии или венлафаксин. Вариант лечения следует выбирать индивидуально

для каждого пациента с учётом психотропного и соматотропного действия препарата, возможных нежелательных явлений, психического и соматического статуса пациента, клинических характеристик заболевания, а также коморбидных расстройств.

Монотерапия антидепрессантами начинается с минимальных дозировок и постепенно титруется до терапевтических. Анксиолитический эффект развивается индивидуально в течение 2-8 недель. Поэтому и с учётом возможного ухудшения состояния в начале приёма СИОЗС на первом этапе лечения целесообразно применять комбинацию с производными бензодиазепина, особенно при выраженной тревоге и вегетативных нарушениях. Внимательно надо относиться к противопоказаниям для приёма производных бензодиазепина, в том числе избегать назначения этой группы препаратов

# Посттравматическое стрессовое расстройство

## Клинические рекомендации

пациентам с высоким риском формирования зависимости.

К преимуществам рекомендованных антидепрессантов относятся хороший профиль эффективности-переносимость-безопасность, возможность однократного приёма, наличие длительного эффекта терапии; к недостаткам – отставленное развитие эффекта, возможный анксиогенный эффект в первую неделю терапии, необходимость титрации дозировки, негативное влияние на сексуальную функцию, развитие тошноты и некоторых других побочных эффектов.

Рекомендуется предупредить пациента с ПТСР о возможном развитии побочных эффектов в начале приёма антидепрессантов для обеспечения комплаенса. В первые недели приёма целесообразно наблюдать за пациентом, оценивая суицидальные риски, возможное усиление тревожной симптоматики.

Пациентам с ПТСР с выраженной тревогой, страхом, раздражительностью, возбуждением и вегетативными нарушениями на первом этапе терапии рекомендуется краткосрочное применение препаратов из группы производных бензодиазепина с целью купирования тревоги и симптомов из кластера физиологического возбуждения, вегетативных симптомов, психомоторного возбуждения:

– **Диазепам** 5-15 мг/сут (при психомоторном возбуждении, связанном с тревогой, коморбидных острых тревожно-фобических, тревожно-депрессивных состояниях). Дозу обычно делят на 2-3 приёма. Длительность курса диазепамом не должна превышать 4 недель, в тяжёлых случаях допускается до 8-12 недель, включая время постепенного прекращения.

– **Лоразепам** 2-10 мг/сут (при тревоге, раздражительности, нарушениях сна, вегетативных нарушениях). Обычно назначают 2-3 мг/сут, разделённые на 1-3 приёма, а затем при необходимости увеличивают суточную дозу препарата до поддерживающей, которая чаще всего составляет от 2 до 6 мг/сут, разделённая на 1-3 приёма. Для купирования симптомов рекомендуется применять как можно меньшие эффективные дозы. Дозу лоразепамом необходимо увеличивать постепенно, начиная с увеличения дозы, принимаемой вечером. Максимально можно назначить до 10 мг/сут. При нарушениях сна, вызванных тревогой, обычно назначают раз в сутки перед сном от 2 до 5 мг.

– **Клоназепам** 1-4 мг/сут (при выраженном/пароксизмальном страхе, психомоторном возбуждении на фоне реактивных психозов). Для купирования симптомов рекомендуется применять как можно меньшие эффективные дозы. Дозу обычно делят на 2-3 приёма. При необходимости дозу увеличивают постепенно, каждые 3 дня, не более чем на 0,25-0,5 мг, до момента достижения соответствующего терапевтического эффекта или максимальной суточной дозы.

– **Алпразолам** 0,25-4,5 мг/сут (при тревожных расстройствах, коморбидном па-

ническом расстройстве или депрессивном расстройстве доза может достигать 6-10 мг/сут). Начинают применение с минимальных доз (0,25-0,5 мг/сут) с последующим увеличением сначала в вечерние, затем в дневные часы в течение нескольких дней или недель. При тревожных состояниях начальная суточная доза составляет 0,75-1,5 мг и может быть увеличена до 3-4,5 мг/сут. Курс лечения алпразоламом допустим до 3 месяцев, прекращение терапии следует проводить в течение 2-6 недель, снижая суточную дозировку не более чем на 500 мкг каждые 3 дня, допускается более медленная отмена.

Ряд специалистов придерживаются точки зрения, что производные бензодиазепина эффективны в короткой перспективе, уменьшая тревогу, раздражительность и симптомы вегетативного возбуждения, но при длительном использовании могут усиливать симптомы избегания и социальную дезадаптацию. Негативное влияние на когнитивное функционирование может снижать эффективность психотерапии. Длительное применение производных бензодиазепина оправдано в случае отсутствия ответа на другое лечение или его непереносимости. Большинство производных бензодиазепина были одобрены для терапии так называемых

апатией, усталостью и подавленным настроением, рекомендовано применение тофизопама для купирования этих проявлений (50-300 мг/сут).

Производный бензодиазепина препарат тофизопам имеет иное расположение нитрогенной группы, что определяет ряд его специфических характеристик, к нему не развивается физическая зависимость, отсутствуют седативный и миорелаксирующий эффекты, он не влияет на когнитивное функционирование, поэтому отнесён к дневным транквилизаторам, не потенцирует действие алкоголя, применяется в комплексной терапии алкогольного абстинентного синдрома. В связи с выраженным вегетостабилзирующим эффектом широко применяется в неврологии для лечения психовегетативного синдрома, который имеет общие симптомы с третьим кластером симптомов ПТСР. В открытом исследовании на небольшой выборке была показана эффективность тофизопама в терапии ПТСР. Взрослым назначают по 50-100 мг (1-2 таблетки) 1-3 раза в сутки. В случае приступообразного ухудшения состояния можно разово принять 1-2 таблетки. Максимальная суточная доза – 300 мг, длительность терапии составляет 4-12 недель. Препарат может применяться в комбинированной терапии с другими средствами.

тревожных состояний ещё до появления ПТСР как самостоятельной нозологии, исследования их эффективности в РКИ для лечения ПТСР практически не встречаются.

Преимуществами производных бензодиазепина являются быстрый эффект, анксиолитическое и вегетотропное действие развивается в течение 30-60 минут после перорального или инъекционного введения, у пациентов с суицидальными тенденциями они позволяют достичь быстрого контроля над симптомами. Их отличает хорошая переносимость, широкое терапевтическое окно – безопасность при передозировке. Учитывая, что эффект антидепрессантов достигается через 4-6 недель терапии, кратковременное назначение производных бензодиазепина на первом этапе позволяет снизить интенсивность тревожной симптоматики.

Перед назначением этой группы препаратов должен быть хорошо собран наркологический анамнез. Нецелесообразно их назначать пациентам с зависимостью или риском формирования зависимости от ПАВ. Следует обратить внимание на комплаентность – в некоторых случаях пациенты склонны превышать рекомендуемые дозировки. Препараты группы производных бензодиазепина могут формировать зависимость и имеют синдром отмены при резком прекращении терапии. Поэтому длительность их применения должна быть ограничена 3 неделями. Длительность применения ограничивается также значимыми нежелательными эффектами – седацией, головокружением, нарушением координации, снижением концентрации внимания и запоминания, нарушением психомоторных функций, риском формирования зависимости, толерантности к препаратам, выраженным синдромом отмены, проявляющимися ухудшением состояния и усилением тревоги после прекращения приёма, и поэтому должно ограничиваться короткими курсами (не более 3 недель).

Нет доказательных исследований об эффективности бромдигидрохлорфенилбензодиазепина. Однако в российской медицинской практике он традиционно применяется для лечения тревожных расстройств, купирования панических атак, а также в лечении ветеранов с ПТСР. При назначении производных бензодиазепина следует учитывать период полувыведения при решении вопроса о кратности приёма и профилактике эффектов кумуляции (бромдигидрохлорфенилбензодиазепин в связи с длительным периодом полувыведения не рекомендуется назначать более 1-2 раз в сутки; алпразолам в связи с относительно небольшим периодом полувыведения следует назначать с частотой не менее 3 раз в сутки).

Пациентам с ПТСР, в клинической картине которых имеются расстройства, сопровождающиеся эмоциональным напряжением, тревогой, вегетативными расстройствами,

Пациентам с ПТСР, в клинической картине которых имеются расстройства, сопровождающиеся тревогой, эмоциональным напряжением, вегетативными расстройствами, соматоформными нарушениями, невыраженным психомоторным возбуждением, беспокойством, нарушениями сна, рекомендовано применение алимемазина (15-80 мг/сут) для купирования этих проявлений.

Курсовое лечение необходимо начинать с приёма 2,5-5 мг в вечернее время с постепенным увеличением суточной дозы до требуемого эффекта. Суточная доза может быть распределена на 3-4 приёма. Длительность курсового лечения может составлять от 2 до 6 и более месяцев и определяется врачом в зависимости от состояния в соответствии с инструкцией по медицинскому применению препарата. При необходимости для достижения седативного или снотворного эффекта может применяться эпизодически (за 20-30 мин до сна). Побочные эффекты крайне редки и выражены незначительно. Препарат может применяться в комбинированной терапии с другими средствами.

Пациентам с ПТСР в качестве анксиолитиков, альтернативных производным бензодиазепина, рекомендовано назначение этифоксина (150-200 мг/сут) для устранения тревоги, страха, внутреннего напряжения, раздражительности, а также признаков повышенных настроенности и вегетативного возбуждения.

Этифоксин хорошо зарекомендовал себя в лечении стрессовых расстройств с тревожным синдромом. Его анксиолитическое действие, отсутствие аддиктивного потенциала и типичных для бензодиазепинов побочных эффектов обусловлено высокоспецифическим модулированием активности ГАМК-рецепторов в результате аллостерического взаимодействия с ними, а также активации белка-транслокатора (известного как периферический рецептор бензодиазепинов), что приводит к интенсификации биосинтеза нейростероидов, за счёт чего осуществляется его анксиолитическое, анальгетическое и нейротрофическое действие. К нежелательным эффектам этифоксина относятся сонливость, аллергические реакции кожи, острые реакции гиперчувствительности, гепатит, маточные кровотечения. Этифоксин применяется в дозе 150-200 мг/сут. Продолжительность лечения от нескольких дней до 4-6 недель в зависимости от состояния пациента. Препарат может применяться в комбинированной терапии с другими средствами.

Пациентам с ПТСР рекомендуется применение анксиолитиков, не относящихся к группе производных бензодиазепина, – гидроксизина (25-100 мг/сут) при наличии коморбидных тревожных расстройств для снижения уровня тревоги.

**Гидроксизин** назначается для снижения уровня тревоги (симптоматическое лечение тревоги). Он не угнетает кору головного моз-



га, но его действие может быть связано с подавлением активности некоторых ключевых зон субкортикальной области центральной нервной системы. В случае применения пероральных лекарственных форм седативный эффект наступает через 30-45 минут. Гидроксизин также обладает спазмолитическим и симпатолитическим действием, демонстрирует умеренную анальгетическую активность. Рекомендуемая дозировка 25-100 мг/сут. Поскольку реакция на приём гидроксизина отличаются изменчивостью, рекомендуется начинать лечение с низких доз препарата и постепенно повышать до оптимальной, регулируя её в соответствии с ответом пациента на терапию. В случае, если тревожность проявляется бессонницей, основная доза принимается вечером перед сном. Длительность определяется индивидуально, курс обычно составляет 4-8 недель. Препарат может применяться в комбинированной терапии с другими средствами.

Пациентам с ПТСР рекомендуется применение анксиолитиков, не относящихся к группе производных бензодиазепа, – бупропиона (20-30 мг/сут) при наличии коморбидных тревожных расстройств для снижения уровня тревоги.

В отличие от производных бензодиазепа, бупропион не обладает миорелаксантами противосудорожными свойствами. Его седативный эффект значительно слабее эффекта типичных анксиолитиков и не нарушает психомоторные функции. По анксиолитической активности бупропион примерно аналогичен эффекту производных бензодиазепа. Бупропион не вызывает толерантности и зависимости, а после завершения курса лечения не развиваются симптомы отмены. Действие бупропиона развивается постепенно. Терапевтический эффект начинает проявляться между 7-м и 14-м днями терапии, а максимальный эффект достигается примерно через 4 недели после начала лечения. Поэтому этот препарат не назначается эпизодически. Рекомендованная начальная доза составляет 15 мг, эту дозу можно повышать на 5 мг в сутки каждые 2-3 дня. Обычная суточная доза 20-30 мг в сутки. Максимальная однократная доза составляет 30 мг, максимальная суточная не должна превышать 60 мг. Препарат может применяться в комбинированной терапии с другими средствами.

