

Медицинская

9 июня 2021 г.
среда
№ 22 (7990)

Газета®

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

Ориентир

Первый этап пройден успешно

Сахалинские врачи осваивают новые технологии



В Сахалинской областной клинической больнице состоялся мастер-класс по технологии, разработанной специалистами НИИ скорой помощи им. Н.В.Склифосовского. Сотрудник института травматолог-ортопед кандидат медицинских наук Никита Заднепровский прилетел в Южно-Сахалинск, чтобы обучить дальневосточных коллег новой методике оперативного лечения сложных переломов костей таза.

Речь идёт о вмешательстве через малый хирургический доступ – всего 2-3 прокола. На тазовые кости устанавливается имплантат, который закрепляет правильное положение скелета. Как пояснили в областной больнице, в отличие от прежних «скрепляющих» систем данный

Современная методика внедрена и на острове

фиксатор полностью погружается в тело и не доставляет неудобств в послеоперационном периоде. К тому же при применении объёмных надкостных фиксаторов высока вероятность нежелательных побочных эффектов, а именно, нарушений походки, функций тазовых костей. Методика, которую разработали в институте им. Н.В.Склифосовского, минимизирует эти риски, тем самым фиксирует успешность операции.

Преимущество нового хирургического подхода заключается в том, что он обеспечивает значительное сокращение сроков лечения пациента и уменьшает вероятность осложнений. На следующий день после операции пациент уже может сидеть, а через неделю – ходить. В других случаях

требуется несколько месяцев только на подготовку к операции, – говорит Н.Заднепровский.

Для сахалинских врачей эта методика оказалась не только новаторской, но и высоко востребованной. Пациентов со сложными переломами костей таза в областной больнице видят часто, по 2-3 случая каждый месяц. Заинтересовал мастер-класс столичного специалиста и врачей городских больниц острова Сахалин. Они тоже прошли обучение и готовы выполнять новый вид операций самостоятельно.

Инна СЕРГЕЕВА.
МИА Сити!

Сахалинская область.



Александр РУМЯНЦЕВ,
главный детский онколог-гематолог
Минздрава России,
президент НМИЦ
им. Дмитрия Рогачёва, академик РАН:
Благодаря телекоммуникационным связям сегодня от Владивостока до Калининграда дети лечатся так же, как и в Москве.

Стр. 4

Лейла НАМАЗОВА-БАРАНОВА,
президент Союза педиатров России,
академик РАН:

Ежегодно отмечая 1 июня, мы стараемся привлечь внимание общества и государства на наиболее уязвимые и незащищённые категории пациентов, а также на наиболее острые проблемы детского здравоохранения.

Стр. 5



Алексей ПРОТОПОПОВ,
ректор Красноярского ГМУ
им. В.Ф.Войно-Ясенецкого,
профессор:

Не согласен с теми, кто считает, будто ряд медицинских специальностей можно обучать полностью дистанционно без ущерба качеству полученного образования. Так мы больше потеряем, чем приобретём.

Стр. 7

Ситуация

Национальная забава

Россия терпит фиаско в вакцинации против COVID-19. Наши люди не поддаются на уговоры, апеллируя к узаконенной добровольности прививок.

Вернёмся на пару лет назад. В 2019 г. Всемирная организация здравоохранения сформулировала 10 глобальных угроз человечеству, но и высоко востребованной. Пациентов со сложными переломами костей таза в областной больнице видят часто, по 2-3 случая каждый месяц. Заинтересовал мастер-класс столичного специалиста и врачей городских больниц острова Сахалин. Они тоже прошли обучение и готовы выполнять новый вид операций самостоятельно.

Согласно данным на 7 июня, в целом доля привитых против COVID-19 жителей Земли – 11,5%. В США хотя бы одну дозу вакцины получило 51% населения (по опросам, около трети жителей США не собираются вакцинироваться ни при каких обстоятельствах). В Германии хотя бы одну прививку сделали 45% жителей (армия «прививочных дисси-

дентов» здесь значительно меньше, чем в США). В Великобритании высокая доля вакцинированного населения: хотя бы одной дозой привито 59% населения. Во Франции, которая считается европейской страной с максимальным уровнем антивакцинаторов (около половины жителей) хотя бы одну дозу вакцины получили 41% граждан. Рекордсменом по-прежнему остаётся Израиль: 63% населения привито хотя бы одной дозой препарата.

Ну и Российская Федерация на этом фоне демонстрирует феноменальное по масштабам вакцинальное отрицание: в нашей стране хотя бы одной дозой привито всего 12% населения, и никаких признаков наращивания темпа не наблюдается. Создаётся впечатление, что антипрививочное поведение стало российской национальной забавой, которая, надо заметить, не встречает практически никакого отпора ни со стороны законодательных органов власти, ни со стороны профильного министерства, ни со стороны профессионального медицинского сообщества.

Елена БУШ,
обозреватель «МГ».

(Продолжение темы читайте на стр. 11.)

Новости

Когда это профессия мечты

В Нижневартковске для учеников 10-го естественно-научного класса Лицея № 1 им. А.С.Пушкина был проведён очередной профориентационный урок.

Класс этот уникальный: на уроках детей знакомят с рабочими инструментами терапевтов, хирургов, реаниматологов, лаборантов; учат проводить несложные процедуры. Это помогает школьникам знакомиться с профессией врача, о которой мечтают многие ученики.

Темой данного урока стало оказание первой медицинской помощи в экстренной ситуации до приезда врача.

Анестезиолог-реаниматолог Владислав Руденко рассказал, как оценить чрезвычайную ситуацию и сохранить самоконтроль, как правильно сообщить о случившемся и вызвать экстренные службы, а также объяснил алгоритм действий оказания первой доврачебной помощи.

«Многие учащиеся этого класса хотят связать свою жизнь с медициной. Может быть кто-то из них ещё поменяет решение, но сегодня они проявили огромный интерес к теме. Надеемся, подобное сотрудничество с лицеем поможет сформировать у учащихся чёткое представление о нашей, самой важной профессии», – подытожил главный врач Нижневартковской областной клинической больницы Алексей Сатинов.

Алёна КСЕНИНА.

Нижневартковск.

Разглядеть «опухоли-маскировщики»

Патоморфологи Свердловского областного онкологического диспансера расширяют спектр иммуногистохимических исследований (ИГХ).

«Проведение иммуногистохимических исследований позволяет патоморфологам определить специфический иммунофенотип опухоли – определённые антитела, которые указывают на верификацию новообразования. Вовремя проведённое ИГХ позволяет избежать обширной травмирующей операции, провести локальную резекцию, значительно уменьшив реабилитационный период и сохранив качество жизни пациента», – пояснила руководитель референсного центра морфологической диагностики Наталья Казанцева.

Патоморфологи онкодиспансера уже трижды сталкивались с аденоматоидной «опухолью-маскировщиком», и в каждом случае своевременно проведённое ИГХ помогло пациентам с доброкачественными новообразованиями придатка яичка и маточной трубы в будущем стать родителями: хирурги выполнили ювелирное удаление опухоли, сохранив при этом органы.

За последние 3 года объём иммуногистохимических исследований, проведённых специалистами областного онкодиспансера, увеличился вдвое: в 2020 г. было проведено 21,7 тыс. анализов.

Опытные врачи онкоцентра помогают в постановке диагноза специалистам из других областных больниц и отдалённых районов области.

Елена ОСТАПОВА.

Екатеринбург.

Адресная помощь

Депутат Смоленской областной Думы Александр Станков посетил Сафоновскую центральную районную больницу, где провёл встречу с медицинскими работниками 19 сельских ФАПов. На личные средства для каждого фельдшерско-акушерского пункта он привёз глюкометры и тонометры, в том числе с манжетами для измерения давления детям.

Также в ближайшее время район получит и другое оборудование, в том числе новый компьютерный томограф в сосудистое отделение больницы. Главный врач ЦРБ Игорь Кристаллинский отметил, что депутаты Смоленской областной Думы, представляющие интересы жителей района, всегда откликаются на просьбы медиков и помогают местному здравоохранению решать насущные проблемы.

Владимир КОРОЛЁВ.

Смоленская область.

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

Акции

Пройти вакцинацию
можно и на даче

В Калининградской области выездная вакцинация стартовала с 23 апреля. С этого дня ежедневно, кроме воскресенья, граждан прививают в передвижном центре специалисты центральной городской клинической больницы. Одновременно здесь можно пройти флюорографию, женщинам – маммографию, УЗ-диагностику органов малого таза и получить консультацию гинеколога.

«Большую работу по выездной вакцинации населения во врачебных амбулаториях, офисах врачей общей практики, фельдшерско-акушерских пунктах, на предприятиях и в организациях проводят лечебные учреждения всех муниципалитетов, – отметила ведущий консультант отдела организации оказания медицинской помощи Департамента охраны здоровья регионального Минздрава Ирина Радкевич. – Также совместно с местными администрациями в местах массового пребывания граждан в окружных центрах организована работа прививочных пунктов выходного дня.

С 31 мая в области стартовала и выездная вакцинация против коронавируса в садовых обществах. Она проводится в пере-



Передвижной центр на городской улице

двигном кабинете центральной городской клинической больницы. Как пояснил директор больницы Станислав Ким, с руководством товарищества была достигнута договорённость об иммунизации граждан на его территории. За три дня привит 21 человек. Продолжается работа и с другими садовыми обществами, с тем чтобы охватить вакцинацией как можно больше дачников.

Нарастающим итогом в регион поступило 138,1 тыс. комплектов доз вакцины от коронавируса. Привиты 121 307 человек, из них двукратно – 95 270. Выполнено 24,7% плана иммунизации взрослого населения региона, что превышает общероссийский показатель.

Инга КАТАРИНА.

МИА Cito!

Калининградская область.

Акценты

Решено поддержать и помочь

В Москве состоялась рабочая встреча министра здравоохранения РФ Михаила Мурашко и губернатора Омской области Александра Буркова. Во время встречи обсуждался не только ход прививочной кампании в Прииртышье, но и реализация мер, направленных на повышение уровня здоровья и продолжительности жизни омичей, а также проекты развития отраслевой инфраструктуры системы здравоохранения.

Согласно программе модернизации первичного звена здравоохранения, до 2024 г. в регионе предусмотрено строительство

121 нового объекта и капитальное обновление свыше трёхсот медицинских учреждений. За 4 года в области планируется построить 42 врачебные амбулатории, 78 ФАПов и поликлинику.

Особое внимание было уделено проекту строительства детского инфекционного стационара. В настоящее время помощь в регионе детям с инфекционными заболеваниями рассредоточена. Строительство такого стационара позволит создать единое учреждение для оказания помощи детям при инфекционных патологиях. Будет централизованна консультативная помощь, улучшены доступность и качество оказания медицинской

помощи, оптимизирована работа коечного фонда.

Ранее вопрос строительства инфекционной больницы в городе на Иртыше рассматривался на встрече губернатора Александра Буркова и Президента РФ Владимира Путина. Глава государства поддержал проект и дал поручение Правительству РФ взять его реализацию на контроль. Детский инфекционный стационар планируется построить до 2024 г., возведение объекта будет вестись в рамках нацпроекта «Здравоохранение».

Татьяна БЕРЕЗОВСКАЯ,
соб. корр. «МГ».

Омск.

Тенденции

Всемирный день без табака ежегодно отмечается в последний день мая. То, что он проходит под эгидой ВОЗ, уже само по себе подчёркивает значимость проблемы. Безусловно, просветительская работа о вреде табакокурения проводится во всём мире и в другие дни.

Но 31 мая все профилактические мероприятия посвящены именно этой теме. Так, во многих медицинских и образовательных организациях страны прошла Всероссийская акция «Освободим Россию от табачного дыма!», организованная НМИЦ терапии и профилактической медицины Минздрава России, Российским обществом профилактики неинфекционных заболеваний и Всероссийским общественным движением «Волонтёры-медики».

Ряд мероприятий прошёл и в самом центре: это и своеобразное командное соревнование – хакатон для разработки универсальных рекомендаций по отказу от вредных привычек, лекция о том, с какими мифами и заблуждениями сталки-

Табачная зависимость поддаётся лечению

Для этого у нас есть всё необходимое

ваются люди на пути к здоровой жизни без табака и др. На всех информационных мониторах центра транслировались видеоролики и информационные материалы, направленные на повышение осведомлённости о пагубном влиянии курения.