**Терапия второй линии.** В качестве препаратов второй линии рекомендовано применение неселективных ингибиторов обратного захвата моноаминов – амитриптилин 75-150 мг/сут перорально, имипрамин 75-250 мг/сут и мirtазалин (30-60 мг/сут) с целью купирования симптоматики.

Следует учитывать имеющийся у амитриптилина и имипрамина риск передозировки и большую выраженность побочных эффектов, а также более низкую приверженность терапии у этих препаратов. Не рекомендуется назначение этих препаратов пациентам с высоким суицидальным риском без постоянного наблюдения. В ряде исследований была показана эффективность применения антидепрессанта мirtазалина. Длительность терапии также составляет 6-12 месяцев.

**Терапия третьей линии.** Пациентам с ПТСР при неэффективности терапии антидепрессантами или их сочетанием с производными бензодиазепа рекомендуется назначение препаратов третьей линии с целью купирования симптоматики.

Пациентам с ПТСР в качестве альтернативы, при отсутствии ответа на предыдущие курсы терапии, может быть назначен противосудорожный препарат ламотридин в дозировке 25-500 мг/сут или топирамат (200-400 мг/сут) с целью повышения эффективности лечения.

Титровать дозу ламотридина следует еженедельно, особенно если в клинической картине ПТСР имеются выраженные колебания настроения, трудности аффективной регуляции, или наблюдается коморбидное расстройство зрелой личности. Следует иметь в виду частые кожные высыпания вплоть до токсического эпидермального некролиза в качестве частых побочных эффектов. Ламотридин может назначаться как дополнение к основному курсу терапии.

Терапию топираматом рекомендуется начинать с низкой дозы с последующим постепенным подбором эффективной дозы. Подбор дозы начинают с 25-50 мг, принимая их на ночь в течение 1 недели. В дальнейшем с недельными или 2-недельными интервалами дозу можно увеличивать на 25-50 мг и принимать её в два приёма. При подборе дозы необходимо руководствоваться клиническим эффектом. У некоторых пациентов эффект может быть достигнут при приёме препарата 1 раз в сутки. Для достижения оптимального эффекта лечения топираматом необязательно контролировать его концентрацию в плазме крови.

Пациентам с ПТСР при отсутствии эффекта на предыдущие курсы терапии или при на-

личии таких симптомов, как вторгающиеся мысли о травматическом событии, вспышки, эксплозивность, агрессивное поведение, нарушения сна, а также при наличии диссоциативных симптомов, дезорганизованного поведения, коморбидных психотических расстройств, рекомендовано назначение антипсихотических средств в соответствии с показаниями.

Эта группа препаратов может применяться для лечения таких симптомов, как вторгающиеся мысли о травматическом событии, вспышки, эксплозивность, агрессивное поведение, нарушения сна. А также в тех случаях, когда в клинической картине имеются выраженные диссоциативные симптомы и дезорганизованное поведение, или наблюдаются коморбидные психотические расстройства. Назначение антипсихотических средств в низких дозировках может быть использовано в качестве дополнительной терапии к стандартной схеме лечения. Они являются препаратами выбора при наличии психотической симптоматики, слуховых, зрительных и тактильных галлюцинаций, бредовых расстройств, агрессивных идей, чувств и поведения. Они могут быть также полезны в качестве корректоров поведения, когда вместо тревоги на первый план выступают гнев, эксплозивность и агрессивное поведение. Исследования эффективности применения антипсихотических средств в лечении ПТСР сильно отличаются по дизайну от описания клинических случаев до открытий исследований и РКИ. Препараты могут применяться в комбинированной терапии с другими средствами.

Пациентам с ПТСР при наличии показаний для назначения антипсихотических средств рекомендовано назначать рисперидон (0,5-8 мг/сут) перорально с целью коррекции симптоматики.

Антипсихотическое средство рисперидон может быть использовано в качестве препарата третьей линии из-за большого количества побочных эффектов, таких как акатизия или экстрапирамидные расстройства, метаболический синдром, при том, что для лечения ПТСР используются более низкие дозы. Он может также назначаться в качестве дополнительной терапии к стандартной схеме лечения.

Пациентам с ПТСР при наличии показаний для назначения антипсихотических средств рекомендовано назначать кветиапин (50-300 мг/сут) с целью коррекции симптоматики.

Антипсихотическое средство кветиапин может быть использовано в качестве препаратов третьей линии из-за большого количества побочных эффектов, таких как акатизия или экстрапирамидные расстройства, метаболический синдром, при том, что для лечения ПТСР используются более низкие дозы. Он может также назначаться в качестве дополнительной терапии к стандартной схеме лечения.

Пациентам, резистентным к терапии ПТСР, рекомендовано назначение оланзапина в дозировке 5-20 мг/сут вместе с антидепрессантами СИОЗС или в качестве монотерапии с целью преодоления резистентности.

В настоящее время отсутствует единое определение резистентности к терапии ПТСР, в большинстве исследований нонреспондерами считаются пациенты, которые имеют менее 70% улучшения по шкале CAPS, получавшие лечение одним или двумя разными СИОЗС в максимальной переносимой дозе в течение 8-12 недель. В таких случаях рекомендуется использовать оланзапин в дозировке 5-20 мг/сут вместе с антидепрессантами СИОЗС или в качестве монотерапии.

Пациентам с ПТСР при проявлениях в клинической картине эксплозивности и поведенческих расстройств рекомендовано назначение тиаприда (200-300 мг/сут), хлорпротиксена (15-100 мг/сут), алимемазина (15-80 мг/сут) с целью коррекции поведения.

Отсутствуют доказательные исследования в отношении тиаприда, алимемазина и хлорпротиксена. Однако в российской медицинской практике эти препараты традиционно применяются для лечения эксплозивности и поведенческих расстройств как средства, обладающие антиагрессивной (антидисфорической) активностью. Препараты могут назначаться в качестве дополнения к стандартной схеме лечения.

Пациентам с ПТСР рекомендуется проводить терапию длительностью около года после наступления терапевтического эффекта от применяемой терапии с целью стабилизации эффекта и профилактики рецидивов. Комбинация препаратов и дозировки на различных этапах лечения определяются индивидуально в зависимости от состояния пациента и динамики терапии, для оценки состояния в динамике можно дополнительно использовать соответствующие психометрические инструменты.

В случае отсутствия достаточного эффекта психофармакотерапии рекомендуется удостовериться в том, что препарат был использован в максимальной терапевтической дозе и в должном комплаенсе пациента с целью

подтверждения факта недостаточного терапевтического ответа на конкретный препарат.

При неэффективности первого курса терапии в первую очередь необходимо удостовериться в комплаентности пациента, так как нарушение режима приёма препарата является причиной формирования резистентности к лечению в значительной части случаев. Нарушения режима терапии могут быть связаны с наличием побочных эффектов, слабой включённостью пациента в ход терапии, низкой мотивацией, ощущением отсутствия эффекта от лечения (особенно характерно при приёме антидепрессантов, эффект которых отсрочен). Для повышения комплаентности следует провести с пациентом психообразовательную беседу, обговорив возможные побочные эффекты, необходимость регулярного приёма препаратов, постепенность развития терапевтического эффекта антидепрессантов. Положительную роль играет ведение дневника приёма лекарств или телефонное приложение с напоминанием.

У пациентов с ПТСР при применении психотропных препаратов (антидепрессанты, анксиолитики, снотворные и седативные средства, антипсихотические средства) рекомендуется оценивать следующие возможные побочные эффекты психофармакотерапии: седация, сонливость, заторможенность, задержка мочеиспускания, запоры или поносы, тошнота, головные боли, головокружение, нарушение координации, концентрации внимания, памяти, формирование зависимости и толерантности к препаратам и др. в рамках персонализированного подхода с целью снижения вероятности развития побочных эффектов и осложнений от проводимой терапии.

В то же время адекватные дозировки и назначения лекарств строго по показаниям значительно снижают риск проявления побочных эффектов.

При применении неселективных ингибиторов обратного захвата моноаминов необходим также регулярный контроль АД и ЭКГ, при применении антипсихотических средств – контроль за признаками метаболического синдрома, прежде всего веса.

Пациентам с ПТСР при применении психофармакологических препаратов рекомендована оценка эффективности и переносимости терапии, которая проводится на 7-14-28-й дни психофармакотерапии и далее 1 раз в 4 недели до окончания курса лечения с целью своевременной коррекции проводимого лечения.

В случаях с недостаточной эффективностью монотерапии через 4-6 недель рекомендована смена препарата или использование комбинированных схем лечения. При переносимости или недостаточной эффективности проводится коррекция дозировок или смена препарата. Значительный вклад в общую эффективность терапии в практике вносит также квалификация врача, который благодаря своему опыту может предвидеть, какой из препаратов «больше подойдёт» данному пациенту или какой пациент лучше отреагирует на данное лечение. Это отражает очевидные преимущества индивидуального выбора препарата для достижения наилучших результатов лечебного процесса, хотя доказательных данных о тех ориентирах, которые могут быть использованы для дифференцированного подхода к терапии и которые, по всей вероятности, лежат в основе интуиции опытного врача, крайне мало. Поскольку в РКИ, проводившихся для оценки эффективности препаратов в лечении ПТСР, не учитывались особенности клинических проявлений (преобладание определённых симптомокомплексов, терапии поведенческих нарушений, в случае доминирующего аффекта гнева или доминирования избегания, социальной изоляции в клинической картине), то имеются определённые сложности в применении их результатов при реализации персонализированного подхода в медицине.

**Психотерапия.** Исследование эффективности применения психотерапии в лечении ПТСР началось практически сразу после его выделения в самостоятельную нозологию, поэтому среди более 300 проведённых РКИ в более половине протоколов изучался тот или иной метод психотерапии. На сегодняшний день существует большая доказательная база эффективности применения психотерапии при данной патологии. В одном из последних зонтичных метаанализов, оценивающим эффективность психических расстройств, в отношении ПТСР (в отличие от других психических расстройств) был показан средний размер эффекта от когнитивно-поведенческой психотерапии (КПТ) по сравнению со стандартной терапией, а также средний размер эффекта при фармакотерапии с использованием венлафаксина и СИОЗС. В отношении длительности сохранения эффекта психотерапия оказалась более эффективной, чем фармакотерапия. Большое количество источников, показывающих эффективность КПТ, связана, скорее,

с возможностью в рамках научных исследований воспроизводить определённые техники, а не с безусловным приоритетом этого метода для пациентов с посттравматическим стрессовым расстройством. Другие методы психотерапии, имеющие на сегодняшний день меньшую доказательную базу, могут быть не менее, а, возможно, в определённых случаях более эффективными, чем КПТ. Однако необходимо помнить, что дизайн доказательных исследований в психотерапии достаточно сложен, и клиническая практика по многим параметрам отличается от научного эксперимента. При выборе того или иного метода на практике стоит учитывать особенности травматизации пациента с ПТСР, клинические, индивидуально-психологические характеристики и мотивацию пациента, доступность того или иного метода психотерапии.

Противопоказания к психотерапевтическому лечению:

1) пациенты со страхом перед самораскрытием и преобладанием отрицания в комплексе используемых механизмов психологической защиты;

2) пациенты с недостаточной мотивацией к изменениям очевидной вторичной выгодой от болезни;

3) пациенты с низкой интерперсональной чувствительностью;

4) пациенты, которые не смогут регулярно посещать сеансы психотерапии;

5) пациенты, которые не будут участвовать в процессе активной вербализации и слушания в индивидуальной и групповой психотерапии;

6) пациенты, чьи характерологические особенности не позволяют им конструктивно работать в индивидуальной и групповой психотерапии и извлекать из этой работы пользу (которые постоянно отыгрывают свои эмоции вовне в качестве защитной реакции, а не наблюдают за своим психологическим состоянием; или пациенты с серьёзным негативизмом или ригидностью);

7. пациенты в состоянии алкогольного или наркотического опьянения;

8. пациенты в остром психотическом состоянии.

Пациентам с ПТСР рекомендовано использовать различные виды психотерапии в комбинации с психофармакотерапией или самостоятельно с целью скорейшего преодоления последствий психической травмы, снижения тревоги, напряжения, коррекции мышления, эмоционального состояния.

Пациентам с ПТСР в качестве методов с наибольшей доказательной базой оценки эффективности рекомендовано применение когнитивно-поведенческой психотерапии, сфокусированной на травме (ТФ-КПТ), в т.ч. её отдельные варианты, такие как когнитивная психотерапия, когнитивно-процессуальная психотерапия, КПТ с пролонгированной экспозицией, нарративная экспозиционная психотерапия, а также десенсибилизация и переработка психической травмы движениями глаз (ДПДГ).

Пациентам с ПТСР рекомендовано проводить психообразование в отношении причин, характерных симптомов, динамики, терапии, прогноза заболевания с целью снижения тревоги, повышения комплаентности и мотивации на психотерапевтическое лечение.

Пациентам с ПТСР рекомендовано использование когнитивной психотерапии длительностью 15-20 сессий, которые проводятся еженедельно индивидуально и/или в группе для модификации пессимистических и катастрофических оценок и воспоминаний, связанных с психотравмой, с целью преодоления поведенческих и когнитивных паттернов, поддерживающих избегание и препятствующих нормальному повседневному функционированию.

Основная задача терапии – модификация пессимистических и катастрофических оценок и воспоминаний, связанных с психотравмой, с целью преодоления поведенческих и когнитивных паттернов, поддерживающих избегание и препятствующих нормальному повседневному функционированию. Пациент под руководством психотерапевта обучается идентификации внутренних и внешних стимулов, а также специфических триггеров, поддерживающих симптомы ПТСР. С целью уменьшения выраженности интрузий проводится тщательная оценка воспоминаний и интегрирование травматического опыта. Для работы с дисфункциональными мыслями, связанными с оценкой травмы и глубинными убеждениями, поддерживающими ощущение постоянной угрозы, рекомендован сократовский диалог. Дополнительной мишенью являются дисфункциональные когнитивные и поведенческие паттерны, которые блокируют адаптивные копинг-стратегии и восстановление последовательных воспоминаний о травматическом событии, к примеру, руминации, поиск безопасности, подавление мыслей.

(Продолжение следует.)



«Персонализированная медицина и практическое здравоохранение» – так звучала тема X (XXIX) Национального конгресса эндокринологов с международным участием. Его главным организатором стала Российская ассоциация эндокринологов, соорганизаторами – Министерство здравоохранения РФ, Министерство науки и высшего образования РФ и Национальный медицинский исследовательский центр эндокринологии Минздрава России.

Это один из крупнейших медицинских форумов – как по значимости, так и по численности: только в очном формате в нём приняли участие более 3 тыс. человек, не считая присоединившихся онлайн. Традиционно здесь собираются ведущие эксперты не только в области эндокринологии, но и в кардиологии, терапии, хирургии, генетике, геронтологии, педиатрии, репродуктологии, ревматологии, нефрологии и др.

На этой уникальной платформе всегда обсуждаются наиболее актуальные научные идеи; анализируются методы, применяемые в диагностике и лечении пациентов с эндокринной патологией; рассматриваются перспективные исследовательские проекты и вырабатываются инновационные клинические решения.

Общеизвестно: одной из важнейших задач эндокринологов является борьба с сахарным диабетом. Это заболевание по своим масштабам затмевает многие известные человечеству эпидемии: каждые 5 секунд на планете оно поражает одного человека, каждые 7 – один человек от него умирает.

Статистика не может не настораживать: за последние 10 лет число людей с диагнозом «сахарный диабет» выросло в 4 раза, и сегодня, по данным IDF, в мире их более 537 млн человек; в нашей стране это заболевание диагностировано примерно у 5,2 млн пациентов. Однако специалисты утверждают, что жителей РФ с диабетом в возрасте 20-70 лет может быть в 2 раза больше, чем выявлено. Это подтвердило проведенное в 2015 г. исследование распространённости сахарного диабета 2-го типа у взрослого населения России. Оно показало, что у 19,3% жителей (20–79 лет) наблюдался преддиабет, а у 5,4% – диабет, из которых более половины до этого не знали о наличии у них заболевания.

Сахарный диабет – одна из значимых причин смертности: в 2021 г. во всём мире из-за диабета, согласно данным IDF, умерло 6,7 млн человек. К тому же, согласно данным Национального медицинского исследовательского центра эндокринологии, COVID-19 увеличил уровень смертности людей с сахарным диабетом на 26%.

Другая проблема отражена в сборнике «Здравоохранение в России», который в 2021 г. выпустил Росстат, там сказано, что временно нетрудоспособными стали около 62,2 тыс. человек с таким диагнозом. Это почти три четверти от числа тех, кто потерял трудоспособность из-за проблем со здоровьем.

Поэтому не случаен интерес к конгрессу не только специалистов и пациентов, но и руководства страны. Напомним, в декабре 2022 г. на заседании совета по стратегическому развитию и нацпроектам Президент России Владимир Путин подчеркнул, что программа по борьбе с диабетом должна стать такой же масштабной, как и по онкологии или сердечно-сосудистым заболеваниям. По его мнению, в федеральный проект нужно включить «раннюю диагностику заболевания, гарантированное обеспечение граждан медицинскими изделиями, включая расходные материалы, и лекарствами и, конечно, профилактическую работу».

Название конгресса не случайно: приоритетными темами для обсуждения стали персонализация диагностической и лечебной так-

тики, выбор оптимальных методов лечения, основанных на принципах доказательной медицины и учитывающих потребности современной клинической практики и междисциплинарного взаимодействия врачей разных специальностей, а также анализ данных об изменении качества жизни в процессе лечения.

бета-клеток поджелудочной железы вследствие аутоиммунной реакции и наследственной предрасположенности, что приводит к абсолютной инсулиновой недостаточности.

Но вопросов в связи с его генезом не становится меньше. «Почему иммунная система, которая создана для того, чтобы уничтожить

Одним из вариантов подобного контроля стал стартовавший в нынешнем году в 6 регионах страны пилотный проект по обеспечению всех пациентов с сахарным диабетом 2-го типа приборами для дистанционного отслеживания уровня глюкозы в крови (проект «Персональные медицинские помощники»).

На X (XXIX) Национальном конгрессе эндокринологов прозвучало заявление о том, что в 2023 г. должен официально стартовать федеральный проект «Борьба с сахарным диабетом». Такая целевая программа у нас в стране работала раньше и показывала хорошие результаты. Однако неуклонный рост

## Обсуждения

# Борьба с диабетом продолжается

## Конгресс эндокринологов расставил приоритеты



Конгресс открывает главный эндокринолог страны И.Дедов

Рассматривались традиционные, но не утратившие своей актуальности вопросы эпидемиологии и патогенеза эндокринных заболеваний, практики ведения государственных регистров больных, реализации современных стратегий диагностики, лечения и профилактики сахарного диабета и его осложнений и др. Но были и новые темы, отвечающие на вызовы времени, например, какой станет эндокринология будущего, каким образом технологии молекулярной медицины будут интегрированы в клиническую практику.

Вопросы совершенствования эндокринологической помощи и векторы её развития, разработки современных технологий и внедрения их в рутинную практику затронул в открывшей конгресс пленарной лекции президент Российской ассоциации эндокринологов, президент НИИЦ эндокринологии Минздрава России, главный внештатный специалист-эндокринолог Минздрава России, академик РАН Иван Дедов.

Напомним участникам форума историю борьбы человечества с диабетом (как известно, в нынешнем году исполняется 100 лет со времени вручения Нобелевской премии за открытие инсулина Фредерику Бантингу и Джону Маклеоду), спикер рассказал о результатах новейших исследований, о возможностях, которые предоставляет современная медицина пациенту с этим диагнозом.

Особое внимание в выступлении было отведено сахарному диабету 1-го типа, называемому «молодым», «иммунодефицитным», «аутоиммунным», и новому взгляду на его происхождение. Сегодня известно, что в основе его развития лежит нарушение работы

### Из приветствия Президента РФ В.Путина участникам конгресса:

«Сегодня отечественное здравоохранение переживает период кардинальных перемен, связанных с разработкой современных, инновационных технологий, впечатляющими результатами научных исследований, развитием персонализированной медицины. Эти достижения позволяют добиться существенного прогресса в вопросах профилактики, диагностики и лечения эндокринных заболеваний, значительно повысить качество и доступность оказания специализированной медицинской помощи. Считаю важным, что Российская ассоциация эндокринологов традиционно собирает в Москве практикующих врачей, ведущих учёных, эндокринологов, в том числе детских, генетиков из всех регионов нашей страны и ряда зарубежных государств».

всё чужеродное, вдруг атакует собственные, свои родные клетки?» – недоумевает, как и многие его коллеги, ведущий специалист в России в области эндокринологии. Сто лет медицинское сообщество ищет ответ на этот вопрос и на многие другие, так или иначе из него вытекающие.

Ряд закономерностей всё же удалось установить, в частности взаимосвязь СД с другими заболеваниями.

«Сахарный диабет – это не просто хроническое заболевание, он выступает триггером тяжёлых сосудистых поражений, – отметила в своём выступлении на Национальном конгрессе эндокринологов заместитель директора по научной работе, директор Института диабета НИИЦ эндокринологии Минздрава России, академик РАН Марина Шестакова. – Поэтому сейчас наша задача выстроить диспансерное наблюдение за пациентами таким образом, чтобы держать диабет под контролем и не допускать серьёзных сосудистых осложнений».

«Пациентам выдают в поликлиниках особые глюкометры, которые дистанционно передают результаты измерений в личный кабинет лечащего врача. Контролируется не только уровень глюкозы, но и другие показатели состояния больного (физическая активность, хлебные единицы, доза инсулина). Программа построена так, что доктор видит появление анализов, выходящих за пределы нормы, и может быстро связаться с пациентом, чтобы скорректировать терапию. Таким образом, пациенту не нужно часто посещать врача, он фактически пребывает под постоянным врачебным контролем», – сказала М.Шестакова. По её словам, подобный постоянный мониторинг не только поможет врачам быстро принимать решения по ведению больных, но и будет мотивировать пациентов тщательно следить за своим здоровьем.

Что же касается тактики лечения, в обновлённые в 2022 г. клинические рекомендации по лечению сахарного диабета включены самые современные методики.

числа пациентов с СД, по мнению И.Дедова, подтверждает необходимость продолжения данной работы.

Укрепление эндокринологической службы уже началось: в регионах планируется переоснащение специализированных медицинских центров и усиление работы по подготовке кадров. В поликлиниках и центрах здоровья вновь откроют школы для пациентов с сахарным диабетом, оснащенные в соответствии с утвержденными «Порядками оказания помощи больным с эндокринными заболеваниями» и штатным расписанием.

Важность подобного решения прокомментировала заместитель директора по научной работе НИИЦ эндокринологии академик РАН Галина Мельниченко.

«Успех в лечении сахарного диабета в очень большой степени зависит от самого пациента, – подчеркнула она. Конечно, сейчас появляется много новых технологий, новых лекарственных препаратов, и многие инновации и возможности их применения мы обсуждаем в рамках нынешнего конгресса, – заметила Г.Мельниченко. – При этом важнейший принцип, которого должны придерживаться врачи: работать с пациентом «глаза в глаза». Конечно, сейчас время интернета, многие наши пациенты черпают информацию оттуда. И всё же никакие гаджеты не заменят доверительного общения с доктором».

До недавнего времени сахарный диабет 2-го типа наблюдался только среди взрослых, однако в настоящее время он всё чаще проявляется и у детей. Цифры распространённости у детей и подростков и их неуклонный рост (согласно общероссийскому регистру сахарного диабета на начало 2021 г. – СД-1 31 407 случаев, СД-2 673) заставляют бить тревогу и детских, и взрослых эндокринологов.

Поэтому, по мнению И.Дедова, особенно важно начинать профилактику (или, при необходимости, лечение) столь стремительно распространяющегося заболевания с детского возраста. Обсуждению данной проблемы был посвящён ряд выступлений экспертов.

В течение 4 дней прошли десятки пленарных лекций, научных заседаний и симпозиумов, «круглых столов», научно-практических школ с разбором клинических случаев и мастер-классов с участием ведущих отечественных и зарубежных экспертов, а также демонстрации новейших информационных технологий.

Таким образом, конгресс показал, что наступление на диабет не просто продолжается, а становится всё более уверенным и масштабным.

Алёна ЖУКОВА,  
корр. «МГ».

Москва.