Специалисты центра отмечают: сигареты уже давно перестали восприниматься как вредная привычка: ВОЗ признаёт никотиновую зависимость болезнью.

Поэтому пациента надо не уговаривать, а лечить. Наряду с разъяснением необходимости здорового образа жизни, следует объяснить, как справиться с тягой к курению и проявлениями синдрома отмены, который характеризуется высокой раздражительностью, головной болью, проблемами с концентрацией внимания. Крайне важно

рекомендовать пациентам пройти оценочный тест на хроническую обструктивную болезнь лёгких, которая в 90% случаев развивается именно у заядлых курильщиков.

Год назад ВОЗ разработана «Инициатива по освобождению от табачной зависимости», направленная на то, чтобы курильщики во всём мире могли бросить курить, сократив, в том числе, и риск заражения коронавирусом. По словам главы организации Тедроса Гебрейесуса, «цель инициативы заключается в том, чтобы помочь 1,3 млрд курильщиков избавиться от вредной привычки. В её рамках люди смогут получить необходимую помощь».

Согласно статистике, 60% из этих 1,3 млрд выразили желание бросить курить, но только половина из них имеет доступ к должной под-

держке и инструментам, которые помогут им сделать это успешно

Новые исследования показывают, что заинтересованность в отказе от курения действительно возросла из-за пандемии. Курение сигарет за последние два года сократилось: если в 2018 г. 72% опрошенных ответили, что считают себя некурящими, то в 2020 г. – 76%.

В то же время, 7 из 10 курильщиков утверждают, что они хотят бросить курить. Такое желание возникло у них в связи с сообщениями о том, что курение способствует развитию заболеваний, осложняющих течение COVID-19. Более того: исследователи выяснили, что 28% курильщиков называют COVID-19 основной причиной отказа от курения.

Эксперты ВОЗ подтверждают, что курильщики могут подвергаться

более высокому риску тяжёлого заболевания COVID-19. Кроме того, курение, как известно, является основным фактором риска многих других крайне тяжёлых заболеваний.

Вкладом в борьбу с курением стало принятие в России в прошлом году закона, приравнявшего электронные никотинсодержащие продукты к табачным изделиям.

Кроме того, в последние годы федеральный Минздрав расширил спектр помощи населению в отказе от потребления табака, включая краткосрочные вмешательства на уровне первичной медико-санитарной помощи, создание горячей телефонной линии и т.п.

Алёна ЖУКОВА,
корр. «МГ».

Инициатива

Технологичные поправки

Министерство здравоохранения РФ детализировало регламент проведения экспертизы качества, эффективности и безопасности в отношении медицинского программного обеспечения (ПО). Изменения закрепляют поэтапный порядок экспертизы профильных изделий и коснутся медицинских, созданных в том числе на основах технологий искусственного интеллекта.

Поправки внесены в приказ ведомства № 206 от 23 июля 2020 г., они приравнивают регламент проведения экспертизы ПО к порядку, применяющемуся для медицинских изделий низкого класса риска. Кроме того,

для экспертизы будет необходимо предоставить скриншоты интерфейса ПО и фотографии электронного носителя. Изменения вступят в силу с 1 сентября 2021 г. и будут действовать до 1 сентября 2027 г.

Что характерно, в августе 2020 г. Минздрав России предложил внести поправки в постановление Правительства РФ № 1416 от 27.12.2012 и уравнивать медицинские изделия для диагностики in vitro и 1-го класса риска с медицинским программным обеспечением, введя ускоренную одноэтапную процедуру регистрации. Как отмечалось в пояснительной записке, изменения вносятся для решения поставленных нацпроектом задач в сфере цифровизации эконо-

мики и здравоохранения, в том числе создания регуляторики при применении технологий искусственного интеллекта. В ноябре 2020 г. поправки были утверждены. А в декабре ведомство обновило требования к технической и эксплуатационной документации для медицинских изделий, прописав в них специальный формат для медицинского ПО. В нём должны содержаться сведения об аналогах, защите информации, пресечении несанкционированного доступа и оценке возможных уязвимостей, а также о применении технологий искусственного интеллекта.

Олег РОМАШОВ.

МИА Сити!

Однако

Выявлен недостаток практических навыков

В прошлом году аккредитационный экзамен выпускников медицинских вузов Санкт-Петербурга не смогли сдать 9% из числа сдававших. Эти данные представила координатор аккредитационной комиссии города Марина Васильева на секции по аккредитации Санкт-Петербургского форума врачей будущего-2021.

Причиной могла стать повышенная нагрузка на здравоохранение в период пандемии и всплеск заболеваемости новой коронавирусной инфекцией, считает она. «К сожалению, есть тенденция, когда аккредитацию могут пройти не все. Связано ли это с тем, что образование у нас ухудшается? Нет. Скорее всего, причина в том, что в год пандемии не все смогли подготовиться качественно. У некоторых был выявлен недостаток практических навыков», – уточнила М.Васильева.

В 2019 г. не смогли сдать аккредитационные экзамены 1,7% от общего числа сдававших. В 2018 г. таких было 1,4%, а в 2017 – 1,2%. Всего среди выпускников медицинских и фармацевтических вузов (специалитет) в 2020 г. аккредитацию прошли 1737 молодых специалистов. В 2019 г. – 2731 врач.

При прохождении аккредитационных испытаний согласно регламенту на каждом из этапов кандидату даётся три попытки. В случае неудачи попробовать пересдать этап можно через месяц. Но если приступивший к аккредитации врач или выпускник

заболел, он обязан предупредить комиссию в течение 5 суток и получить отсрочку от прохождения дальнейших этапов испытаний, напомнила она.

По данным Минздрава России, пройти обязательную для допуска к профессиональной деятельности процедуру аккредитации в 2020 г. не смогли 8% закончивших медицинский вуз молодых специалистов и 10% выпускников медицинских колледжей. Среди проходивших профессиональную переподготовку врачей не смогли сдать экзамен 609 специалистов из 5567 аттестуемых (10%). Эти цифры в ведомстве интерпретировали как свидетельство неудовлетворительного качества подготовки в медицинских вузах и ссузах.

Как известно, до 1 июня 2021 г. в России действует мораторий на допуск физических лиц к медицинской и фармацевтической деятельности без сертификата специалиста или свидетельства об аккредитации. Особый порядок проведения аккредитации был введён в связи с пандемией. В соответствии с ним по решению председателя аккредитационной комиссии региона процедура аккредитации может быть перенесена на более поздний срок, а сами заседания аккредитационных комиссий и тестирование (первый этап) могут проводиться дистанционно.

Борис ЕФИМОВ.

МИА Сити!

Решения

Минздрав России завершил реорганизацию Центрального научно-исследовательского института информатизации и организации путём присоединения Федерального ресурсно-го центра по информатизации и технологическому развитию.

Перемены в цифровой трансформации

Цель объединения – концентрация компетенций по цифровой трансформации. Теперь функции научно-методического и технологического сопровождения по этому направлению будут сконцентрированы в ЦНИИОИЗ.

Первоочередной задачей укрупнённого учреждения называется создание федерального медицинского информационно-аналитического центра, отвечающего современным требованиям к управлению данными.

ЦНИИОИЗ – главный научно-методический центр, который разрабатывает подходы и конкретные решения по организации здравоохранения. Институт является координирующим центром трёх федеральных проектов: по борьбе с сердечно-сосудистыми и онкологическими заболеваниями, а также по развитию экспорта медицинских услуг.

Алексей ПАПЫРИН, обозреватель «МГ».

Перемены

Государственная дума РФ в первом чтении приняла разработанный федеральным правительством законопроект о внесении изменений в порядок помещения подозреваемых и обвиняемых, находящихся под стражей, в психиатрическую больницу.

но каждый раз не более чем на полгода.

Также законопроектом предусматривается создание механизма для информирования медорганизацией органов предварительного следствия и суда об улучшении состояния подозреваемого для решения вопроса

Судебные полномочия могут быть расширены

Авторы документа предлагают прописать в Уголовно-процессуальном кодексе (УПК) РФ, что суд по собственной инициативе может на полгода направлять заключённых в специализированные медучреждения для лечения и затем неоднократно продлевать этот срок. Сейчас заключённых под стражу суд может отправлять в психиатрическую больницу только для проведения судебно-медицинской или судебно-психиатрической экспертизы.

Согласно статье 29 УПК, суд также имеет право направить на такие экспертизы подозреваемых и обвиняемых, не находящихся под стражей. При этом статьёй не предусмотрен срок пребывания подсудимых в психиатрических больницах, и нет уточнения, может ли суд направить подсудимого на лечение по своей инициативе.

Согласно пояснительной записке к законопроекту, предлагается внести уточнения в данную статью в части специального полномочия суда принимать решения о временном помещении подозреваемого или обвиняемого, содержащегося под стражей, в медицинскую организацию и о продлении срока его временного пребывания в учреждении.

В случае принятия законопроекта суд по результатам судебно-психиатрической экспертизы и по ходатайству следствия сможет самостоятельно отправить подсудимого в лечебных целях в психиатрический стационар. При этом должен быть указан срок пребывания подсудимого в лечебнице – до полугодя. Если производство по данному делу не может быть закончено в установленный срок, а лечение не может быть прекращено, то суд вправе на основании заключения медицинской организации продлевать этот срок неоднократно,

о прекращении пребывания его в учреждении и избрании ему соответствующей меры пресечения.

«Следователь, дознаватель, суд по уголовным делам, находящимся в их производстве, информируются медицинской организацией, оказывающей психиатрическую помощь в стационарных условиях, о психическом состоянии лица, временно помещённого в такую организацию, посредством направления медицинского заключения по результатам освидетельствования данного лица и при улучшении его психического состояния в пределах компетенции разрешают вопрос о возможности применения к этому лицу меры пресечения в случае истечения срока ранее избранной меры пресечения в виде заключения под стражу», – отмечается в законопроекте.

Кроме того, предлагается ввести ограничительные меры для подозреваемых, находящихся в медучреждении. В частности, суд может избрать запрет на общение с определёнными людьми, на отправлении и получение почтово-телеграфных отправлений, на использование средств связи и интернета. Контролировать соблюдение запретов будет администрация психиатрической больницы.

Примечательно также, что Правительство РФ недавно утвердило Концепцию развития уголовно-исполнительной системы РФ на период до 2030 г. В тематическом распоряжении отдельный раздел посвящён совершенствованию «медицинского обеспечения» и санитарно-эпидемиологическому благополучию людей, содержащихся в учреждениях уголовно-исполнительной системы.

Григорий МАТВЕЕВ.

МИА Сити!

Криминал

Ошибки стоят дорого

Кировский районный суд Иркутска удовлетворил иск местной жительницы о взыскании с городского перинатального центра 1 млн руб. компенсации морального вреда. Истице, у которой родилась дочь с аномалией развития глаз, удалось доказать, что в медицинском учреждении ненадлежащим образом провели диагностику и оказали медицинскую помощь.

Иркутский городской перинатальный центр был создан в 1962 г. Сейчас медучреждение включает в себя комплекс зданий площадью около 14 тыс. м², где расположено 20 индивидуальных родильных залов, 77 палат совместного пребывания матери и ребёнка. Кроме того, в состав центра входят акушерский стационар на 150 коек, гинекологическая клиника на 100 коек и амбулаторно-диагностическое отделение на 200 посещений в смену.

Согласно материалам дела, во время второго и третьего скрининговых исследований были допущены нарушения при оценке лицевых структур плода, кроме того, не была проведена оценка хрусталиков глаз. У младенца диагностировали врождённую аномалию развития обоих глаз. В связи с этим его признали инвалидом по зрению с детства.

«Несмотря на то, что дефекты качества проведённого медицинского обследования не состоят в прямой причинно-следственной связи с наступлением послед-

Вячеслав ДАШКОВ.

МИА Сити!

Подписка-2021

Уважаемые читатели!

Оформить подписку на «Медицинскую газету» (второе полугодие) можно воспользовавшись Объединённым каталогом «Пресса России-2021» в отделениях почтовой связи России.

Подписные индексы:

32289 – на полугодие

50075 – на месяц.

Юридические лица могут подписаться через отделы подписки региональных почтамтов.