## Перспективы

# Полноценная работа придёт с практикой

С ЦАОПами получилось, говорят в онкослужбе, хотя многое ещё предстоит дорабатывать



Пандемия немного затормозила развитие онкослужбы, но, к счастью, она не была разрушена и, понеся незначительные потери и проседание показателей, продолжает работать. Что удалось во многом благодаря реализации федерального проекта «Борьба с онкологическими заболеваниями». Вместе с тем в службе отдают себе отчёт, что выполнение поручения Президента России увеличить среднюю продолжительность жизни россиян до 78 лет приведёт к росту числа возрастных граждан, а значит, неизбежно возрастёт контингент наблюдаемых онкологами пациентов. Вот почему главной задачей остаётся дальнейшее укрепление и развитие службы, и другого пути здесь нет.

## Вертикаль влияния

В огромной стране приблизить онкологическую помощь к населению было бы невозможно без опорных точек, и такими точками предстоит стать центрам амбулаторной онкологической помощи. С началом формирования этих структур в стране в их адрес звучало немало претензий и критики, напомнил на прошедшем в Самаре XII съезде онкологов России генеральный директор НМИЦ радиологии, директор МНИОИ им. П.А.Герцена – филиала НМИЦ радиологии, главный специалист онколог Минздрава России **Андрей Каприн**. Это было незаслуженно, считает он, учитывая состояние кабинетов первичной онкологической помощи: «Такой кабинет, согласно порядку, должен иметь иметь полотенце, кувшетку и кувшин с водой. Мы здорово страдали: что может человек с таким оборудованием сделать на месте. Это просто посмешище!»

Сегодня в службе констатируют – с ЦАОПами получилось, и об этом лучше всего свидетельствуют поступающие из регионов письма главных онкологов с просьбой разрешить открыть у себя сверх плана ещё один или два центра. При этом заместитель директора по организационно-методической работе МРНЦ им. А.Ф.Цыба (филиал НМИЦ радиологии) **Жанна Хайлова** обратила внимание коллег на то, что уже открытые амбулаторные онкоцентры должны работать правильно, согласно клиническим рекомендациям. К сожалению, пока что этим могут похвастать далеко не все. «На сегодняшний день большая часть ЦАОПов у нас открыта номинально, и всё равно сохраняется нагрузка на ваши онкологические центры, куда из-за отсутствия приверженности ЦАОПам продолжают идти вереницы больные – за получением и первичной диагностики, и диспансерных услуг», – обрисовала она ситуацию.

Усовершенствование работы придёт с практикой, уверен А.Каприн. Сегодня же он больше всего добивается того, чтобы центры, будучи структурными подразделениями многопрофильных медицинских организаций, были в подчинении у главного онколога: «Потому что сейчас они всё равно немножечко пасынки в тех лечебных учреждениях, даже оборудованных. Отчётность должна быть перед главным онкологом. За показатели отвечает главный онколог, и чтобы его спросить, надо, чтобы он чётко мог спросить по нисходящей, по вертикали своего влияния. Чтобы он сам мог назначать в ЦАОП людей, а не тех, кого назначает руководитель этого лечебного учреждения. И здесь нам тоже надо ещё много поработать».

Задача главных онкологов на местах – контролировать работу ЦАОП, вторит ему Ж.Хайлова. К сожалению, ряд главных онкологов плохо присматривает за их работой. Она напомнила, что руководство службы готово оказывать помощь главным региональным онкологам в выстраивании

этих структур: «Мы приедем и расскажем, поговорим с вашим министром, как надо делать, где вы правильно делаете, где неправильно. Но саму идеологию – что главный онколог отвечает за свой регион – надо обязательно выдерживать».

Работать с руководителями медицинских организаций, создавая вертикаль управления, непросто, признала она: «Я понимаю, что это сложно. Как говорится, каждый главный врач в своей медицинской организации царь и бог, но тем не менее с помощью органов управления в сфере здравоохранения нужно будет эту историю как-то докрутить, чтобы всё-таки ЦАОПы у нас работали не номинально. Это разгрузит службу. Если хорошо работает ЦАОП, то население придёт к вам только за специализированной медицинской помощью. Это уже проверено временем».

Помимо организационно-методического подчинения, работы по подаче статистических данных, вертикаль важна и в аспекте планирования и управления объёмами диагностики, которые отдельно на ЦАОП не выделяются и поступают в общую копилку медицинской организации, на базе которой открыт амбулаторный онкоцентр. Соответственно главный врач может на своё усмотрение отдавать в ЦАОП объёмы на компьютерную и магнитно-резонансную томографию. «Понятно, что по объёмам всё не покроем, нам никогда не хватит. Но всё равно некий план по диагностике должен быть», – сказала эксперт.

## Нерешённые вопросы

Дальнейшее развитие онкослужбы тесно связывают с запуском работы вертикально-интегрированной медицинской информационной системы (ВИМИС), развитием телеконсультаций. Потребность в них испытывают и ЦАОПы с их экстренными запросами по сопровождающей, поддерживающей терапии. Но в нашей стране трудно сделать ВИМИС, вздыхает главный онколог: «Казалось бы, как всё легко: сидит классный онколог в этом ЦАОПе. Казалось бы, объединить это всё системой. Компьютер у него, компьютер у референса,

и вот передали снимок, проконсультировали в референсном центре, передали схему лечения визи, он оценил... Но сложность в том, как наполнить эту систему, как создать системы архивации и передачи изображений. Не везде ещё у нас связь налажена, в отдалённых регионах интернет не позволяет передать большие объёмы информации. Поэтому работы неимоверное количество». Кроме того, на ВИМИС возлагают надежду как на идеальный инструмент для контроля диспансеризации. Но к этому идеалу очень трудная дорога, добавил он.

Не секрет, что ситуация со специалистами на местах оставляет желать лучшего. «Кадровая укомплектованность практически везде ниже 50%. Это наша большая беда. Быстро мы ничего не сделаем, но всё равно это такая перспектива, которая должна держаться в голове», – посетовала Ж.Хайлова. Ситуацию, по её мнению, могли бы улучшить социальные гарантии от глав муниципалитетов, где на базе районных, городских и центральных районных больниц созданы ЦАОПы – для привлечения не только молодых врачей, но и опытных специалистов.

Ещё определеннее высказался главный врач Самарского областного клинического онкологического диспансера, главный внештатный онколог Минздрава Самарской области **Андрей Орлов**. «Самая большая проблема – это кадры, и все беды, которые связаны с недоработкой ЦАОП, вызваны в первую очередь дефицитом кадров». Согласно порядку, штатное расписание амбулаторных онкоцентров предусматривает одного врача-онколога на 25 тыс. населения. В Самарской области таких штатных должностей 79, фактически же их 35, а физических лиц – 21. «Соответственно, там некому работать. Есть сопротивление со стороны главных врачей, это однозначно, они не хотят на себя брать нагрузку, хотя повесить её на онкологов», – охарактеризовал он ситуацию.

Вырастить кадры в одиночку невозможно, тем не менее в области стараются изменить ситуацию. Так, если к началу реализации программы по борьбе с онкологиче-

скими заболеваниями на кафедре Самарского ГМУ обучали 18 ординаторов первого-второго года, то в этом году их уже 51, и 75% из них пойдут работать именно в ЦАОПы. В руководители же амбулаторных онкоцентров в области стараются назначать врачей из онкодиспансера, поработавших на первичном приёме и с опытом работы по выявлению онкопациентов. Должно пройти время, чтобы эта структура заработала, считает Андрей Орлов. Но при этом, указывает он, необходимы жёсткий мониторинг и использование административного ресурса, методическая работа по регулированию потока пациентов – чтобы соблюдались сроки оказания помощи и выстраивалась маршрутизация.

Лекарственное обеспечение противоопухолевой терапии – ещё одна головная боль в регионах. В некоторых ЦАОПах, говорит А.Орлов, кроме золедроновой кислоты и препаратов гормонотерапии другого брать не хотят. Боязнь получить осложнения, которые могут возникнуть при проведении химиотерапии, невысокая компетенция специалистов – всё это обуславливает узкий спектр применяемых схем лекарственной терапии. Но в первую очередь он связывает это с низкой мотивацией руководителей: «Они боятся, как принято у нас говорить, немаржинальных схем».

Ж.Хайлова тоже в курсе, что «кроме гормонов и золедроновой кислоты главные онкологи ничего больше не дают». И напомнила, что сеть ЦАОПов как раз и создаётся для того, чтобы обеспечить людям доступность онкотерапии. «Мы готовы поддерживать любую вашу идею, для того чтобы главные онкологи были на достойном уровне и их всё-таки слушали», – сказала она.

По мнению А.Орлова, чтобы изменить ситуацию, следует активно привлекать к планированию объёмов и схем лекарственной терапии специалистов экономических отделов. «Сегодня мы принимаем решение с каждой отдельно взятой медицинской организацией, организационно-методическая, экономическая служба диспансера обрабатывает перечень медикаментов, которые они могут

использовать. Я надеюсь, в этом году мы сможем совместно уже с Минздравом продавить эту ситуацию», – рассказал он.

В амбулаторных онкоцентрах должны концентрироваться все диагностические ресурсы, которые будут направлены на выявление и верификацию онкологических заболеваний. Но пока ещё они испытывают недостаточную нагрузку, и об этом тоже говорили на съезде. Очень низка кратность посещения врачей-онкологов не только с диспансерными, но и с первичными визитами, что специалисты объясняют слабой приверженностью к ЦАОПам, низким уровнем выполнения диагностических услуг, недостаточной диагностической базой и нескоординированностью работы.

Не соблюдаются сроки обследования и маршрутизации. Чтобы совершенствовать деятельность центров, специалисты предлагают направлять пациентов со второго этапа диспансеризации в ЦАОП в максимально короткие сроки. Сейчас срок ожидания записи только к терапевту может составлять до 14 дней. Над этим пытаются работать. «Что касается сроков, мы с директором НМИЦ терапии и профилактической медицины, главным внештатным специалистом по терапии и общей врачебной практике Минздрава России **Оксаной Драпкиной** тоже говорили, что готовы рассмотреть вопрос – чтобы в случае подозрения на онкозаболевание больной не записывался со второго этапа диспансеризации к врачу-терапевту. Но пока Оксана Михайловна не очень готова этот этап отдать, поэтому здесь у наших первичных больных может быть задержка во времени», – рассказала Ж.Хайлова. Как показала практика, на местах до 2 недель ждут записи к терапевту, для того чтобы он направил к онкологу. «А у нас 7 дней, чтобы по программе госгарантий больной приступил к специализированному лечению. Вот эта нормативная вилка есть», – указала она.

Нельзя не отметить, что при всех означенных вопросах в онкослужбе с оптимизмом и надеждой смотрят на будущее центров амбулаторной онкологической помощи, в том числе как на стратегические единицы объединения службы. Как отметил А.Орлов, однозначно идёт прирост, увеличивается доля пациентов, обращающихся в ЦАОП. «Должно пройти время, чтобы люди привыкли и начали доверять ЦАОП. За год-два это невозможно сделать. Это структура должна поработать минимум 5 лет. Тем не менее результаты уже есть. Обследование пациентов в центрах амбулаторной онкопомощи позволяет нам в первую очередь максимально увеличивать выполнение показателей по выявлению онкозаболеваний», – сказал он.

## Отчётно-выборное собрание

В рамках съезда состоялось отчётно-выборное собрание Ассоциации онкологов России. Андрей Каприн переизбран её президентом на второй срок – ещё на 4 года. Он возглавил организацию в 2019 г., сменив тогда на посту академика Михаила Давыдова. Одновременно на 4 года продлены полномочия исполнительного директора ассоциации Олега Левковского.

Сегодня ассоциация – крупнейшее профильное сообщество в России, куда входит 111 лечебных учреждений, 29 профессиональных ассоциаций, союзов и обществ онкологического профиля и 3,3 тыс. врачей. «Мы абсолютно открыты для взаимодействия – любые предложения, проблемы и сложные ситуации будут рассмотрены. Ещё раз огромное спасибо за доверие!» – обратился к участникам съезда А.Каприн.

Римма ШЕВЧЕНКО,  
корр. «МГ».



Премия «Призвание» за более чем 20-летнюю историю стала важной наградой в области медицины. Совместный проект Первого канала и Минздрава России завоевал любовь, интерес и уважение профессионального сообщества. В этом году заслуженные статуэтки, символизирующие золотые руки врача, которые держат хрустальную жизнь пациента, вручили в семи номинациях.

По традиции торжественную церемонию провели ведущая программ «Здоровье» и «Жить здорово» на Первом канале, доктор медицинских наук, профессор Елена Малышева и народный артист Российской Федерации, в прошлом врач скорой помощи Александр Розенбаум. В зале присутствовали знаменитые спортсмены, актёры, космонавты.

Поздравила врачей с профессиональным праздником заместитель председателя Правительства РФ Татьяна Голикова. В приветственном слове она обратилась к главным виновникам мероприятия: «От имени Правительства Российской Федерации поздравляю вас с профессиональным праздником. Профессия медицинского работника самая гуманная и одновременно самая ответственная. Вы отвечаете за самое главное, что у нас есть, – за жизнь и здоровье, за то, насколько долго будет человек жить, насколько здоровы будут его дети. На всех исторических этапах врачи были всегда вместе со страной. Так было в Великую Отечественную войну, так есть сейчас, когда военные врачи вместе со своими гражданскими коллегами спасают жизни наших ребят. Огромное спасибо! Я от всей души желаю вам здоровья, счастья. Будьте здоровы, дорогие доктора!»

После чего началась сама церемония награждения. О каждой номинации можно рассказывать много. Все врачи, поднимавшиеся на сцену, каждый в своей области, выполнили скрупулёзную работу, требующую многих сил, времени и, конечно же, знаний. Но главное то, что их профессиональный подход помог спасти не одну жизнь.

Наверняка у многих навернулись слёзы на глазах, когда на экране была показана история спасения ребёнка от смертельной аритмии. Мальчик побывал во многих клиниках страны, и только в Новосибирске под руководством заместителя директора по научной работе НМИЦ им. Е.Н.Мешалкина, заведующего научно-исследовательским отделом нарушений ритма сердца, доктора медицинских наук Александра Романова впервые в мире была проведена сложнейшая операция. И слёзы, конечно, – это счастливые слёзы радости, ведь мальчик смог сам по видеосвязи прямо в ходе церемонии пообщаться со своим врачом.

Дистанционная диагностика новообразований кожи с помощью искусственного интеллекта – новый подход в медицине. Пациент с помощью приложения может самостоятельно определить, насколько опасна родинка или прыщ на коже. Такой диагностикой уже восполь-

## Признание

# Лучшее в мире призвание

За особые достижения в области медицины вручены награды в семи номинациях



зовались 600 тыс. человек в 85 регионах России. Награда вручена группе дерматологов под руководством заведующей кафедрой кожных и венерических болезней Приволжского исследовательского медицинского университета доктора медицинских наук Ирены Шлишко.

Те люди, которые до недавнего времени считались безнадежно больными, смогли сами сказать спасибо онкологам за создание и клиническое внедрение нового метода лечения неоперабельных прежде пациентов. Группа онколо-

эпидемиологов под руководством академика РАН Василия Акимкина. Они разработали и создали Российскую электронную библиотеку – базу данных о различных штаммах вирусов. Впервые база содержит не только генетические коды штаммов, но и данные о заболеваемости.

За сложнейшую операцию группе сосудистых хирургов под руководством члена-корреспондента РАН Эдуарда Чарчяна присуждена специальная премия Первого канала. Врачи разработали и внедрили в клиническую практику



гов из Москвы, Обнинска, Нижнего Новгорода, Курска и Ярославля под руководством докторов Валерия Короткова и Андрея Каприна разработали огромный опыт успешного хирургического лечения «тяжёлых» больных.

Специальной премии представителям фундаментальной науки удостоена группа учёных-генетиков и

уникальную операцию по лечению тотальной аневризмы аорты.

Премия «За верность профессии» министр здравоохранения РФ Михаил Мурашко вручил анестезиологу-реаниматологу клинической медико-санитарной части № 9 Омска Валерию Машинскому, чей стаж в медицине составляет 57 лет.

попросил лишь подготовить вторую операционную на случай детонации боеприпаса и совместно с врачами из клиники провёл операцию по извлечению взрывателя.

Второй случай произошёл в январе этого года. Владислава Неверова доставили на операционный стол с взрывателем в бедре. За работу взялись врачи Военно-медицинской академии им. С.М.Кирова под руководством подполковника медицинской службы Виталия Иванова. Как и в первом случае – бронезилеты, напряжённая, кропотливая операция. Итог – спасённая жизнь. Николай и Владислав сами вышли на сцену для вручения наград спасителям и ещё раз высказали слова благодарности.

Врачи же, в свою очередь, отметили, что просто выполняли свою работу. «Это общая награда – гражданских и военных врачей, медсестёр, фельдшеров, санитаров. Всех тех, кто лечит раненых и больных, кто помогает нам. Ещё я хотел бы поблагодарить наших учителей, которые вкладывали в нас не только знания, но и



Особым моментом стала специальная номинация для военных медиков. Пожалуй, это одна из наиболее эмоциональных частей, где проявились единство и патриотизм. После историй двух бригад хирургов, которым пришлось извлекать неразорвавшиеся снаряды из тел пациентов, все присутствующие встали, и аплодисменты не смолкали несколько минут.

Николай Пасенков попал в госпиталь в ноябре 2022 г. Он отлично понимал, чем грозит попытка достать взрыватель из грудной клетки и попросил врача не делать этого. «Хирург решил меня оперировать, я был против. Не хотел врачей подставлять, не дай бог рванёт», – вспоминает тот день Н.Пасенков. Подполковник медицинской службы Центрального военного клинического госпиталя им. П.В.Мандрыка Дмитрий Ким

душу. Спасибо родным и близким, поддерживающим нас в самые тяжёлые минуты», – сказал Д.Ким.

В своей речи В.Иванов подчеркнул: «Мы врачи, и для нас главная задача – это спасти жизнь человека. Неважно кто перед нами, военнослужащий или гражданский, ребёнок или взрослый, свой или чужой – спасаем всех. В ту минуту все остались и выполнили свой долг. Если история повторится, мы сделаем это вновь и не остановимся. Спасибо большое за высокую оценку нашего труда».

Завершилось торжество также по традиции, которой уже 23 года: люди в белых халатах вместе спели песню Александра Розенбаума «Не бойтесь, доктор!»

**Сергей БУДАЧЕНКОВ,**  
корр. «МГ».

Фото автора.

## Визиты

Представители делегации Туниса, Анголы, Экваториальной Гвинеи, Ганы, приехавшие в Ханты-Мансийск на XIV Международный IT-форум с участием стран БРИКС и ШОС, посетили окружную клиническую больницу.

Главный врач больницы Елена Кутефа и заместитель руководителя по медицинской части Денис Никитин рассказали гостям об особенностях организации работы в многопрофильной клинике.

Знакомство с работой медицинской организации традиционным началось с телемедицинского центра. Ежегодно здесь проходят

## Из жарких стран – в Югру

тысячи онлайн-консультаций. Врачи обсуждают сложные случаи со специалистами федеральных клиник, консультируют коллег из населённых пунктов округа, обучаются и повышают свой профессиональный уровень, не покидая рабочего места. Пациенты, проживающие в отдалённых районах Югры, имеют возможность избежать дополнительных перемещений. Уточнение диагноза, определение метода лечения, решение организационных вопросов проводится дистанционно.

Гости также побывали в отделениях, где жителям автономного округа оказывают высокотехнологичную медицинскую помощь. Они ознакомились с деятельностью окружного офтальмологического центра, узнали о современных технологиях в сердечно-сосудистой хирургии, о возможностях аппарата «Гамма-нож» и стереотаксической радиохимики в лечении онкологических заболеваний.

Посетили окружную больницу и специалисты из российских

регионов – Республики Бурятия, Ненецкого автономного округа и Липецкой области, которые отвечают за цифровое развитие в своих субъектах.

«На сегодняшний день мы используем передовую технологию работы «в облаке», – рассказал начальник IT-службы больницы Владимир Токарев. – Многоуровневая защита медицинских данных была проверена специальной командой «хакеров» в рамках пентестов. Множественное резервирование

данных не позволит потерять медицинские и научные данные».

Он добавил, что в окружной клинике с 2006 г. ведётся цифровой архив данных с общим объёмом более 120 ТБ, что значительно облегчает работу врачей. Для удобства врача и минимизации его действий, специалисты IT-службы обеспечивают развитие медицинской системы по формированию электронных документов для наполнения ЕГИСЗ и передачи данных для доступа через портал Госуслуг.

**Елена ОСТАПОВА.**

Ханты-Мансийск.



Исследования

## Первые копии эмбрионов из стволовых клеток

**Учёные впервые создали синтетические копии человеческих эмбрионов на основе стволовых клеток. Это достижение откроет возможность для изучения генетических заболеваний и причин бесплодия.**

«Мы можем создавать копии, подобные человеческим эмбрионам, путём перепрограммирования эмбриональных стволовых клеток», – приводит издание слова профессора Кембриджского университета и Калифорнийского технологического института Магдалены Жерничкой-Гетц.

Созданные учёными структуры достигли начала стадии развития, известной как гаструляция, – они не имеют бьющегося сердца или зачатков мозга, но обладают клетками, которые обычно формируют плаценту, желточный мешок и сам эмбрион. При этом созданные без использования человеческих яйцеклеток зародыши позволяют исследователям обойти традиционные принципы работы с эмбрионами и проследить их развитие дальше установленного законом Великобритании 14-дневного периода.

Правило 14 дней – международный медицинский принцип, согласно которому ни одному че-

ловеческому эмбриону ЭКО нельзя позволять жить вне тела женщины дольше этого срока. В Великобритании и Австралии нарушение правила 14 дней является уголовным преступлением. В США за его соблюдением следят специализированные регулирующие органы.

Как сообщает издание, в ближайшей перспективе синтетические эмбрионы не будут использоваться в клинической практике. Это связано с тем, что их имплантация была бы незаконной. Кроме того, пока не ясно, есть ли у этих структур потенциал продолжать созревание до более поздних стадий развития, так как похожие опыты американских и китайских ученых с зародышами обезьян и мышей не имели успеха. Международное сообщество учёных уже приступило к составлению основных принципов работы с синтетическими эмбрионами.

Идеи

## Роботы-сиделки

**Власти Китая нашли решение проблемы ухода за пожилыми людьми и нехватки медицинских и социальных работников в производстве миллионов роботов.**

Согласно национальным стандартам Китая, в учреждениях по уходу за пожилыми людьми на четырёх проживающих должен приходиться один работник по уходу. Но в настоящее время всего 320 тыс. человек обслуживают 8,1 млн жителей домов престарелых.

В КНР надеются, что новые технологии помогут разрешить сложную ситуацию. Китайские IT-гиганты уже начали создавать роботов с искусственным интеллектом. Компаньоны для пожилых умеют общаться, участвовать в реабилитации, показывать кино и даже распевать революционные песни времён Мао.

Также китайское правительство поощряет распространение среди пожилых людей умной техники. Речь идёт о часах, отслеживающих показатели здоровья и напоминающих о приёме лекарств, а также умных планшетах, которые могут использоваться для записи на приём к врачу, доступа к сводкам погоды и играм.

Аналитики прогнозируют, что рынок социальных технологий взорвётся в течение следующего десятилетия, поскольку китайские власти увеличивают финансирование данного направления. Благодаря этому разрабатываются новые продукты и меняются модели потребления.

Бывает и такое

## Камень попал в Книгу Гиннесса



**Военные врачи Шри-Ланки удалили самый большой в мире камень в почке. За помощью к ним обратился 62-летний военный в отставке Канистус Кунг.**

В ходе обследования у него обнаружили камень, вес которого составил 801 г, что более чем в 5 раз превышает вес средней мужской почки. Взвесили его, конечно, после успешного извлечения. По размерам камень, который вошёл в Книгу рекордов Гиннесса, сопоставим с целым грейпфрутом. Об этом случае сообщила пресс-служба ВС республики.

При этом наличие такого огромного инородного тела в почках

не помешало органам пациента нормально функционировать. Его печень, желчный пузырь, поджелудочная железа и селезёнка были описаны врачами как «нормальные» по размеру, хотя простата была увеличена. По словам Кунга, он испытывал боли в животе с 2020 года, и лекарства не помогли. После операции пациент пошёл на поправку.

В длину камень достигал 13,37 см. Прошлый «рекорд» составлял 13-сантиметровое образование, которое извлекли в 2004 г. у жителя Индии. А самым тяжёлым камнем до настоящего времени считался удалённый в 2008 г. из почки жителя Пакистана – весом 620 г.