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



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

Громко и разнообразно страна отметила День защиты детей. А для Национального медицинского исследовательского центра детской гематологии, онкологии и иммунологии им. Дмитрия Рогачёва он стал ещё и днём рождения. Десять лет назад существовавший тогда в стенах Российской детской клинической больницы НИИ детской онкологии, гематологии и иммунологии обрёл собственное здание, построенное по решению Президента страны.

Предыстория такова. Мальчик Дима Рогачёв, страдающий тяжёлым лейкозом, находившийся на лечении в детской клинической больнице, написал письмо Президенту Владимиру Путину с просьбой о встрече, и в один из воскресных дней Президент к нему приехал. После знакомства и совместного чаепития Дима подарил главе государства рисунок, на котором изобразил больницу будущего, яркую и разноцветную. А врачи высказали мнение о том, что Россия нуждается в инновационном центре, где бы доктора разных специальностей могли одновременно, используя междисциплинарный подход, помогать детям с онкологическими заболеваниями. Президент идею поддержал, и спустя 5 лет новое здание распахнуло свои двери для пациентов, это было 1 июня 2011 г. Об этом «МГ» писала в материале «Клиника – дом, клиника – храм».

Сегодня НМИЦ детской онкологии, гематологии и иммунологии им. Дмитрия Рогачёва является самым крупным профильным центром в Европе. Здесь проходят лечение более 10 тыс. пациентов в год, проводится 2,5 тыс. высокотехнологичных операций: от нейрохирургических до трансплантаций костей, суставов, печени. Только пересадок костного мозга осуществляется 250, то есть они идут ежедневно, кроме выходных, это – один из самых высоких показателей в мире. В центре на поток поставлены уникальные клиничко-диагностические методы, позволяющие не только как можно раньше поставить диагноз, но и успешно лечить самую тяжёлую патологию. Иммуноterapia гематологических и онкологических заболеваний с использованием иммунокомпетентных клеток, культивированных специально для пациента, позволяет добиться ремиссии или купирования осложнений без применения ряда токсичных препаратов. В стране знают, что в сложной ситуации можно обратиться сюда и обрести надежду.

Центр имеет статус национального и взаимодействует со всеми клиниками и профильными отделениями областных больниц Российской Федерации, занимающихся детьми с онкопатологией, что помогло организовать лечение маленьких пациентов страны по единым стандартизированным протоколам. По утверждению главного детского онколога-гематолога Минздрава России, президента НМИЦ им. Дмитрия Рогачёва, академика РАН Александра Румянцева, от Владивостока до Калининграда дети лечатся так же, как и в Москве. С помощью телекоммуникационных связей осуществляется контроль. Кроме того, любой заболевший ребёнок может получить в НМИЦ второе мнение, касающееся его морфологического диагноза, визуализации и т.п. В год проводится до 10 тыс. консультаций. Благодаря тесному взаимодействию, удалось повысить выживаемость онкобольных детей в России до 82%.

– Это очень серьёзное достижение, – подчеркнул А.Румянцев на пресс-конференции, посвящённой 10-летию центра. – Такие результаты имеют лишь некоторые страны в мире. Но в Российской Федерации, в отличие от них, все пациенты лечатся бесплатно, в рамках программы государственных гарантий. Более того, мы совместно с колле-

Признание

В атмосфере запланированного счастья

В НМИЦ им. Дмитрия Рогачёва пациенты лечатся и обретают веру в будущее

гами организовали Евроазиатское сообщество, в которое вошли 15 стран Европы и Азии, и наш центр является учебной базой подготовки кадров для них.

Словом, проект, рождённый 10 лет назад, удался.

Успехи центра им. Дмитрия Рогачёва отметил и Президент РФ Владимир Путин, приветствуя участников конгресса «Детская онкология, гематология и иммунология XXI века: от науки к практике», состоявшегося в преддверии 10-летнего юбилея. Он подчеркнул,

рождённые в НМИЦ, немедленно популяризируются, превращаются в семинары по передаче опыта и знаний во все региональные профильные структуры.

Значимость этого учреждения для страны подчеркнул и министр здравоохранения России Михаил Мурашко, отметив, что центр задал высокую планку лечения детей онкогематологического профиля и служит локомотивом развития данной отрасли медицинской науки. По его словам, сейчас перед отечественной медициной стоит

Медицинские технологии не защищены патентами, мир договорился о том, что если появился новый метод, способный излечить пациента, он сразу же должен быть доступен другим. В качестве примера можно привести ситуацию с острым лимфобластным лейкозом и успехами в его лечении: раньше дети с таким диагнозом погибали, сейчас выживаемость достигает 90%. По словам А.Румянцева, в области онкологии, гематологии и иммунологии обмен информацией происходит в течение 2,5 лет.

такую скринирующую программу. В некоторых странах она осуществляется в отдельных штатах. В нашей стране исследования проводятся в нескольких регионах, но надеемся, что он будет введён повсеместно, и мы сможем спасти больше пациентов, в том числе и тех, у которых развивается рак.

В центре им. Дмитрия Рогачёва трудятся врачи 28 узких специальностей, объединённых одной целью – каждый ребёнок должен быть вылечен.

– Мы смогли организовать такое взаимодействие между медицинским персоналом, психологами, педагогами, социальными работниками, семьями детей и детьми, которое создаёт атмосферу детства – атмосферу делового, запланированного счастья, – сказал А.Румянцев.

Звучит немного странно применительно к тяжело больным ребятишкам. Но это верное определение. Чтобы снять напряжение, связанное с лечением, и дать надежду на будущее, здесь функционирует школа, ребята имеют возможность учиться с 1 по 11 класс, сдавать государственные экзамены. Насколько важна такого рода опция, в своём выступлении на конгрессе говорила заместитель председателя Правительства Российской Федерации Татьяна Голикова, подчеркнув, что коллектив центра делает всё возможное, чтобы маленькие пациенты чувствовали себя как дома. Она поблагодарила сотрудников «за желание помогать не только по тем направлениям, которые составляют профессиональную деятельность, но и по сопредельным, которые дают главное маленькому пациенту – желание выздороветь, получить образование и многого добиться в жизни. А я знаю и на примере своих ближайших друзей и родственников, как это важно, какое счастье у этих детей, когда они выходят в большую жизнь, получают профессию, что, казалось невозможным какое-то количество лет назад».

Кстати, проект «Больничные школы» шагает по стране, и сейчас госпитальные школы есть уже в 45 субъектах РФ.

Стоит упомянуть также, что кроме всего прочего, НМИЦ располагает загородным структурным подразделением, где ежегодно проходят реабилитацию 2,5 тыс. детей и членов их семей, используются уникальные методики восстановления.

Как отмечалось на конгрессе, детская онкология, гематология и иммунология – наукоёмкие и стремительно прогрессирующие области медицины. Последние достижения в диагностике и лечении острых лейкозов, лимфом, солидных опухолей и опухолей центральной нервной системы у детей, болезней крови и иммунной системы, инновационные подходы к иммунотерапии и трансплантации стали предметом обсуждения на многочисленных симпозиумах и пленарных заседаниях трёхдневного научного мероприятия, собравшего российских и зарубежных специалистов. А значит, большому количеству детей будут доступны современные технологии.

Валентина ЕВЛАНОВА,
корр. «МГ».



Веселье для маленьких на территории центра

что центр «на систематической основе внедряет в российских клиниках самые передовые методики лечения, разрабатывает перспективные технологии, позволяющие не только эффективно лечить болезнь, но и выявлять и своевременно предотвращать риски её развития. Такие технологии основаны на исследованиях, проводимых в центре, на последних достижениях науки, включая молекулярную биологию и генетику. Без преувеличения можно сказать, что речь идёт о настоящей медицине будущего, которая здесь в центре им. Дмитрия Рогачёва уже становится реальностью».

Вспоминая о создании клиники, Президент признался: «Для меня это и личная история, потому что встреча с удивительно светлым мальчиком Димой Рогачёвым – жизнерадостным, несмотря на страшную болезнь, определила немедленное решение о создании клиники для детей, больных раком. Да, мы в России понимали, что такой центр с современными технологиями крайне нужен, но та встреча... и с командой потрясающе неравнодушных врачей и с их пациентом Димой намного ускорила этот процесс».

Президент поблагодарил врачей за профессионализм, душевную щедрость и заверил в дальнейшей поддержке государством детского здравоохранения. А первый заместитель руководителя администрации Президента РФ Сергей Кириенко передал благодарственные письма ряду сотрудников учреждения, отметив, что коллектив центра – это команда, которая не просто выполняет свои обязательства, она их перевыполняет, всегда делает больше, чем обещала. Прорывы,

задача в очень короткий промежуток времени создать единый регистр доноров костного мозга.

Центр продолжает развиваться. Строится корпус ядерной медицины для детей (его запуск в эксплуатацию планируется через год, уже ведутся отделочные работы). В нём будут размещены циклотрон с производством радионуклидов для специальных исследований (например, позитронно-эмиссионной интроскопии) и для лечебных целей; специализированное отделение нейроонкологии для пациентов с опухолями головного мозга; продвинутая операционная для вмешательств на голове и шее; сертифицированный центр клеточных технологий, который позволит наработки НМИЦ в области трансплантации и клеточных технологий тиражировать в России. Да и не только.

Центр им. Дмитрия Рогачёва (тогда это институт) 30 лет сотрудничает с крупнейшими зарубежными клиниками. Более 25 лет – с госпиталем святого Иуды в США, самым крупным в мире, совместно проводятся исследования в области реабилитации детей, выздоровевших от рака.

Многолетние связи у НМИЦ с ведущими клиниками Германии, с детской больницей Святой Анны в Австрии, с Национальным институтом рака во Франции, госпиталем и детским центром в Израиле, с национальными детскими центрами Японии, Испании.

– Мы давно интегрированы в международную среду, свято соблюдаем завет Чехова: «Нет национальной науки, как нет национальной таблицы умножения», – отметил А.Румянцев.

Как только ты отстал, ты отстал навсегда.

Как известно, у детей, в отличие от взрослых, в основе онкологических болезней лежат преимущественно генетические дефекты. Установлена связь онкозаболеваний с так называемыми иммунодефицитными состояниями, которые могут быть выявлены с помощью неонатального скрининга. Если внедрить скрининг на определение сниженного количества лимфоцитов, участвующих в иммунном ответе, то вполне реально выделить группу риска по развитию заболевания. Капля крови из пятаки новорождённого на «промокашке» даёт возможность посмотреть, имеется ли дефект Т- или В-лимфоцитов. И если он обнаружен, тогда этот ребёнок должен находиться под контролем, потому что ему можно помочь. По словам А.Румянцева, оказалось, что многие иммунодефициты являются основной базовой причиной развития опухолей: у пациентов с иммунодефицитом опухоли возникают в тысячу и более раз чаще, чем в популяции.

– Российская генетическая служба и мы считаем, что скрининг в России должен быть расширен, – высказал точку зрения академик. – Тогда мы сможем выявить и предупредить течение очень многих заболеваний. Это касается и пациентов с Т- и В-клеточной лимфопенией. Нами проведено исследование в Московской области, проанализировано 17 тыс. «промокашек» и выявлено 12 пациентов, которые нуждались в экстренном лечении. Расширение скрининга зависит прежде всего от экономических возможностей. Израиль полностью перешёл на

Праздник как повод

С наступлением лета, которого все ждут с нетерпением, приходит и самый главный праздник для педиатров мира – Международный день защиты детей. Он предложен и официально учреждён Конгрессом международной демократической федерации женщин в 1949 г., и с 1950 г. отмечается ежегодно с целью привлечения внимания общественности к соблюдению прав детей на жизнь, образование и отдых, к защите от физического, психологического насилия и эксплуатации детского труда. Все родившиеся и выросшие в Советском Союзе помнят, как страна широко отмечала 1 июня, когда для юных советских граждан действительно устраивалось всенародное торжество со спортивными эстафетами и танцевальными конкурсами, пением и декламированием, и, конечно, с приятными сувенирами. Шли годы, и в какое-то время показалось, что стране уже не до детских праздников, ведь социальные потрясения 90-х годов обнажили глубокие проблемы, представлявшие реальную угрозу для будущего страны.

Но что может быть важнее реального будущего любого государства – его детей? Таким вопросом задался ровно 20 лет назад, в 2001 г., тогдашний председатель исполкома, а ныне – почётный президент Союза педиатров России академик РАН Александр Баранов. И с этого момента Международный день защиты детей вновь стал очень важной датой для нашей профессиональной ассоциации. Ежегодно отмечая 1 июня, мы стараемся обратить внимание



Праздник в НИИ педиатрии и охраны здоровья детей

События

Один день и множество жизней, связанных с ним

Педиатры не просто помогают детям, а раскрашивают их пребывание в больничных стенах яркими красками

От диагностики и лечения к образованию

За эти 20 лет трансформировался и формат праздников, организуемых силами Союза педиатров России. Так, в начале 2000-х годов, когда медицина в стране ещё только поднималась

вываться специально для детей с редкими заболеваниями и их родителей. «День защиты детей, которые не как все!» – плакаты с такими надписями можно легко встретить в преддверии праздника, например, на улице Фотиевой в Москве, ведь здесь уже больше года работает уникальный НИИ

В разные годы 1 июня, в День защиты детей, помимо темы редких болезней, педиатры старались привлечь внимание всех заинтересованных лиц к решению и другим проблемам детского здравоохранения, например, к профилактике болезней почек, реабилитации детей со снижением слуха, лечению хронической инвалидизирующей патологии. Использование новейших разработок, инновационных технологий, профессионализм специалистов и неременная государственная поддержка позволяют пациентам своевременно получить высококвалифицированную медицинскую помощь, что определяет их жизнь в будущем. Именно поэтому педиатрическое медицинское сообщество уделяет большое внимание этому дню, считая его своим профессиональным праздником.

Подарили эмоции

В 2021 г. Международный день защиты детей протекал особенно интересно. Так, в Москве с большим размахом он отмечался в НИИ педиатрии и охраны здоровья детей ЦКБ РАН. Двери нашего центра, как обычно, были открыты для всех детей и их родителей, желающих получить медицинскую помощь. В течение последних лет почётным гостем и талисманом праздника является заслуженная артистка Российской Федерации, общественный деятель Диана Гурцкая, которая всегда находит время подарить участникам мероприятия своё внимание и замечательные песни. Приехала она и на нынешнее празднование.

В этом году также активное участие в Международном дне защиты детей принял ещё один большой друг педиатров и маленьких пациентов – многократный чемпион СССР, Европы и мира по боксу, заслуженный мастер спорта СССР Константин Цзю, который провёл зарядку для детей и их родителей, реализовав основную концепцию педиатрии о здоровом образе жизни и сплеле физической подготовки с музыкальной.

Одной из новых традиций в этот день стала разбивка сада – аллеи самых красивых деревьев, которым предстоит увидеть ещё много интересных событий. Так, в прошлом году была высажена сортовая сирень, а в этом году – ели, которые радуют глаз своей изумрудной зеленью круглогодично. Традицию поддержали и наши гости – Д.Гурцкая и К.Цзю, посадившие вместе с детьми «Дерева здоровья», рядом с которыми позже сотрудники института установили именные таблички. Для детей были организованы

увлекательные мастер-классы, конкурсы, музыкальное шоу. Дополнили праздничную программу вручение подарков, запуск воздушных шаров и фотосъёмка на память. Не остались без внимания и педиатры, в их адрес прозвучали многочисленные слова благодарности от любимых пациентов и их родителей.

Чудесное открытие

Как правило, к 1 июня стараются приурочить и появление новой педиатрической структуры. Не стал исключением и 2021 г. В этот день в НИИ педиатрии и охраны здоровья детей ЦКБ РАН состо-

илось торжественное открытие многопрофильного педиатрического круглосуточного стационара, оснащённого современным оборудованием, с улучшенными условиями пребывания и призванного оказывать специализированную медицинскую помощь детям с острыми заболеваниями и неотложными состояниями, а также с патологией сердечно-сосудистой и нервной систем, желудочно-кишечного тракта, аллергическими, орфанными и другими болезнями, нуждающимся в длительном наблюдении и лечении. В клинике будут применяться инновационные подходы к диагностике и лечению, для эффективного достижения контроля над болезнью у пациентов будет возможность получать высокотехнологичную помощь, в том числе в рамках ОМС, с применением циклической терапии генно-инженерными биологическими препаратами.



Д.Гурцкая поздравляет ребят

общества и государства на наиболее уязвимые и незащищённые категории пациентов, а также на наиболее проблемные проблемы детского здравоохранения.

Нас поддерживали коллеги – детские врачи страны, а потом и журналисты центральных каналов РФ, учителя, библиотекари, а позже и просто граждане. Очень быстро стало хорошей традицией устраивать в этот день праздники для детей, дарить подарки, рисовать мелом на асфальте фантастические картины, изготавливать своими руками поделки, запустить в небо разноцветные шары, с привязанными к ним записками с самыми заветными желаниями, которые обязательно сбудутся, организовывать завораживающие посещения запасников библиотек, походы по закулисью театров, познавательные экскурсии по различным музеям, где дети могут продемонстрировать свои знания, пообщаться с деятелями искусства и получить массу положительных эмоций... Вот далеко не полный список тех активностей, которые каждый год разворачиваются в Международный день защиты детей. Праздник является прекрасной возможностью для любого взрослого проявить неравнодушие, позаботиться о детях, поучаствовать в благотворительной акции, где каждый может внести свой посильный вклад: артисты – радуя душу и сердце, а бизнес-сообщество – помогая решать материальные проблемы.

до уровня, необходимого для оказания качественной медпомощи любому российскому ребёнку, где бы он ни находился, особо востребованными были «Дни открытых дверей». В течение следующих лет любой ребёнок в этот день мог получить всю необходимую высококвалифицированную диагностическую и лечебную помощь в медицинских учреждениях страны без направляющих документов. Это было абсолютно бескорыстное желание педиатров страны помочь как можно большему числу детишек. А чтобы не было скучно или страшно, детей развлекали клоуны и аниматоры.

Позже, в том числе с целью соблюдения правил и норм, фокус активностей был смещён на само празднование и образование и родителей, и «виновников» торжеств. В этот день мамам и папам наших маленьких и больших пациентов стала широко предоставляться возможность узнать много нового и полезного о том, как вовремя и правильно оказать первую помощь, распознать «ключевые» симптомы различных состояний, при которых следует обратиться к врачу. Также родители получали подробные ответы врачей-специалистов на волнующие их практические вопросы по профилактическим прививкам, питанию детей всех возрастов, организации режима дня школьников, гаджетозависимости и др.

Есть у педиатров страны ещё одна традиция, связанная с 1 июня, – с 2008 г. отдельная часть этого праздника стала организо-

педиатрии и охраны здоровья детей ЦКБ РАН Минобрнауки России. И это неудивительно, вопросы организации медицинской помощи и лекарственного обеспечения пациентов с орфанными болезнями по-прежнему остаются актуальными.

Внимание пациентам, которые не как все

Отрадно, что весомая роль в решении многочисленных проблем семей, воспитывающих детей-инвалидов, в том числе с редкими болезнями, принадлежит родительским ассоциациям и пациентским организациям. Совместная деятельность медицинских работников и общественных организаций помогает добиться большего внимания со стороны государства и местных властей к детям с редкими проблемами со здоровьем. Так, ежегодно активное участие в праздновании Международного дня защиты детей принимает благотворительная общественная организация «Хантер-синдром» во главе со Снежаной Митиной, которая сама воспитывает ребёнка с мукополисахаридозом и имеет личный опыт по преодолению трудностей, связанных с редким заболеванием. Праздничная атмосфера, царящая в детских медицинских учреждениях в этот день, помогает маленьким пациентам, «которые не как все», как раз чувствовать себя «как все», испытывая ураган положительных эмоций и практически не замечая своих физических ограничений.



Призвание и почётная миссия педиатров всего мира – всегда стоять на страже детского здоровья и благополучия, помогать родителям вырастить здоровыми, успешными и счастливыми следующие поколения жителей Земли!

Необходимо помнить, что только совместными усилиями семьи, педиатрического сообщества, представителей гражданского общества и государственных структур можно сделать жизнь маленьких граждан более радостной.

В этот день как никогда актуальными видятся слова почётного президента Союза педиатров России Александра Баранова: «Сохраним здоровье детей – сохраним Россию!».

Лейла НАМАЗОВА-БАРАНОВА,
президент Союза педиатров России.

Камилла ЭФЕНДИЕВА,
ответственный секретарь
Союза педиатров России.

С 2017 г. шло строительство в Химках нового медицинского учреждения – Института ядерной медицины, подразделения АО «Медицина» (клиника академика Ройтберга). Важной задачей было не только возвести стены, но и наполнить их «содержанием», а это и самое совершенное оборудование, и соответствующий ему высококлассный персонал.

Как это удалось, и в чём уникальность проекта рассказывает вице-президент АО «Медицина» Сергей ДОРОФЕЕВ.

– Институт ядерной медицины недавно принял своих первых пациентов. Чем он отличается от других подобных медицинских учреждений?

– Это уникальный многофункциональный медицинский научно-исследовательский центр высочайшего уровня. Площадь здания составляет почти 23 тыс. м².

Здесь объединены медицинские системы самого высокого экспертного класса для диагностики и лечения онкологических и других опасных для жизни заболеваний, научная деятельность и международные клинические исследования. Такой масштабный проект – не только воплощение 30-летнего опыта АО «Медицина» (клиника академика Ройтберга) в данной сфере, но и собирательный образ всех научных компетенций отечественной и мировой медицины в диагностике и лечении онкологических заболеваний.

– Сколько людей будет работать в институте и как подбирались штат сотрудников? Ведь необходимы были специалисты для работы с уникальным оборудованием.

– В штате более 300 сотрудников, включая медицинский, технический, административный персонал. Основной костяк составляют профессионалы, имеющие особый допуск к работе с источниками ионизирующего излучения.

Перспективы

На уровне лучших мировых стандартов

Так будут лечить в Институте ядерной медицины

В деятельности института будут использоваться такие методы, как радионуклидная и лучевая диагностика, радионуклидная и лучевая терапия, брахитерапия и тераностика. Любой из них является наукоемким и технологичным, так как основан на применении высокоточного медицинского оборудования и требует специальных знаний.

В связи с активным развитием и внедрением по всей стране отделений лучевой терапии такие специалисты, как говорится, на вес золота. Впрочем, то же можно сказать и про врачей-радиологов с опытом работы в отделениях радионуклидной терапии.

С другой стороны, следует отметить, что многие специалисты проявляют большой интерес к нашему институту. Они понимают, что получают уникальную возможность работы на современном аппаратном оснащении, таком, как линейные ускорители моделей Halcyon, TrueBeam, Edge, высокопроизводительный ПЭТ/КТ-сканер Discovery 710 MI DR, а также первый и единственный аппарат в России для адаптивной терапии, рабочие процессы которого полностью управляются искусственным интеллектом, и др.

Поэтому и отбор персонала осуществлялся очень тщательно, на уровне высоких стандартов, заданных в АО «Медицина».

В институте будут работать квалифицированные, опытные врачи, прошедшие стажировку в ведущих мировых медицинских учреждениях США (Memorial Sloan – Kettering Cancer Center), Германии (онкогематологическая клиника Галле-Виттенбергского университета им. Мартина Лютера) и Израиля (Davidoff).

– Какие ещё медицинские специальности будут востребованы?

– Я уже называл очень редких специалистов по радионуклидной терапии, которые разбираются как в особенностях терапии патологических образований, так и радиомике – интерпретации полученной диагностической информации по КТ, МРТ, ПЭТ/КТ или ОФЭКТ/КТ с точки зрения количественных показателей. Крайне важным связующим звеном между пациентом, врачом и медицинским оборудованием являются медицинские физики. Необходимо также сказать о технологах, знающих особенности радиационного контроля и радиационной безопасности.

В целом, любой отдельно взятый специалист института – это уникальный профессионал, на плечах которого лежит большая ответственность за здоровье и жизнь пациентов. От него требуется огромное количество знаний, опыта и скрупулёзности.

– Будет ли возможность у медицинского персонала заниматься научной работой?

– Наш руководитель академик РАН Григорий Ройтберг не случайно предложил назвать это медицинское учреждение институтом. Здесь будут проводиться научные разработки, международные клинические исследования, внедряться новейшие радиологические технологии и передовые методы диагностики и лечения на основе smart-технологий ядерной медицины. Планируется также создать международный центр компетенций с проведением на постоянной основе образовательных программ для продвижения лучших практик и комплексных решений.