Однако

## Перепутал простуду с сепсисом

**Житель британского города Террифф, графство Абердиншир, принял за простуду начавшийся у него сепсис и в итоге вынужден был перенести ампутацию обеих ног.**

В марте Мэтью Хикс почувствовал себя нездоровым. Решив, что

это обычная простуда, он принял парацетамол. Но его жена решила перестраховаться и вызвала скорую помощь. В больнице врачи обнаружили у пациента сепсис, стрептококк группы А и пневмонию в правом легком. У мужчины начали отказывать внутренние органы. Чтобы спасти жизнь пациента,

врачи ввели его в искусственную кому.

Спустя 2 недели доктора сообщили ему, что кровь перестала поступать в ноги и им придётся ампутировать обе ноги ниже колена.

Хикс выписался из больницы через 12 недель после операции. Но из-за тяжёлого сепсиса его сердце теперь функционирует всего на 34%. Его поддерживают жена и дочка. Родственники и друзья не оставляют своей заботой.

Выводы

## Юмор – наше всё

**Проанализировав 29 исследований, касающихся воздействия юмора на состояние людей, страдающих депрессией и другими психическими заболеваниями, учёные пришли к выводу, что терапия юмором может уменьшить симптомы заболевания.**

В общей сложности в экспериментах участвовали 2964 человека из 9 стран, страдающие депрессией и тревогой. Среди них были дети,

которые перенесли операцию или анестезию, а также пожилые, находящиеся в домах для инвалидов и престарелых; пациенты с болезнью Паркинсона, раком, психическими заболеваниями. Помимо этого, были больные, находящиеся на диализе, пенсионеры, студенты колледжа – можно сказать, полный спектр. Страдающих различными заболеваниями развлекали медицинские клоуны, также сеансы включали йогу смеха (Хасьёйюга).

Большинство участников признали, что терапия юмором уменьшила их депрессию и тревогу, но некоторые сочли этот эффект незначительным.

«Как простая и осуществимая дополнительная альтернативная терапия, лечение юмором может стать благоприятной альтернативой для клиницистов, медсестёр и пациентов в будущем», – пишут авторы.

Материалы подготовила  
Юрий ДАНИЛОВ.  
По материалам The Guardian, Sixth  
Tone, Daily Mirror,  
Brain and Behavior.

Выводы

## Стареем от недосыпа

**В начале июня в средствах массовой информации появилось сообщение о работе Лорен Висниски из Мемориального университета им. Линкольна, в которой показано ухудшение качества сна у людей, имеющих собаку или кошку.**



Червячок *C. elegans*

Интерес к теме «кошек и собак» связан с тем, что за год до этого вышло большое исследование международной команды, в состав которой входили учёные из Германии, Китая, Дании, Швейцарии, а также кёльнского Института аэрокосмической медицины, также посвящённое влиянию качества сна на людей. В исследовании участвовали 134 добровольца (из них 42 женщины), средний возраст которых составил 25,3 года (19-39). Им в одной из серий опытов пришлось не спать более суток. Статья коллектива называлась «Лишение сна увеличивает возраст мозга», а в ней говорилось, что, по данным МРТ, мозг в этом случае стареет на 1-2 года.

Параллельно с этим приводились данные, полученные в Национальном институте здоровья (США). Согласно исследованию с участием 39 здоровых взрослых, нормальный сон в течение 2 ночей после бессонной ночи приводит к восстановлению нейронных связей в гиппокампе, но не эпизодической, или «рабочей», кратковременной памяти.

Один из обзоров Science «Генетика долгой жизни» говорил о генетической диверсификации данных, связанных с продолжительностью жизни. Почему одни люди живут более 100 лет, а другие страдают от прогерии? Один из её вариантов связан с нарушением в белке ламине, выстилающем ядро клетки изнутри. ДНК хромосом крепится своими петлями к его волокнам, что способствует её репарации. Мутация в гене ламина нарушает её, что ведёт к прекращению клеточных делений, по ходу подготовки к которым становятся видимыми хромосомы, представленные протенинами и ДНК генов. Они «переписываются» в процессе транскрипции, которая с возрастом, как установили в Кёльнском университете, ускоряется. Транскрипция даёт информационные РНК (иРНК), совокупность которых в отдельных клетках периферической нервной системы показала явное различие «сигнатур» у 7 человек, средний возраст которых составил 106 лет, и 52 20-89-летних.

У 100-летних значительно больше В-лимфоцитов, синтезирующих белковые антитела, чем Т-хелперов, запускающих иммунный ответ (эти лимфоциты отвечают, в частности, за реакцию отторжения и очень важны для клеточной противораковой защиты). В Университете Штутгарта показали, что тихоходки, которые переживают холода, замерзая в земле, живут благодаря этому дольше. Известно также, что старение сопровождается саркопенией, или уменьшением мышечной массы. В Университете Оттавы выяснили, что покоящееся состояние стволовых клеток мышцы (помогают её восстановлению после травм) зависит от одного из белков митохондрий OPA. Выключение его гена ведёт к мышечной дисфункции, а возрастное его нарушение – к саркопении (CSC).

Возвращаясь ко сну и его качеству в свете старения организма, нельзя пройти мимо работы, сделанной в Массачусетском технологическом институте (МИТ). Известно, что настроение человека и его отношение к жизни зависит от серотонина, являющегося производной аминокислоты триптофана. Он синтезируется клетками «древнего» ствола мозга, после чего соединяется с белковыми

рецепторам на поверхности нейронов. Нехватка серотонина или активности гена его рецептора ведёт к депрессии вплоть до попыток суицида. Ген, отвечающий за синтез серотонина, есть и у нематоды – круглого червячка с красивым именем *C. elegans*. Длина его тела не превышает миллиметра, жизнь которого «управляется» всего лишь 302 нервными клетками, все связи между которыми известны и картированы. В МИТ «работали» с одной из таких клеток, которая называется NSM, или сенсомоторным нейроном, поскольку его активность «запускается» серотонином, который выделяется в присутствии пищи (серотонин регулирует функцию белкового канала, служащего для проведения в нейрон возбуждающих ионов кальция).

Червячок, как и другие организмы, время от времени спит, и сон его может быть нарушен. Авторы видели все синапсы, что позволило контролировать активность нейросети червячка через посредство его кальциевых каналов. Исследование показало, что сеть функционирует по-разному в активном состоянии червячка и во время сна. Три разных рецептора серотонина замедляют движение *C. elegans* при встрече с едой, а три других модулируют нейронную активность (что-то вроде «сдержек и противовесов»). Один из рецепторов служит в качестве сенсора выделения серотонина нейроном NSM. Всё это может показаться отвлечённым, но не следует забывать о лекарствах, используемых при лечении депрессии, часть из которых действует, задерживая серотонин в синаптической щели (его обратное всасывание). Активность сети различалась после того, как червячок просыпался естественным образом, и когда его «будили» с помощью вибрации. Показано также, что сон крайне необходим для консолидации памяти, выработанной, в частности, в ходе «тренировки» с помощью важного для *C. elegans* аромата, а также для ремоделинга обонятельных синапсов.

Три ранее не связанных друг с другом области изучения мозга и всего организма «сошлись» на молекулярном уровне – долгожительство, сон и психиатрия с её лекарственными средствами, которые приходится выписывать людям с расстройствами сна, возникающими и по «вине» любимых кошек и собак. СМИ сообщали недавно, что работники страдают от недосыпа (по крайней мере в течение 4 дней недели). Страдают при этом производства и офисы, а работодатели теряют миллиарды рублей недополученной прибыли. В этом, если верить данным LNU, отчасти виноваты домашние питомцы, но не все, а только те, что «настырно» лезут под тёплый бочок пребывающих в сладких объятиях Морфея...

Игорь ЛАЛЯНИЦ,  
кандидат биологических наук.

По материалам Cell, Cell Stem Cell,  
Journal of Human-Animal Interaction,  
Journal of Neuroscience,  
Lancet Discovery Science, Nature,  
Science, Scientific Reports,  
Journal of Zoology.



## Ракурс

## Вегетарианство или веганство

Как влияют на здоровье детей диеты с преобладанием растительной пищи

Этот вопрос очень малоизучен. С каждым годом увеличивается интерес к диетам с преобладанием растительной пищи. Одна из причин, по которым люди переходят на вегетарианскую или веганскую диету, – забота о своём здоровье. В исследовании, опубликованном в *American Journal of Clinical Nutrition*, приводятся новые данные по этому поводу.

Эффекты растительных диет изучены преимущественно для взрослых людей. Известно, что вегетарианство и веганство снижают риск сердечно-сосудистых болезней, но увеличивают вероятность переломов, поскольку растительная пища содержит мало кальция. Однако какое побочное действие на детей может оказать исключение целых групп продуктов из рациона, известно недостаточно.

В исследовании приняли участие 187 здоровых детей в возрасте от 5 до 10 лет. Из них 60 были вегетарианцами, 50 – веганами, 70 ели все виды пищи (контрольная группа). Все они следовали указанной диете больше одного года. Для уточнения характера питания в течение 2 недель родители подробно записывали всю пищу детей.

Как показало исследование, у детей, которые ели только растительную пищу, были значительно лучше показатели сердечно-сосудистого здоровья (масса тела, уровень липидов и глюкозы в крови и др.). В частности, веганская диета была связана со снижением уровня липопротеинов низкой плотности в крови на 25% по сравнению с показателями «мясоедов».

Неожиданно для учёных, у детей, которые были на вегетарианской



диете, профиль сердечно-сосудистого здоровья был близок к показателям детей, которые ели все виды пищи. По сравнению с веганами у них в крови был выше уровень глюкозы натощак, липопротеинов очень низкой плотности и триглицеридов.

«Сначала мы удивились такому профилю сердечно-сосудистого здоровья у детей-вегетарианцев, но данные об их диете показали, что они ели обработанные вегетарианские продукты, в которых уровень клетчатки и сахара не такой здоровый, как в рационе веганов. Мы видим, что просто есть растительную пищу недостаточно, надо всё ещё выбирать здоровые продукты», – сказала Малоржата Десмонд, профессор Университетского колледжа Лондона и Мемориального института детского здоровья в Варшаве, соавтор исследования.

Дети-веганы были в среднем на 3 см ниже, чем дети с другими типами питания, им чаще не хватало витамина B12, содержание минералов в костях было на 4-6% ниже.

Учёные отмечают, что в веганской диете меньше витаминов B12 и D, а также кальция. Это может объяснить обнаруженные особенности их развития. Однако авторы исследования считают, что эти недостатки можно компенсировать при помощи рационального применения пищевых добавок с этими веществами. Авторы пишут, что сейчас неизвестно, сохранятся ли описанные проблемы (дефицит витаминов, меньшая минеральная плотность костей и низкий рост) во взрослом возрасте и будут ли они оказывать влияние на здоровье в будущем. Чтобы определить, действительно ли их причиной является веганская диета, нужны новые исследования.

## Особый случай

## Когда морфин необходим

ВОЗ призывает обеспечивать им страдающих от боли людей

Мир столкнулся сразу с двойным опиоидным кризисом. С одной стороны, это злоупотребление этими препаратами на фоне широкой доступности некоторых нерегулируемых опиоидов, таких как фентанил, а с другой – отсутствие в ряде стран доступа к таким опиоидам, как морфин, в связи с чем миллионы людей продолжают страдать от боли.

Важной роли морфина в медицинской сфере посвящён новый доклад Всемирной организации здравоохранения. Как отмечают в ВОЗ, морфин является одним из важнейших препаратов и золотым стандартом обезболивания, который ещё в 1977 г. был включён в Примерный перечень основных лекарственных средств ВОЗ.

Однако для миллионов людей он до сих пор недоступен по ряду причин, включая отсутствие координации в цепочке поставок, нехватку финансовых и квалифицированных человеческих ресурсов, а также ложные представления о боли и опиоидах.

В докладе сообщается о постоянной нехватке этого лекарства во многих странах с низким и средним уровнем доходов. По данным ВОЗ, в 2021 г. 80% всего объёма морфина в мире приходилось в основном на богатые страны Европы и Северной Америки.

Эксперты ВОЗ также провели опрос, в ходе которого 25% респондентов из стран с низким и средним уровнем дохода, сообщили, что морфин был доступен

им менее чем в половине случаев, даже когда он был необходим в медицинских целях. В странах с высоким доходом с такой проблемой сталкивались лишь 4% респондентов.