В этой деятельности важнейшая роль отводится кафедре терапии, общей врачебной практики и ядерной медицины Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И.Пирогова, базой которой является клиника АО «Медицина».

Мы будем проводить и собственные мероприятия, и сможем предоставлять платформу для научно-исследовательской деятельности всем желающим.

– Нет сомнения, что в институте, как это принято в АО «Медицина» в целом, будет уделяться большое внимание повышению квалификации сотрудников?

– Конечно. Сотрудники получат возможность проходить стажировки в ряде ведущих клиник Европы, США и Израиля за счёт работодателя, а также смогут участвовать в оплачиваемых работодателем конференциях, семинарах, съездах, как в России, так и за рубежом.

– В чём заключается социальная значимость проекта?

– Борьба с онкологическими заболеваниями предполагает увеличение показателей выживаемости, снижение уровня смертности и улучшение качества жизни пациентов со злокачественными новообразованиями за счёт ранней диагностики и самых передовых методов лечения.

На уровне врачебного сообщества мы заявляем о себе как о центре экспертизы по внедрению инновационных технологий лучевой и радионуклидной терапии. Значительная научная база по данным направлениям накоплена в онкологической клинике Sofia (АО «Медицина»).

Планируем внедрить тераностическую – перспективное медицинское направление, которое даёт надежду на то, что врачи смогут замедлить развитие метастазов у диссеминированных онкологических пациентов и даже предотвратить их. Это принципиально новый подход в онкологической практике, отличающийся повышенной эффективностью и безопасностью.

Как ясно уже из самого названия, он объединяет и терапию, и диагностику.

И наконец, в рамках развития системы здравоохранения наша задача – обеспечить отечественных пациентов доступной высокотехнологичной помощью на уровне лучших мировых стандартов, оказывая её, в том числе, в рамках социального страхования.

Беседу вела
Алёна ЖУКОВА,
корр. «МГ».

Москва.

Акценты

Впервые ежегодный Всероссийский конгресс «Инфекционные болезни в современном мире: текущие и будущие угрозы» прошёл без его основателя. С нынешнего года к названию конгресса прибавились слова имени академика В.И.Покровского.

Закономерно конгресс начался с мемориального заседания, посвящённого памяти Валентина Покровского – великого русского учёного-эпидемиолога и инфекциониста, на протяжении почти полувека возглавлявшего Центральный научно-исследовательский институт эпидемиологии Роспотребнадзора.

Прозвучали самые тёплые, порой очень личные воспоминания соратников, учеников, друзей. О совместной работе и человеческих качествах В.Покровского рассказали руководитель Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, главный государственный санитарный врач Российской Федерации, доктор медицинских наук, профессор Анна Попова и первый заместитель председателя комитета Государственной Думы РФ по образованию и науке академик РАН Геннадий Онищенко, член президиума РАН, академик-секретарь отделения медицинских наук РАН, академик РАН Владимир Стародубов.

Именно В.Покровский выстраивал линию борьбы и защиты населения от инфекций, которые приходили в нашу страну, отметили выступающие. Учёный также держал в поле зрения и внимания вопросы, связанные с пандемией коронавирусной инфекции, а его мысли и предположения на тему возможного развития ситуации и мер профилактики легли в основу самых первых решений, которые

Инфекции: победить и предотвратить!

Это залог биобезопасности государства

принимались в России больше года назад.

Для советника директора по науке ЦНИИ эпидемиологии академика РАН Виктора Малеева В.Покровский стал наставником, определившим его судьбу, и настоящим другом. Великим, но земным человеком назвал его президент Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И.Евдокимова академик РАН Николай Ющук; президент детского научно-клинического центра инфекционных болезней ФМБА России академик РАН Юрий Лобзин подчеркнул умение Валентина Ивановича быть, как положено хорошему врачу, «ещё и философом».

Научную прозорливость В.Покровского отметил директор Института общественного здоровья, заведующий кафедрой эпидемиологии и доказательной медицины Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М.Сеченова, академик РАН Николай Брико, а директор ЦНИИ эпидемиологии Роспотребнадзора академик РАН Василий Акимкин проиллюстрировал своё выступление ещё и интересными фотографиями.

На конференции заведующий специализированной научно-исследовательской лабораторией эпидемиологии и профилак-



ки СПИДа ЦНИИ эпидемиологии Роспотребнадзора академик РАН Вадим Покровский представил общественности томик мемуаров академика В.Покровского. Он также сообщил, что создан премиальный фонд В.Покровского, учреждена медаль его имени. Принято решение выполнить высказанное в мемуарах пожелание: создать памятник врачам, погибшим во время борьбы с инфекционными заболеваниями.

Одной из важнейших тем конгресса, как и в прошлом году, стала пандемия COVID-19. Учёные и практики обсуждали ситуацию в стране и мире, особенности вируса SARS-CoV-2, разнообразие его штаммов, новые клинические рекомендации по лечению и подходы к терапии детей и взрослых.

При этом все специалисты подчёркивали: единственной возможностью справиться с пандемией является массовая вакцинация населения.

Участники конгресса обсудили также такие темы, как современные возможности оценки эпидемиологических рисков, проблемы применения противовирусной и антибактериальной терапии, профилактики инфекционных болезней и оценки поствакцинального иммунитета, взаимосвязь экологии и эволюции зоонозных инфекций.

Большой интерес специалистов вызвали прошедшие в рамках конгресса IV Всероссийская научно-практическая конференция «Актуальные проблемы болезней, общих для человека и животных»

и VI Всероссийский симпозиум «Папилломавирусная инфекция и рак: эпидемиология, диагностика, вакцинопрофилактика».

2021 г. в России объявлен Годом науки и технологий, и каждый месяц посвящён определённой теме. Темой мая стало обеспечение биобезопасности государства и реагирование на биологические угрозы. Именно забота о безопасности государства и каждого живущего в нём человека красной нитью проходила через все доклады конгресса.

Директор ЦНИИ эпидемиологии В.Акимкин отметил о прорывных достижениях в области биотехнологии, которые позволили в кратчайшие сроки создать тест-системы для диагностики новой коронавирусной инфекции, осуществлять контроль за мутациями возбудителя и в конечном итоге содействовать выработке наиболее оптимальных схем защиты населения и снижения уровня заболеваемости COVID-19 во всём мире.

Мероприятие организовано Федеральной службой по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека и рядом научных учреждений Роспотребнадзора – ЦНИИ эпидемиологии, Ставропольским научно-исследовательским противочумным институтом и Санкт-Петербургским НИИ эпидемиологии и микробиологии им. Пастера при поддержке Минздрава России, Национального научного общества инфекционистов, Всероссийского научно-практического общества эпидемиологов, микробиологов и паразитологов.

В работе конгресса приняло участие свыше тысячи человек, а благодаря онлайн-трансляции в течение трёх дней охват аудитории превысил 12 тыс. человек.

Елена ОСТАПОВА.

«**Определяя цели на будущее, смотри вперёд, а не в зеркало заднего вида**», – такими словами ректор Красноярского государственного медицинского университета им. В.Ф.Войно-Ясенецкого, доктор медицинских наук, профессор Алексей ПРОТЮПОВ обозначил своё видение того, как трансформируется система высшего медицинского образования, и как в этом процессе системной трансформации конкретный вуз может сохранить высокий уровень подготовки врачей.

– Алексей Владимирович, во время нашей прошлой встречи в декабре 2020 г. вы подвели итоги первого года своей работы на посту ректора КрасГМУ. К тому времени предложенная вами программа развития университета, в которой были обозначены четыре главных вектора – управление и экономика вуза, подготовка кадров, научно-исследовательская деятельность, материально-техническое обеспечение – была реализована по всем направлениям. Означает ли это, что университет уже достиг того максимума, которого вы и ожидали?

– Если бы всю программу развития, которую я разрабатывал, можно было выполнить за один год, это была бы не долгосрочная стратегия, а изменения на кратковременную перспективу. На самом деле до финиша ещё далеко, мы настроены на дальнейшие конструктивные перемены. Тем более, что минувший год с его форс-мажорами позволил сделать хотя и многое, но не всё. В частности, что касалось инфраструктурных проектов, укрепления материально-технической базы университета, в этих направлениях сложно было продвигаться по абсолютно понятным всем причинам: пандемия отвлекла силы и средства на решение тактических задач. Зато в области экономики учреждения, подготовки кадров, научно-исследовательской деятельности были достигнуты серьёзные результаты.

Напомню, что мы смогли в очень короткие сроки эффективно перестроить медицинские подразделения КрасГМУ на оказание помощи больным с COVID-19, что было крайне важно для системы здравоохранения региона. В свою очередь, это позволило университету за счёт погружения во все антиковидные мероприятия серьёзно скорректировать фонд оплаты труда на 2021 г., увеличив его сразу на 17%, чего никогда прежде не было. Здесь мы оказались бенефициарами как со стороны краевого бюджета, так и со стороны федерального. Безусловно, нам всем хотелось бы впредь иметь другие источники повышения фонда оплаты труда преподавателей вуза, не связанные со столь масштабной трагедией. Но, должен сказать, наши сотрудники и студенты честно и самоотверженно отработали в такой сложный эпидемический период, и тот факт, что государство это оценило, не может не радовать.

В части подготовки кадров у нас только положительные эмоции, несмотря на очень серьёзный прошлый год. Мы смогли успешно внедрить в практику региональный закон об образовательном сертификате для студентов и ординаторов университета. Фактически, это целевая форма обучения за счёт средств краевого бюджета, но с более строгими и в то же время более привлекательными условиями исполнения обязательств со стороны будущих молодых специалистов. Образовательный сертификат – абсолютно инновационный продукт, полагаю, этот проект достоин того, чтобы представлять его на федеральном уровне, по нашему примеру и пути могут пойти остальные регионы РФ. Подготовка врачей кадров для регионов – это задача расположенных там медицинских вузов, и то, как именно она будет решена, зависит в равной степени от университета и местных властей.

Поддержка, которую нам оказал губернатор Красноярского

края Александр Усс, позволила в кратчайшие сроки согласовать проект закона об образовательном сертификате, и сегодня около 300 студентов и ординаторов вуза уже воспользовались этим предложением. Таким образом, плюсом к целевикам, которые получили распределение в медицинские учреждения региона, ещё 300 молодых врачей точно придут в систему здравоохранения края в ближайшие 2-3 года.

Что касается научной работы, в прошлом году университет впервые провёл в масштабах Сибирского федерального округа серию конкурсов научных проектов, связанных с именами выдающихся учёных, работавших в нашем вузе. Поскольку число участников из всех

плана, чёткие целевые показатели и персональная ответственность за неисполнение. Всё иное – просто красивые лозунги, считает академик. Как вы думаете, насколько необходимо было бы именно такое планирование в системе высшей медицинской школы?

– Если говорить про высшую школу, безусловно, нам нужны элементы программно-целевого планирования, в этом и заключается роль университета как несущей конструкции здравоохранения. Нельзя отдельно рассматривать роль образовательной организации и успехи/неудачи региональной медицинской отрасли, поскольку качество подготовки врачей кадров, снижение смертности на-



Наши интервью

Перезагрузка необходима всем

Российская высшая медицинская школа глазами ректора

медицинских университетов округа было неожиданно высоким, объявлен уже второй такой конкурс. Видимо, он станет традиционным для нас. Более того, думаю, что такие именные конкурсы могут тиражироваться уже на уровне РФ.

Вообще мы взяли ориентир на подготовку научно-преподавательских кадров для кафедр университета. Для этого надо примечать молодых людей, которые интересуются наукой и на которых можно делать ставку, как на научный потенциал для наших исследовательских лабораторий. Отличный способ для этого – фестиваль студенческой науки Science diving, масштабный по тематикам и разнообразию форматов мероприятий. В первом фестивале, который недавно завершился, приняли участие более 600 студентов. Есть по-настоящему блестящие научные работы, так что перспектива омоложения и пополнения профессорско-преподавательских кадров уже не кажется нам недостижимой.

Одним словом, развитие университета не завершено, оно будет продолжено.

– Вы – максималист или идеалист?

– И то, и другое. Я говорю своим заместителям и всему коллективу университета: надо правильно выстраивать индикаторы. И когда мне возражают, что стремиться на большую высоту не имеет смысла, потому как есть вузы, которые показывают гораздо более низкие результаты, однако неплохо живут, я возражаю: нельзя ориентироваться на то, что ты видишь в зеркале заднего вида, цель должна быть впереди. Равняться на худшие образцы – плохое решение.

Возможно, мои мысли и слова кажутся идеалистическими, но я никогда не отступлю от того, что говорю. Тем более, что жизнь показывает позитивные перемены. Какое-то время назад я наблюдал грустное явление: медицинское образование популярно, а работа в медицине непопулярна. Сегодня я с большим удовольствием наблюдаю, что и то, и другое становится одинаково популярными.

– Выдающийся российский экономист академик РАН Абулханович Аганбегян убеждён, что нашей стране в целом и системе здравоохранения в частности нужно вернуться к принципу программно-целевого планирования по аналогии с «пятилетками» эпохи СССР. Самое главное условие здесь в отличие от нынешних нацпроектов – не просто выделение огромных денег, а конкретные сроки исполнения

селекцию, решение других задач национальных проектов – это всё завязано в тугую клубок. Полтора «ковидных» года показали нам, насколько неразрывно мы друг с другом спаяны – система высшего образования и система охраны здоровья.

Я бы посмотрел на программы развития высшего медицинского образования через призму всего Национального проекта «Здравоохранение», а не только раздела «Подготовка кадров». Неверно упрощённо воспринимать нацпроект, только как источник получения финансирования регионами. На самом деле мы имеем очень серьёзные целевые индикаторы, и, если говорить о снижении смертности и увеличении продолжительности жизни, достижение этих результатов невозможно, пока медицинские учреждения в сельских и труднодоступных районах не получают притока свежих кадров.

Готов поделиться опытом Красноярского края. Мы совместно с региональным Минздравом пошли, на мой взгляд, по правильному пути: стали проводить адресные встречи глав крупных муниципальных образований и руководителей районных больниц со студентами, которые родом из этих территорий. Пригласили в университет мэров и главных врачей, предложили им глаза в глаза пообщаться со студентами-земляками, ответить на разные, в том числе, неудобные вопросы ребят. Например, о мерах социальной поддержки, об обеспечении детскими садами, о субсидировании жилья для молодых специалистов.

Потом высокие гости взяли на себя обязанность организовать визиты в свои территории студентов КрасГМУ, познакомить их с изменениями в здравоохранении малых городов. И хотя ребята сами родом из этих мест, поездки позволили им как бы иными глазами посмотреть на свою малую родину. На днях мы открывали новый противинфарктный центр в Лесосибирске, пригласили туда группу студентов и получили очень хорошую обратную связь. Выяснилось, что до этого события молодые люди, которые родились в Лесосибирске, даже не рассматривали для себя возвращение туда по окончании учёбы. Теперь их планы изменились: они увидели, насколько далеко продвинулись лечебные учреждения в районах Красноярского края, и насколько теперь здесь можно реализовать себя как специалиста.

– КрасГМУ нацелен на получение аккредитации в Международной федерации образования,

чтобы расширить «географию» иностранных студентов. А чем в принципе нашей стране так важен экспорт образовательных услуг, если не считать финансовых дивидендов? Это выглядит странно на фоне разговоров о заметном снижении уровня подготовки выпускников отечественных медицинских вузов.

– На самом деле, я не встречал серьёзных экспертных оценок на тему снижения качества медицинского образования. Если такие оценки и звучат, то они исключительно эмоциональные.

Что касается экспорта образовательных услуг, на мой взгляд, здесь две цели. Во-первых, мы должны показывать, что российские вузы конкурентоспособны в сравнении с университетами других стран. А во-вторых, это очень хорошая возможность «держать в форме» собственный университет, потому как преподаватели работают с иностранными студентами на английском языке. Представьте, насколько это мотивирует наших преподавателей совсем по-другому подходить к образовательному процессу, повышать свой профессионализм. Мне кажется, именно в этом большая польза от присутствия иностранных студентов в российских медицинских университетах, которые таким образом подтягиваются до уровня международного стандарта.

Для столичных крупных университетов, где иностранные студенты – привычная тема, экспорт образовательных услуг может рассматриваться как стабилизирующий финансовый проект. Но для региональных университетов это – основание для повышения самооценки, здесь репутационная составляющая важнее финансовой.

– В прошлом году в самый разгар пандемии вы сказали, что возвращение в нормальную жизнь будет сложным: «Предстоит тот же аврал, только за другие деньги. В частности потому, что с наших врачей начнут спрашивать реализацию национальных проектов, а с преподавателей – качество образования». Как процесс возвращения вуза в мирную жизнь прошёл на самом деле, сбылись ли ваши плохие предчувствия?

– Процесс возвращения ещё не окончен, в крупных лечебных учреждениях, где мы имеем клинические базы, по-прежнему работают «красные зоны». Рассчитываем полностью воссоздать доковидный формат образовательной работы университета с началом следующего учебного года, хотя

есть наработки, которые мы намерены оставить и на постковидное время. В частности, фрагменты дистанционного обучения.

Если честно, гораздо больше меня волнует то, что очень трудно возвращается к норме процесс оказания медицинской помощи. Возросший уровень общей смертности, который мы, к сожалению, увидели в регионе по итогам прошлого года, продолжает сохраняться. И здесь тенденция пока неутешительная. Как скоро удастся её переломить, зависит от того, как скоро территории вернутся к доковидному формату оказания медицинской помощи, как будут наращиваться объёмы высокотехнологичной помощи, диспансеризации, в каком темпе мы продолжим модернизацию амбулаторно-поликлинического звена. Во всех этих направлениях работы университет тоже участвует.

– Вы частично уже ответили на вопрос, который я заготовила: где грань между допустимым и неприемлемым в дистанционном медицинском образовании? Есть сторонники применения удалённых технологий, они называют это красивой фразой «цифровая трансформация образования», и есть категорические противники онлайн-обучения в системе подготовки врачей. Год назад вы тоже называли дистанционное образование поколенческой катастрофой.

– Как ни странно, из этой катастрофы высшая школа смогла извлечь пользу. То, что образовательные технологии будут модернизированы, очевидно.

Безусловно, никогда медицинское образование не станет полностью заочным или дистанционным. Обучение клинической медицине не может и не должно проходить в дистанционном формате, данный постулат незыблем. Возврат к постели больного, возврат к коммуникации с пациентами – важнейшие составляющие медицинского образования, которые мы никогда не переведём в цифровые технологии. Занятия в семинарских группах тоже сохраняются в очном формате.

А вот лекционный материал частично, процентов на тридцать, останется дистанционным. Это хоть и вынужденная, но неплохая инновация, которая поддержана со стороны студентов и ординаторов. Данная перемена позволит нам более эффективно использовать аудиторные пространства, перераспределить нагрузку преподавателей.

– Вы согласен с теми, кто считает, будто ряду медицинских специальностей можно обучать полностью дистанционно без ущерба качеству полученного образования. Дескать, это снизит затраты на процесс обучения. Считаю, что мы больше потеряем, чем приобретём.

– Как вы считаете, необходимо ли ректору медицинского университета оставаться практикующим врачом?

– Человек от всех своих занятий в жизни должен получать удовольствие. Я получаю искреннее удовольствие и от работы за операционным столом, и от работы ректором вуза, и от депутатской деятельности.

Кроме того, видя ректора в операционной, студенты совсем по-другому воспринимают и университет, и свою будущую специальность. Что может быть более мотивирующим, чем когда ты видишь, как твой преподаватель, а тем более ректор сам выполняет сложную операцию? Он не теоретически, а практически объясняет молодому специалисту, как выйти из трудной ситуации, возникшей во время хирургического вмешательства.

И, наконец, перезагрузка сама по себе очень важна. Переключение с одного вида деятельности на другой помогает мне наиболее эффективно задействовать свои внутренние ресурсы.

Беседу вела Елена БУШ, обозреватель «МГ».

КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 21 (2285)

(Окончание.)

Начало в № 21 от 02.06.2021.

Патологические формы дыхания

Различные формы нарушения частоты, глубины и ритма дыхания с участием «вспомогательной» мускулатуры, обычно не участвующей в акте дыхания. Патологическое дыхание наблюдается при различных объёмных, деструктивных поражениях различных структур мозга и резких метаболических изменениях. Кроме того, существуют типы нарушений дыхания, характер которых позволяет предположить локализацию очага поражения и ориентировочно судить о причине неотложного состояния. Отдельные типы резких нарушений дыхания могут иногда чередоваться друг с другом.

Дыхание Чейна – Стокса – серии постепенно увеличивающихся по глубине вдохов, чередующиеся с периодами поверхностного дыхания или кратковременными остановками дыхания.

Нейрогенная (центральная) гипервентиляция – учащённое (свыше 30/мин.), регулярное дыхание обычно с уменьшенной амплитудой экскурсии грудной клетки; иногда именуется «машинным дыханием».

Апнейстическое дыхание (apneusis) – длительный спазм дыхательной мускулатуры с паузой при полном вдохе, часто на фоне нерегулярного дыхания.

Биотовское (атактическое) дыхание – нерегулярное дыхание, при котором глубокие и поверхностные вдохи чередуются в случайном порядке, по мере удлинения интервалов между вдохом и выдохом переходит в апноэ (остановка дыхания).

«Хрипящее» дыхание – резкие нерегулярно возникающие судорожные сокращения диафрагмы и мускулатуры грудной клетки.

Дыхание «групповыми вдохами» (cluster respiration) – неравномерные вдохи с чередующимися и постепенно удлиняющимися дыхательными паузами.

«Брюшной» («диафрагмальный») тип дыхания – усиление экскурсий мускулатуры живота при одновременном выключении из акта дыхания мышц грудной клетки.

Резкое уменьшение экскурсий грудной клетки при сохранном сознании в сочетании с нарушениями фонации, глотания, а иногда и слабостью в мышцах конечностей может наблюдаться при поражении ствола мозга, нейронов передних рогов спинного мозга на шейно-грудном уровне, а также при миастении.

Явная асимметрия объёма движений грудной клетки – перерастяжение одной её половины в процессе вдоха и резкое ограничение другой – указывает на одностороннее поражение диафрагмального, блуждающего нервов или наличие пневмоторакса.

Клиническая характеристика стадий церебральной комы

Уровень поражения мозга и прогноз угнетения сознания. Результаты определения уровня сознания и одностороннего неврологического обследования позволяют судить не только об уровне поражения мозга, но и о динамике патологического процесса. Для динамической оценки глубины комы и прогнозирования ближайших событий может быть рекомендовано рассмотрение следующих клинко-морфологических признаков, указывающих на уровень поражения мозга, который диагностируется на основании патологических двигательных реакций, изменений мышечного тонуса и признаков вклинения мозга.

Кома I степени (подкорковая) характеризуется распространённым нарушением корковых функций и растормаживанием подкорковых отделов мозга. На фоне угнетения сознания и отсутствия активных движений отмечаются выраженные симптомы орального автоматизма, иногда спонтанные сосательные, жевательные и глотательные движения, усиление активности стволовых, спинальных и вегетативных рефлекторных структур. Глубокие рефлексы повышены, поверхностные – угнетены; вызываются стопные и кистевые патологические рефлексы. В некоторых случаях наблюдается генерализованное изменение тонуса по типу декортикационной ригидности при двустороннем поражении

глубинных отделов полушарий мозга и функционального выключения кортико-спинальных путей. Проявляется стойким сгибанием и приведением верхних конечностей к туловищу, разгибанием и пронацией вытянутых нижних конечностей.

Кома II степени (гиперактивная, передстволовая) проявляется мезенцефально-диэнцефальными нарушениями в форме тонических судорог (по типу децеребрационной ригидности или периодических «вздрагиваний»). Децеребрационная ригидность характеризуется тоническим разгибанием, гиперпронацией верхних и нижних конечностей. Децеребрация возникает при повреждениях нижнего отдела ствола мозга, зрительного бугра, а также при двусторонних поражениях полушарий, (часто из-за массивных кровоизлияний), выраженных токсических и метаболических расстройствах. Горметония проявляется периодическим тоническим напряжением мышц конечностей и туловища, возникает при обширных кровоизлияниях в полушария или в желудочковую систему. Резко выражены вегетативные нарушения, иногда приоб- ретающие характер «вегетативной бури» (гипертермия, гипергидроз, мигрирующая гиперемия кожи, резкие колебания артериального давления). Определяются некоторое сужение зрачков и угнетение их реакции на свет; снижение корнеальных, надбровных, нижнечелюстного и глубоких рефлексов, появление стопных патологических рефлексов. Явления раздражения проявляются хореоформными и атетическими гиперкинезами, реже – миоклоническими или тикоподобными подергиваниями в мышцах.