«У политиков должен вызывать серьёзную обеспокоенность тот факт, что людей оставляют в состоянии боли, даже когда речь идёт о помощи умирающим, при том что в наличии имеются эффективные лекарства для её снятия», – сказала помощник генерального директора ВОЗ Юкико Накатани.

В организации подчёркивают необходимость обеспечения безопасного и гарантированного доступа к морфину для всех пациентов, страдающих от боли, посредством принятия всеми странами мира сбалансированной политики в этой сфере.

«Я считаю, что это не только правильно с медицинской и моральной точек зрения, но и вполне достижимо, если руководствоваться научными знаниями и учитывать наши обязательства в отношении прав человека, принципа обще-



доступности здравоохранения, а также положений Единой конвенции Организации Объединённых Наций о наркотических средствах 1961 г. и Конвенции о психотропных веществах 1971 г. В этих двух документах ООН подчёркивается необходимость доступа к наркотикам для медицинского применения», – подчеркнула Накатани.

В докладе представлен целый ряд задач, направленных на расширение доступа к морфину, включая эффективное управление ресурсами, развитие необходимых навыков у медицинского персонала, повышение осведомлённости как о преимуществах опиоидов, так и о рисках, связанных с их употреблением.

## Гипотезы

## Самоуничтожающиеся клетки

Специалисты британского Университета Бата обнаружили тип клеток в эмбрионах, которые самоуничтожаются в течение нескольких первых дней развития.

Проанализировав ранее опубликованные данные об активности генов клеток 5-дневных эмбрионов, Лоуренс Хёрст и его коллеги определили, что около четверти клеток не соответствовали профилю ни одного из известных типов клеток (предэмбрионального, предплацентарного и др.).

При дальнейшем исследовании они выяснили, что эти клетки содержат так называемые молодые мобильные элементы, или транспозоны. Это элементы ДНК, которые могут перемещаться по геному, часто вызывая в процессе повреждения. Микроскопическое исследование эмбрионов подтвердило существование клеток с белками, полученными от транспозонов.

Однако более длительное наблюдение показало, что их потомки имеют повреждения ДНК и подвергаются процессу запрограммированной гибели клеток. По мнению авторов, выявленный процесс является проявлением защиты ДНК. «Хотя мы (организм людей) пытаемся подавить эти транспозоны любыми возможными способами, на очень раннем этапе развития они активны в некоторых клетках, вероятно, потому, что мы не можем достаточно быстро установить генетическую защиту», – говорят авторы.

Напротив, ключевые клетки, которые станут эмбрионом, не содержат транспозоны, а вместо этого экспрессируют вирусоподобный ген, называемый эндогенным вирусом человека H. Он помогает подавить молодые мобильные элементы в основной клеточной массе. Авторы предполагают, что, если процесс «контроля качества» будет слишком строгим на раннем этапе, эмбрион может погибнуть.

## Бывает и такое

## Жара в Европе

Лето в этом году может оказаться самым жарким за всю историю метеонаблюдений в Европе, сообщили во Всемирной метеорологической организации (WMO).

Начиная с 1980 г. в Европе темпы потепления превышают среднемировые в 2 раза. Специалисты уверены, что тенденция к росту температуры будет сохраняться и дальше, а в 2023 г. может превысить все зафиксированные ранее отметки и показатели.

Особое внимание учёные уделяют энергетике. По их

словам, более экстремальные погодные условия, в том числе обильные осадки, жара и засуха, оказывают большое влияние на предложение, спрос и инфраструктуру энергетической системы Европы.

В прошлом году, по данным специалистов, июль стал самым жарким в Европе за всю историю наблюдений. Температурные рекорды были побиты в Испании, Франции, Португалии, Ирландии, Швеции и Великобритании. Европейцев призвали готовиться к дальнейшему повышению температур.

## Ну и ну!

## Ничто не чуждо в этой жизни

Премьер-министр Индии Нарендра Моди призвал к единению, открывая занятие по йоге в штаб-квартире ООН в Нью-Йорке.

Международный день йоги отмечается в мире 21 июня. Мероприятие на лужайке у штаб-квартиры ООН собрало дипломатов из 180 стран, в том числе ряд постпредов при ООН, а также мэра Нью-Йорка Эрика Адамса.

«Многие из вас приехали издалека. Большинство проснулись до восхода солнца. Рад видеть вас всех. Йога значит объединение», – сказал на открытии церемонии Моди. И добавил, что занятия йогой доступны людям любого возраста, независимо от пола и уровня подготовки. За-

ниматься ею можно и дома, и на улице, практиковать занятия как в одиночестве, так и в группе, с наставником или же без учителя. Она для всех, для всех культур, заметил он.

«Йога – это образ жизни. Так давайте объединимся и пожмём руки. Пусть все будут счастливы и здоровы», – заявил индийский премьер.

Моди напомнил, что 9 лет назад предложил отмечать Международный день йоги 21 июня и рад видеть, что тогда идея нашла поддержку во всём мире.

Ранее стало известно, что 7-летняя девочка из Индии Праанви Гупта попала в Книгу рекордов Гиннеса. Школьница стала самым юным в мире инструктором по йоге.

Материалы подготовила Юлия ИНИНА.

По материалам *American Journal of Clinical Nutrition*.



Развитие клинической медицины в прошлом столетии наглядно иллюстрирует история университетской акушерской клиники в Саратове. Благодаря хлопотам общества «Беседы саратовских врачей» в 1863 г. было открыто первое в городе родильное отделение на 6 кроватей. В 1902 г. начато строительство родильного дома на территории городского больницы. В 1909 г. в городе открылся Императорский Николаевский университет, в составе которого первоначально был только медицинский факультет.

### Начало пути

Первым руководителем кафедры акушерства и женских болезней с клиниками стал Николай Какушкин (1863-1942). Он родился в Тамбове в богатой купеческой семье. По окончании в 1887 г. Императорского Московского университета служил ординатором губернской земской больницы в родном городе. Затем переехал в Санкт-Петербург, где в стенах Императорской военно-медицинской академии защитил докторскую диссертацию «О хирургических способах лечения фибромиом матки». Более 10 лет местом его жизни и работы была столица. Но весной 1912 г. Николай Михайлович подал докладную записку в качестве кандидата на замещение кафедры акушерства и женских болезней с клиниками Императорского Николаевского университета. На эту должность претендовало 12 человек. Тем не менее на заседании совета было изложено предложение попечителя Казанского учебного округа от 20 августа 1912 г.: «Высочайшим приказом по гражданскому ведомству ... ассистент акушерской и гинекологической клиники и приват-доцент Санкт-Петербургского женского медицинского института, статский советник Какушкин назначен с 1 июля сего года экстраординарным профессором Императорского Николаевского Университета по кафедре акушерства и женских болезней с клиниками».

Основным направлением научной работы кафедры стало изыскание и внедрение в практику новых методов диагностики и лечения женских болезней и экспериментальных исследований для их обособования. Хорошей школой для врачей и студентов были впервые организованные профессором ежедневные утренние клинические конференции, создание на кафедре патологоанатомического музея. Вышло

### Былое

# Вспомним их имена

## Формирование саратовской школы акушеров-гинекологов

четыре тома трудов «Сообщения из акушерско-гинекологической клиники проф. Н.М.Какушкина». В 1920 г. открыто «Гинекологическое общество при Саратовском университете». Профессором Какушкиным был опубликован «Краткий справочник по гинекологии и акушерству» (1926), а также ряд популярных брошюр по гинекологии.

Интересны цифры, представленные профессором в отчёте в феврале 1930 г.: «В кожном отделении гинекологической клиники за 17 лет было 4638 больных, подвергшихся операциям, из них умерло 133 (2,9%). В акушерской клинике было 3144 родов, умерло 6 родильниц (0,19%). Из клиники вышло 138 научных работ. Через клинику прошло 75 врачей, получивших спецподготовку» (архив СГМУ, личное дело Н.Какушкина).

Но в 1930 г. в газете «Поволжская правда» появилась статья «Больные не доверяют профессору Какушкину». Приказом ректора Саратовского университета была создана комиссия «для всесторонней проверки работы кафедры». По заключению комиссии состояние клиники расценено как нездоровое – в коллективе образовались враждебные группировки, несогласие между ними было признано политическим. Научно-исследовательская работа оценена как бессистемная и бесплановая. Хирургическая деятельность профессора Какушкина также была подвергнута существенной критике. В результате этих событий Николай Михайлович был отстранён от хирургической деятельности, а затем вскоре оставил свой пост. К этому времени ему было 67 лет, и уволили его с формулировкой «по предельному возрасту». Он переехал в Харьков и работал там заведующим гинекологической клиникой Украинского центрального рентгено-радио-онкологического института. В 1942 г. он был казнён фашистами за отказ сотрудничать с ними.

### Двигаться дальше

На посту заведующего кафедрой Какушкина сменил сотрудник клиники приват-доцент Оганес Пар-

самов (1885-1951). Родом из Тифлиса (ныне Тбилиси), он в 1910 г. окончил медицинский факультет Императорского Московского университета с отличием. Гинекологическую специализацию получил в Санкт-Петербурге. В 1914 г. был мобилизован на фронт, за работу в военные годы награждён орденом Святой Анны III степени. В 1916 г. избран ассистентом на кафедру Какушкина.

В 1935 г. он уже доктор медицинских наук, профессор. Под его руководством была создана новая клиника на 50 акушерских и 50 гинекологических коек с аудиторией на 200 слушателей, амбулаторией и лабораторией. Проблематика научных изысканий этого периода была посвящена новым методам лечения воспалительных заболеваний половой сферы женщин и усовершенствованию методов оперативных вмешательств у гинекологических больных. Впервые в Саратове создаётся физиотерапевтическое отделение. Ряд исследований посвящён вопросам болеутоления в родах. В педагогической работе кафедры этого периода особое внимание уделялось привлечению студентов к анализу истории болезни и ведению родового процесса, участию в клинических обходах, а также в операциях.

Под руководством Парсамова в акушерских и гинекологических клиниках города была введена физкультура как лечебный метод, внедрено массовое обезболивание родов. В клинике проводились уникальные по сложности операции – пересадка мочеточника в кишку, создание искусственного влагалища из кишки.

В 1938 г. кафедра акушерства и женских болезней была разделена на две: лечебного и педиатрического факультета. Профессор Парсамов руководил кафедрой лечебного факультета. В 1951 г. состояние его здоровья ухудшилось – он перенёс инфаркт и вынужден был оставить работу.

На следующем этапе – с 1952 г. и до конца жизни кафедрой возглавлял Аркадий Фой (1901-1973). Он тоже родился в Тифлисе, в

медицинской семье. Окончил медицинский факультет Бакинского университета в 1925 г. Затем специализировался в Институте акушерства и гинекологии уже в Ленинграде и работал в 1-м Ленинградском медицинском институте. В 1940 г. защитил докторскую «Клинические и экспериментальные данные по обезболиванию и ускорению родов».

С первых дней войны был на Ленинградском фронте, но в ноябре 1942 г. демобилизован и направлен заведующим кафедрой акушерства и гинекологии в Красноярский медицинский институт. Спустя 10 лет решением совета Саратовского медицинского института избран заведующим кафедрой акушерства и гинекологии лечебного факультета. К тому времени Фой был автором 45 научных работ, в том числе 3 монографий. Наибольшую известность приобрёл его труд «Борьба с мертворождаемостью в акушерском стационаре» (в соавторстве с К.Рабиновичем). Фой внедрил в клиническую практику методы фитонцидной терапии воспалительных заболеваний женских гениталий. Ему принадлежит одна из первых в СССР работ по экспериментальному изучению биоэлектрических процессов в матке.

Большое внимание Аркадий Михайлович уделял подготовке научных кадров. Под его руководством успешно защищено 40 кандидатских и 9 докторских диссертаций. При этом тематика научных изысканий кафедры была связана с запросами практического здравоохранения и велась в двух направлениях. Во-первых, медикаментозное обезболивание родов и регуляция сократительной деятельности матки. Во-вторых, вопросы этиологии и патогенеза воспалительных процессов половых органов и иммунологические изменения в организме женщины в норме и патологии.

### В женские руки

После ухода из жизни А.Фоя кафедру возглавила профессор Мария Анисимова (1918-2010). Она

родилась в крестьянской семье в Царицынской губернии. Окончила Саратовский медицинский институт в 1941 г., на следующий год была мобилизована в ряды Советской Армии, несла службу в хирургических госпиталях. После демобилизации в 1946 г. приступила к работе в своей альма-матер, а в 1962 г. была избрана по конкурсу на должность доцента кафедры. В 1967 г. защитила докторскую диссертацию «Некоторые вопросы клиники и терапии позднего токсикоза беременных».

Ею были внедрены в практику новые методы обследования и лечения беременных женщин (фонокардиография плода, новые варианты лечения токсикозов второй половины беременности). Осваивались новые подходы по диагностике и лечению воспалительных заболеваний внутренних гениталий, внедрены в практику наиболее информативные методы исследования – лапароскопия, УЗИ. Нашли своё применение разработанные сотрудниками кафедры новые методы лечения: лазерная терапия, микрохирургические реконструктивные операции.

В 1973 г. в институте была организована новая кафедра – акушерства и гинекологии факультета усовершенствования врачей, и первой заведующей стала Нина Оноприенко (1918-2005). Она также окончила Саратовский медицинский институт в 1941 г. В 1968 г. состоялась защита докторской «Диагностика, классификация и терапия дискоординированных сокращений мышц матки в родах», научным руководителем которой был Аркадий Михайлович Фой. Протянулась связь через поколения.

Основным научным направлением работы кафедры стало изучение физиологии и патологии сократительной деятельности матки при различных видах акушерской патологии во время беременности и в родах, в патогенезе осложнений беременности, родов, послеродового периода.

Вот так, проследив историю зарождения, становления и развития акушерско-гинекологической науки в саратовском медицинском вузе, можно с уверенностью говорить о формировании саратовской школы акушеров-гинекологов, основанной профессором Николаем Какушкиным.

**Игорь НУШТАЕВ,**  
профессор.

Саратов.

### Память

# Человек с большой буквы

На Троекуровском кладбище в Москве открыт памятник основателю российской иммунологической школы, заслуженному деятелю науки РФ, научному руководителю и директору Института иммунологии Федерального медико-биологического агентства Рахиму Хаитову.

Путь Рахима Мусаевича является ярким примером преданного служения медицинской науке. Основатель российской иммунологической школы, он внёс неоценимый вклад в развитие фундаментальных и прикладных аспектов иммунологии, иммуногенетики и биотехнологии. Его труды широко известны и признаны мировой научной общественностью. Под руководством Р.Хаитова созданы и разработаны вакцины и лекарства нового поколения, в том числе препарат для терапии COVID-19 «МИР 19», а также новые методы диагностики, профилактики и лечения аллергий, опухолевых и инфекционных заболеваний, включая гепатиты, грипп. Одно из важнейших достижений – разработка искусственных антигенов – наноструктур, мобилизующих возможности иммунной системы.

Он работал над созданием вакцины против ВИЧ-инфекции. Им также создана иммунологическая карта России. Р.Хаитов – автор более 1000 научных работ, в том числе более 70 монографий и учебников по иммунологии. Академик скончался 11 марта 2022 г. на 79-м году жизни.

Руководитель ФМБА России Вероника Скворцова подчеркнула масштаб личности Р.Хаитова и выразила слова признательности семье и последователям выдающегося учёного. «Рахим Мусаевич – это «глыба», человек, вся жизнь которого посвящена медицине, биомедицинской науке и ученикам. Один из основоположников отечественной иммунологии и алергологии, который многие годы возглавлял единственный Институт иммунологии в нашей стране. После ухода Рахима Мусаевича остаются вакцины, лекарства, печатные труды и люди, которые в сердце несут память об этом совершенно замечательном человеке. Я счастлива, что судьба распорядилась, и мы смогли поработать вместе. Это человек с большой буквы, которого любят и почитают его родные и его большая семья – семья Федерального медико-биологического

агентства, в котором он трудился всю свою жизнь», – отметила руководитель ФМБА России.

Тёплые слова на церемонии открытия памятника произнёс сын выдающегося учёного, директор Института иммунологии ФМБА России Муса Хаитов: «От лица всей нашей семьи хочу поблагодарить присутствующих за то, что вы сегодня с нами в этот очень важный день. Идея памятника возникла у нас практически сразу после проведения похорон, потому что память об отце должна жить вечно».

В торжественной церемонии также приняли участие представители Российской академии наук – вице-президент Михаил Пирадов, заместитель президента Владимир Чехонин, академики Александр Румянцев, Сергей Лукьянов, Александр Габибов, Олег Янушевич, заместитель руководителя ФМБА России Наталья Стадченко, руководители научных учреждений агентства, родные, близкие и друзья Р.Хаитова.

Авторами памятника стали заслуженные художники Российской Федерации и Республики Армения Микаэль и Ваге Согоян.

**Александр МЕЩЕРСКИЙ.**





А ещё был случай

Алексей ПЕТРОВ

# Экстренный вызов



Жена оставила доктору Чиликову 5-летнего сына, а сама уехала на работу. А тут Чиликова срочно вызвали в больницу на роды с тазовым предлежанием – присутствие врача в такой ситуации обязательно.

Оставить сына было не с кем, и Чиликов взял его с собой. «Посидит в ординаторской», – подумал он.

А маленький Митька, сын Чиликовых, надо сказать, был совсем домашним, и минуты не мог без родителей побыть, пугался и плакал... Только Чиликов приступил к делу, облачённый в маску, фартук и резиновые перчатки, как на пороге родильного зала появился Митька.

– Папа, пойдём домой! – захныкал он.

– Митя, подожди меня за дверью! Я скоро освобожусь!

Но малышка ни в какую – продолжает своё, подходя ближе:

– Пап, ну пойдём!..

– Не пускайте его! – повысил голос Чиликов. Пятилетний ребёнок увидит такую картину – какие последствия могут быть для его психики!..

Митька тем временем разревелся, настаивая на том, чтобы его пропустили к отцу. Это рассердило Чиликова ещё больше.

– А увести его отсюда никто не догадается?! – крикнул он акушеркам.

Митька заорал пуще прежнего. Сбежалось всё отделение – санитарки, акушерки, сестра детской палаты. Отделение сельское, одноэтажное, здесь всё рядом. Тогда Чиликов распорядился, чтобы Митьке дали халат. Его нарядили в халат, естественно, взрослого размера, а он продолжал орать, стоя посреди родзала, и полы халата разливались волнами по полу вокруг него... Прибежали родильницы, побросав своих детей. Ему совали конфеты, печенье, виноград, чтоб только выманить его из родзала. Ничего не помогало. Подарки обнял обеими руками, но плач не унял и ни с места.

Роженица делает своё дело – стонет, охает, зовёт маму. И Митька принялся звать маму, раз отец на него не реагирует. Ему стало страшно: папа нарядился как пугало, орёт на всех, и тётка какая-то разлегалась и тоже орёт...

– Эх, чтоб тебя!.. – с досадой выругался Чиликов.

Он решил не обращать внимания на сына. Взял себя в руки, сосредоточился на работе. Через полчаса принял здорового малыша весом чуть меньше 4 кг. Картина была впечатляющая: новорождённый орёт, Митька орёт, перепуганный ещё больше – ребёнок откуда-то взялся, да страшный такой, мамаша плечет от счастья...

Измученный Чиликов сбросил с себя своё облачение, подхватил сына под мышку и понёс в ординаторскую, подметая Митькиным халатом пол.

– Быть тебе, Митька, доктором-гинекологом, – засмеялась вслед им дежурная акушерка.

**ОБ АВТОРЕ.** Алексей Петров родился в Жданове (ныне Мариуполь) Донецкой области. Окончил лечебный факультет 2-го МОЛГМИ им. Н.И.Пирогова в 1982 г. Работал акушером-гинекологом в Тамбовской области. В настоящее время – главный редактор медицинского издательства.

Мимоходом

Людмила САНИЦКАЯ

# Июнь

(Из сборника стихов «Двенадцать месяцев»)

## Пушкино

Июньский день в дискретной светотени,  
Улыбка сквозь прохладу и дожди,  
Мазок лиловый вянущей сирени,  
И целый месяц счастья впереди.

Я в Пушкине. Серебряные блики  
На глади озера с игрою  
быстрых рыб...  
Он не был здесь – весёлый  
и великий,  
Чьё имя носит здешний логотип.

Но этот лес берёзово-сосновый  
И весь пейзаж, щемлящий  
и простой –  
Всё същется в его звенящем  
слове,  
Всё дышит пушкинскую русской  
красотой.

## Июньский дождь

Дождь шелестел,  
шелестел,  
шелестел...  
Будто заветное что-то хотел  
Высказать,  
вышептать,  
вышелестеть,  
Выплакать,  
чтобы к утру улететь  
Облаком белым,  
туманом,  
росой,  
Чтобы по травмам ребёнок босой  
Бегал беспечно, звенел,  
хохотал,  
Чтобы ресниц ты всю ночь  
не смыкал,  
Слушая дождь,  
вспоминавая,  
скорбя,  
В сердце своём обретая себя.

## Июнь

Такой июнь нас обнимает ныне,  
Что хочется то петь,  
то восклицать,  
То одой на классической латыни  
Благодарить его и величать!

Так, ни за что, с небесного  
плеча –  
Зелёное роскошество природы!  
Пусть волосок и остриё меча –  
Дамоклу дан миг счастья  
и свободы.

## Песенка о серебряных словах

По тропинкам,  
по июлю,  
по жаре  
Рассыпаются слова на серебре.  
Серебро – не так уж прочно,  
Потому не знали точно,  
Надо ль верить колдовской поре.


На рассвете  
холоднее  
синева.  
Белым соком налилась  
разрыв-трава...  
Где серебряные реки,  
Там останутся навеки  
Все произнесённые слова.

На асфальте,  
на бетоне,  
на торгах  
Не живут они, рождённые  
в лугах...  
Было царственное лето,  
Так поклонимся за это  
Серебром прощальным на устах.

**ОБ АВТОРЕ.** Людмила САНИЦКАЯ – врач, кандидат медицинских наук, занимается литературой в течение многих лет. Автор 10 поэтических сборников и 5 книг мемуарной прозы. Её стихи публиковались в журналах «Юность», «Простор», международных альманахах «Муза», «Золотое руно», «У Никитских ворот» и др. Член Союза писателей России, Союза писателей Москвы, Союза писателей XXI века, лауреат литературной премии им. М.А.Булгакова «Медицинской газеты» и ряда других литературных премий.

Декор. кустарник				Кондит. изделие	Итальянское просо	СКАНВОРД										Оцене-ние	Мор. губка	Древ-ний гудок				
Сульфадиазин	"Златые горы", певица	Льстивый человек								Меса-лазин							Летняя шляпа	Беллуччи, фильм	Л. Андреев, рассказ			
		Ветер	"Аида", перс.	Егоза	Отец	Река, Коми	Высыхающее море	Кубок	Рим. поэт	Индеец, Перу						Судовая снасть	Крик в театре					
"Фараон"	Орлеан, река			Онагр			Бунин, рассказ	Забота								Дочь Урана и Геи						
		Игра смычком			Город, Камчатка					Зимовка пчел												
Рафинад	Аренда		Барбус			Многолетний лед	Амер. аллерголог	"Пани Вертинский"							Пятно							
		Рыба без костей		Фаянс			Форма кит. стиха		Р И П У С	К					Ф	К	Л	У	Б	О	К	
Расстегай	Лемур		Звезда, Большой Пес			Все... прожужжал			Г	Л	А	М	Г	А		К	А	Л	И	К	С	Т
Автор Валерий Шаршуков	Самолет	Йемен		Башмачкин					Р	Е	Л	И	У	М	И	М	Р	Е	Л	Н	П	К
									А	Ц	О	П	А	Ж	У	Л	А	Н	О	С	Т	Р
									Ф	У	Г	А	О	Е	З	Д	А	У	О	Д	Р	Е
									И	А	К	Н	У	Р	А	У	О	О	Б	И	З	О
									Н	Е	Т	О	Р	И	Т	М	Ш	Б	О	С		
									Я	Ы	М	Я	С	О	А	Р	А	Б	Е	С	К	А
									К	И	А		Н	О	Н	Е	Т	Р	А	У	Т	

Ответы на сканворд, опубликованный в № 23 от 16.06.2023.

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

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

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 № 1523. Тираж 14 009 экз. Распространяется по подписке в Российской Федерации и зарубежных странах.