Кома III степени (задстволовая, «вялая») отражает значительное угнетение функций продолговатого мозга, а иногда варолиева моста и спинного мозга. Наблюдаются различные нарушения дыхания – типа Биота, Чейна – Стокса или брадипноэ с участием «вспомогательной» мускулатуры, сокращением мышц плечевого пояса и других, обычно не участвующих в акте дыхания. Роговичный и надбровный рефлексы не вызываются. Зрачки максимально расширены, реакция их на свет отсутствует.

Кома IV степени (запредельная, или терминальная) характеризуется отсут-

ствием признаков деятельности мозга. Самостоятельное дыхание отсутствует; проводится искусственная вентиляция лёгких. Выявляется тотальная арефлексия, мышечная атония – результат повреждения нижней и средней трети ретикулярной формации. Артериальное давление поддерживается медикаментозно (прессорными аминами), часто нарушена терморегуляция. Прогноз запредельной комы неблагоприятен.

Несколько более благоприятны в прогностическом отношении декортикация и мышечная атония, чем децеребрация и горметония.

Резкое разграничение первых трех степеней комы иногда затруднительно из-за быстрого изменения состояния больных, обусловленного нарушениями функций отдельных уровней центральной нервной системы, в частности восходящих путей и в особенности лимбико-ретикулярного комплекса.

на этап стационарного лечения – время доставки больного не должно превышать 40 минут.

После синдромологической оценки состояния и постановки предварительного диагноза врач должен определить профиль госпитализации: многопрофильный стационар, имеющий в своём составе отделение реанимации, нейрохирургическое и неврологическое отделения; стационар, имеющий в своём составе токсикологический центр, инфекционная больница.

Телефонное интервью (момент приёма вызова диспетчером)

Первый контакт с лицом, обратившимся за медицинской помощью, чрезвычайно важен, поскольку правильно сформированный повод к вызову бригады позволит рационально использовать силы и средства службы скорой медицинской помощи (4, D).

Телефонное интервью должно включать следующие обязательные вопросы,

Оказание скорой медицинской помощи при нарушении сознания

Клинические рекомендации (протокол)

Оценка степени угнетения сознания по шкале Глазго

Балльная шкала используется для установления и фиксирования уровня сознания и соответствующих изменений. Отмечаются следующие три момента в поведении пациента:

Открытие глаз	Баллы
Спонтанное	4
На обращённую речь	3
На болевой раздражитель	2
Отсутствует	1
Речевая реакция	Баллы
Правильная речь	5
Спутанная речь	4
Непонятные слова	3
Нечленораздельные звуки	2
Отсутствует	1
Двигательная реакция	Баллы
Выполняет команды	6
Отталкивает болевой раздражитель	5
Отдёргивает конечность на боль	4
Тоническое сгибание на боль	3
Тоническое разгибание на боль	2
Отсутствует	1

Сумма баллов: 15-14 ясное сознание, 13-12 оглушение, 11-9 сопор, 8 и ниже – кома.

Оказание скорой медицинской помощи на догоспитальном этапе

Госпитализация. Все пациенты с неотложными неврологическими состояниями, с признаками нарушенного сознания, подлежат госпитализации (3, В). Главной задачей на догоспитальном этапе является максимально быстрая и безопасная транспортировка пациентов

задаваемые человеку, обратившемуся за медицинской помощью:

- Точное время начала заболевания
- Темп возникновения симптомов (быстрое, медленное)
- Наличие или отсутствие очаговых симптомов и признаков раздражения мозговых оболочек.

Скорая медицинская помощь и диагностика на догоспитальном этапе проводятся одновременно. При обнаружении пациента, находящегося в критическом состоянии, необходимо вывести его из-под действия потенциально опасных внешних факторов (пламени, газа, электрического тока, воды, уличного движения и др.), придать горизонтальное положение и не перемещать до обследования.

Врачебная тактика на догоспитальном этапе предполагает соблюдение определённой последовательности действий.

1. Оценка витальных функций – дыхания (частота, глубина, характер) и кровообращения (частота, ритмичность, интенсивность пульса на конечностях, пульсация сонных артерий), определение артериального давления.

2. Купирование эпилептического статуса или серии часто повторяющихся эпилептических припадков, при их наличии.

3. Осмотр головы и шеи – наличие травмы на лице и волосистой части головы; выделения гноя, крови, ликвора из носа или ушей; сухость, прикусывание языка; иктеричность склер, кровоизлияния в конъюнктиву, изменения размеров и формы зрачков; запах мочи, ацетона, алкоголя изо рта; ригидность шейных и затылочных мышц.

4. Осмотр кожных покровов – наличие изменений цвета, влажность, наличие признаков воспалительных, травматических и ишемических повреждений, следов обморожений или инъекций, изменения поверхностного венозного русла.

5. Осмотр туловища и конечностей – наличие нефизиологической позы, деформации грудной клетки и конечностей; увеличение печени, селезёнки, патологической спонтанной двигательной активности (гиперкинез, тремор, судороги), утраты силы в конечностях (парез, плегия), изменения мышечного тонуса, наличие патологических рефлексов и менингеальных знаков, задержка мочи.

Относительным противопоказанием к транспортировке больного является нарушение витальных функций, требующее проведения сердечно-лёгочного и церебрального реанимационного комплекса в соответствии с международным стандартом.

Оказание скорой медицинской помощи на госпитальном этапе в стационарном отделении скорой медицинской помощи

Бригада скорой медицинской помощи доставляет больных с признаками нарушенного сознания в медицинские организации, оказывающие круглосуточную медицинскую помощь (1++, А).

Больные с признаками нарушенного сознания при поступлении осматриваются дежурным неврологом, который совместно с анестезиологом-реаниматологом оценивает состояние жизненно важных функций организма больного, общее состояние больного, неврологический статус (общемозговые и очаговые симптомы, признаки раздражения мозговых оболочек), результаты электрокардиографии, анализ крови (тромбоциты, глюкоза, международное нормализованное отношение (МНО), активированное частичное тромбопластиновое время (АЧТВ)).

Лабораторная диагностика позволяет получить данные о метаболических расстройствах, сопровождающихся клинической картиной нарушения сознания (в плазме крови: электролитные нарушения, гипергликемия, гипогликемия, гипопропротеинемия, анемия, полицитемия, воспалительные изменения крови и др.; в моче – белок, глюкоза, ацетон, эритроциты, бактерии, патологические примеси).

Больному осуществляется проведение компьютерной томографии (КТ) или магнитно-резонансной томографии (МРТ) головного мозга для уточнения церебральных причин нарушения сознания.

В условиях отделения скорой медицинской помощи стационара до уточнения профиля отделения для госпитализации больному обеспечивается наблюдение за динамикой основных параметров и оказывается помощь в объёме базисной терапии.

Выявление признаков дыхательной недостаточности:

- мониторинг частоты дыхания;
- мониторинг сатурации кислорода в периферической крови.

Выявление нарушений сердечно-сосудистой системы:

- мониторинг артериального давления и пульса, ЭКГ;
- мониторинг баланса жидкости (вводимой жидкости и диуреза);
- мониторинг центрального венозного давления (при наличии доступа в центральную вену).

При подозрении на инсульт объём помощи должен строго соответствовать «Порядку оказания помощи больным с острым нарушением мозгового кровообращения», непосредственно с момента появления предположительного диагноза (1++, А).

Направления базисной терапии (4, D)

1. Коррекция дыхательных нарушений. Для профилактики нарушений дыхания необходима оценка проходимости дыхательных путей. Всем больным в коме показано постоянное или периодическое транскутанное определение сатурации кислородом, при снижении данного показателя < 94% необходимо проведение оксигенотерапии с начальной скоростью подачи кислорода 2-4 л/мин. При снижении уровня сознания (менее 8 баллов по Шкале комы Глазго), аспирации или высоком риске аспирации, брадикардии менее 12/мин., тахипноэ более 35-40/мин., появлении патологического типа дыхания показана интубация трахеи и проведение ИВЛ.

2. Коррекция артериального давления. Постепенное снижение АД допустимо при цифрах систолического АД, превышающих 180-220 мм рт.ст. Следует избегать любого резкого падения АД. Предпочтение следует отдавать

продолжительным формам гипотензивных препаратов. Также необходимо ограничивать применение сосудорасширяющих препаратов (эуфиллин) из-за развития эффекта обкрадывания.

3. При необходимости повышения АД необходима адекватная (но не чрезмерная!) волемическая нагрузка, иногда в сочетании с инотропными препаратами (дофамин в начальной дозе 5 мкг/кг/мин).

4. Водно-электролитный обмен. Основным инфузионным раствором является 0,9%-ный раствор хлорида натрия. Однако для быстрого восполнения объёма циркулирующей крови с целью поддержания адекватного АД могут быть использованы и препараты на основе гидроксипропилкрахмала 6% или 10%. Гипоосмолярные растворы (0,45%-ный раствор хлорида натрия, 5%-ный раствор глюкозы) противопоказаны из-за риска увеличения отёка мозга. Нецелесообразно также рутинное использование глюкозосодержащих растворов из-за риска развития гипергликемии. Единственным показанием для введения глюкозосодержащих растворов является гипогликемия.

5. Отёк мозга и повышение ВЧД. Все пациенты со снижением уровня бодрствования должны находиться в постели с приподнятым до 30° головным концом (без сгибания шеи!). У этой категории больных должны быть исключены или минимизированы: эпилептические припадки, кашель, двигательное возбуждение и боль. Непременные условия для успешного лечения:

- достаточная свобода движения диафрагмы
- оптимальные параметры артериального давления (перфузионное давление > 70 мм рт.ст.) и сердечной деятельности (ЧСС и ритм)
- достаточная оксигенация крови (по показателю SpO₂ 95-99%)
- нормоволемия и оптимальные реологические параметры
- нормализация температуры тела
- нормализация гликемии в пределах 3-10 ммоль/л.

При необходимости транспортировать пациента или при угрожающих признаках быстрого нарастания симптомов могут быть выполнены дополнительные лечебные воздействия – гипервентиляция кислородом или воздушно-кислородной смесью с высокой концентрацией O₂ (> 70%). Контроль эффективности осуществляется по факту снижения PaCO₂ до уровня 26-30 мм рт.ст. Метод является быстрым и эффективным, но обеспечивает непродолжительное противоотёчное действие и составляет около 2-3 часов. Он применим лишь в условиях ИВЛ, при длительном и повторном использовании может усугублять имеющуюся гипоксию, приводя к стойкому сужению артерий и повышению периферического сопротивления.

Медикаментозная терапия предполагает использование гиперосмолярных растворов (класс III, уровень C) и гипертонических солевых растворов:

- маннит в суточной дозе 1-1,5 г/кг в/в капельно в течение 1-2 суток; первоначальная доза – 0,5-1,0 г/кг в течение 20 минут, затем по 0,25-0,5 г/кг каждые 3-6 часов с той же скоростью
- 10%-ный раствор глицерола (4 x 250 мл до 30-60 мин.)
- глицерин внутрь 1-2 г/кг в смеси с водой в пропорции 1 : 2.

6. Купирование судорожного синдрома. Для купирования генерализованных судорожных припадков (тонические, клонические, тонико-клонические судороги во всех группах мышц с потерей сознания, уринацией, прикусом языка) и фокальных судорожных припадков (подёргивания в отдельных группах мышц без потери сознания) используют диазепам 10 мг в/в медленно, при неэффективности повторно (10 мг в/в) через 3-4 минуты (необходимо помнить, что максимальная суточная доза диазепама составляет 80 мг). Для купирования судорожного припадка возможно использование препаратов вальпроевой кислоты для внутривенного введения – конвулекс

Приложение

Сила рекомендаций (A-D), уровни доказательств (1++, 1+, 1-, 2++, 2+, 2-, 3, 4) по схеме 1 и схеме 2 приводятся при изложении текста клинических рекомендаций (протоколов)

Рейтинговая схема для оценки силы рекомендаций (схема 1)

Уровни доказательств	Описание
1++	Метаанализы высокого качества, систематические обзоры рандомизированных контролируемых исследований (РКИ) или РКИ с очень низким риском систематических ошибок
1+	Качественно проведённые метаанализы, систематические или РКИ с низким риском систематических ошибок
1-	Метаанализы, систематические или РКИ с высоким риском систематических ошибок
2++	Высококачественные систематические обзоры исследований случай-контроль или когортных исследований. Высококачественные обзоры исследований случай-контроль или когортных исследований с очень низким риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной взаимосвязи
2+	Хорошо проведённые исследования случай-контроль или когортные исследования со средним риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной взаимосвязи
2-	Исследования случай-контроль или когортные исследования с высоким риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной взаимосвязи
3	Неаналитические исследования (например: описания случаев, серий случаев)
4	Мнения экспертов

Рейтинговая схема для оценки силы рекомендаций (схема 2)

Сила	Описание
A	По меньшей мере один метаанализ, систематический обзор или РКИ, оценённые как 1++, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие устойчивость результатов, или группа доказательств, включающая результаты исследований, оценённые как 1+, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов
B	Группа доказательств, включающая результаты исследований, оценённые как 2++, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов, или экстраполированные доказательства из исследований, оценённые как 1++ или 1+
C	Группа доказательств, включающая результаты исследований, оценённые как 2+, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов, или экстраполированные доказательства из исследований, оценённые как 2++
D	Доказательства уровня 3 или 4 или экстраполированные доказательства из исследований, оценённые как 2+

для в/в медленного болюсного введения или для в/в инфузии рекомендуется в дозе 0,5-1,0 мг/кг/ч. При необходимости быстрого достижения и поддержания высокой концентрации препарата в плазме рекомендуется следующий режим дозирования конвулекса: в/в введение в дозе 15 мг/кг за 5 минут, через 30 минут начать инфузию со скоростью 1 мг/кг/ч эффективной суточной дозой, как правило, является 20-25 мг/кг.

Часто встречающиеся ошибки на догоспитальном этапе

Применение хлористого кальция, ви-касола, аминокaproновой кислоты или аскорбиновой кислоты для остановки кровотечения при подозрении на геморрагический инсульт, внутривенное кровоизлияние.

Использование препаратов (комбинации препаратов), резко снижающих артериальное давление.

Назначение ацетилсалициловой кислоты на догоспитальном этапе противопоказано, потому что невозможно исключить геморрагический характер патологии.

Применение фуросемида для лечения отёка мозга не показано из-за возмож-

ного резкого снижения АД и усугубления ишемии головного мозга, а также из-за развития гемоконцентрации.

Применение гипотонических и глюкозосодержащих растворов с целью восполнения объёма и в качестве среды для внутривенных инфузий.

Противопоказания и ограничения

Противопоказания к введению гиперосмолярных растворов: почечная недостаточность, гиперосмолярная кома, гипергликемия, осмолярность выше 320 мосм/л, гематокрит выше 45-50%, ожирение III ст., декомпенсированная сердечная недостаточность.

Использование кортикостероидов не получило доказательств своей эффективности в качестве средств для лечения отёка мозга при инсультах.

Проведение медикаментозного лечения при клинической картине острой окклюзионной гидроцефалии нецелесообразно и неэффективно, требуется оперативное лечение.

Игорь ВОЗНЮК,
заместитель директора по научной работе Санкт-Петербургского научно-исследовательского института скорой помощи им. И.И.Джанелидзе, профессор кафедры нервных болезней Военно-медицинской академии им. С.М.Кирова.

За шесть лет после предыдущего съезда Российского общества психиатров (РОП) в Казани в отечественной психиатрии произошли существенные изменения. На протяжении четырёх дней около тысячи очных и более 2,5 тыс. онлайн участников из 39 стран и 50 областей России обсуждали тревоги и надежды самой гуманитарной из медицинских специальностей под девизом «Интердисциплинарный подход к коморбидности психических расстройств на пути к интегративному лечению».

Шизофрения, как и было сказано

Масштабные психиатрические форумы всегда вызывают повышенный интерес общественности. Нынешний не был исключением. В кулуарах съезда распространялось обращение группы «Наука за правду» «Защите научной суверенитет и демографическую безопасность России», которое, если верить авторам, поддержали более 50 тыс. человек. Как следует из его текста, «25 мая 2019 г. государству-члены ВОЗ, в том числе и представители России, согласились принять одиннадцатый пересмотр Международной классификации болезней (МКБ-11), который должен вступить в действие 1 января 2022 г.». Авторы опасаются, что «принятие рекомендуемых ВОЗ представлений о «психической норме» и «нормах сексуального поведения», сформулированных в МКБ-11 (...) может способствовать сокращению репродуктивного потенциала России, поскольку данная классификация нормализует гомосексуализм и транссексуализм как варианты здорового поведения человека». «Каждый, поддерживающий это обращение, может встать между вредоносным диктатом политической корректности Запада и будущим России, защитив детей и грядущие поколения от преднамеренной депопуляции», – пишут анонимные авторы петиции. Впрочем, с критикой МКБ-11 солидарны многие психиатры, включая президента Независимой психиатрической ассоциации Юрия Савенко.

Всем делегатам съезда выдавалась толстая книга (432 страницы) в красной обложке – русский перевод шестой главы «Психические и поведенческие расстройства и нарушения нейропсихического развития» МКБ-11, изданный на мелованной бумаге под редакцией председателя правления Московского отделения РОП, главного психиатра Москвы, профессора Георгия Костюка. Этот текст стал предметом горячего обсуждения.

В своём пленарном докладе генеральный секретарь Всемирной психиатрической ассоциации профессор Пётр Морозов говорил об угрозе психологизма психиатрии, кризисе МКБ и цитировал немецкого коллегу, назвавшего подход ВОЗ к классификации «психиатрией Макдональдса».

Общей психопатологии и классификации психических расстройств была посвящена специальная сессия, где выступил член-корреспондент РАН Борис Цыганков (Московский государственный университет им. А.И.Евдокимова). «Классификация создана для фельдшеров и врачей общей практики», – сказал он о МКБ-11. За ней видны уши страховых компаний: «Врачей ориентируют не на ремиссию, а на то, чтобы больной не был опасен для окружающих». Советская психиатрия, вобрав в себя традиции немецкой и французской психиатрии, была ориентирована на результат (т.е. ремиссию), который зависит от нозологии. В МКБ, наоборот, доминирует размерный подход. Но ведь одни и те же синдромы имеют разную прогностическую значимость. Учитывать психопатологию долго и тяжело, в отличие от запоминания простых алгоритмов. Как писал Карл Ясперс, «в первую очередь психиатрам надо

научиться думать», а мышление американского врача, считает он, примитивно. Уже в МКБ-10 вместо «болезней» фигурируют «расстройства». «Что такое «шизотипическое расстройство»?» – недоумевает Б.Цыганков. Размыты понятия «невроз» и «психопатия». Чем отличается «посттравматическое стрессорное расстройство» и затяжное реактивное состояние? В чём отличие «обсессивно-компульсивного расстройства» от «патологического накопительства»? В МКБ-11 эти тенденции лишь усилились: «От врача не требуют клинической диагностики».

прав граждан при её оказании», который, по его мнению, устарел, не регулирует наркологическую и психотерапевтическую помощь и психологическую деятельность, недостаточно защищает права психиатров в случае принудительной госпитализации больных, внутренне противоречив (статьи 15-я и 23-я противоречат друг другу) и противоречит другим законам. Декларированная в законе служба защиты прав психически больных не создана.

С этой критикой солидарен выступивший во время «круглого стола» заместитель министра здравоохранения

от этой инфекции в России – самая высокая в мире (1,3% или 1350 человек, т.е. вдвое больше, чем в США). Влияние пандемии COVID-19 на психическое здоровье рассматривалось на специальной сессии. Профессор Сергей Мосолов (НМИЦ психиатрии и наркологии им. В.П.Сербского) рассказал о психических нарушениях у медперсонала, работающего с больными COVID-19. Для оценки уровня стресса и тревоги при работе с новой коронавирусной инфекцией была переведена на русский язык и валидизирована корейская шкала SAVE-9. Выяснилось, что у 70% мед-

В половине случаев выявлялась тревога и депрессия. Клинически выраженная депрессия достоверно чаще отмечалась у первокурсников обоих медицинских университетов. Распространённость тревожных расстройств за время учёбы снижалась. Уровень тревоги и депрессии оказался связан с представлениями студентов о своём будущем. После окончания университета студенты мечтали уйти в декрет, выспаться, путешествовать, и выражали разочарование в выбранной специальности («Медицина – это не про меня»), «Мои мечты разбились о реальность. Врач давно уже не имеет

Деловые встречи

На пути к интегративному лечению

В Санкт-Петербурге состоялся XVII съезд Российского общества психиатров

Особой остротой отличалась полемика по вопросам сексопатологии. Как отметил доктор медицинских наук Михаил Ягубов (НМИЦ психиатрии и наркологии им. В.П.Сербского), в МКБ-11 транссексуализм исключён из класса «психические расстройства», «фригидность» заменена «недостаточностью генитальных реакций», удалена рубрика «повышенное половое влечение» и т.д.

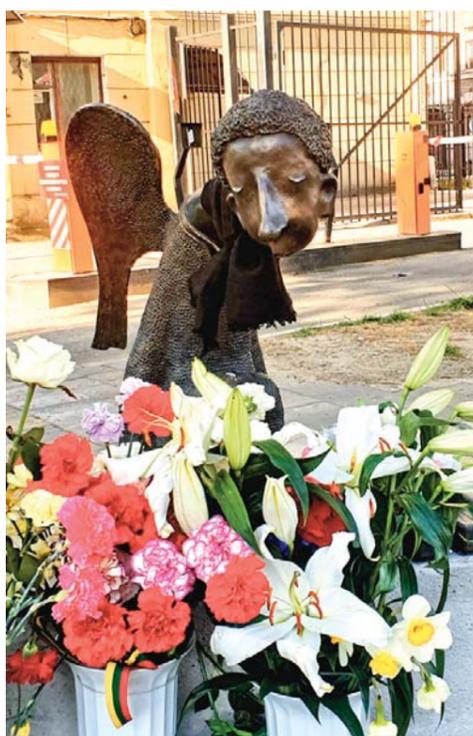
Нельзя не упомянуть эмоциональное выступление кандидата медицинских наук Ольги Бухановской (Ростов-на-Дону) о трансгендерности. «Это не медицинский, а социальный термин», – утверждает она. Если раньше были единичные случаи смены пола, то теперь требований операции для изменения половой принадлежности стало намного больше.

На съезде в очередной раз говорилось о необходимости национальной психиатрической классификации. Но почему же она до сих пор не создана? Потому что, как точно заметил в дискуссии профессор Владимир Менделевич (Казань), «наша специальность построена на консенсусе. Нужно убедить весь мир в отечественной классификации». Пока, к сожалению, к консенсусу прийти не удаётся. Например, что считать шизофренией? Почему по мировой статистике распространённость этого заболевания составляет 1%, а в Москве – 2,2%? Чтобы человек имел право бесплатно получать дорогостоящие препараты и пособие по инвалидности. Не этим ли объясняются чудеса отечественной медицинской статистики? Как прозвучало в докладе главного психиатра Минздрава России члена-корреспондента РАН Зураба Кекелидзе, за прошедшую пятилетку общая психическая заболеваемость в стране снизилась на 8,1%, число первично заболевших – на 20%, а количество инвалидов по психическим болезням не изменилось, и превышает миллион человек. Треть из них – шизофреники.

Патриарх отечественной психиатрии академик РАН Анатолий Смулевич (Первый МГМУ им. И.М.Сеченова) и его коллеги выдвинули новую теорию шизофрении, основанную на иммунологическом подходе. Воспаление рассматривается как ключевое звено широкого спектра заболеваний, в том числе психических и нейродегенеративных. Увеличение маркёров воспаления коррелирует с психопатологической симптоматикой. Активация микроглии приводит к синтезу цитотоксических метаболитов, что, в свою очередь, вызывает дисбаланс нейротрансмиттерных систем.

Дуракам закон не писан

Правовые вопросы психиатрии обсуждались на «круглом столе» под председательством профессора Г.Костюка. Он резко критиковал принятый в 1992 г. «Закон о психиатрической помощи и гарантиях



«Ангел» – скульптура Романа Шустрова (1959-2020), посвящённая памяти медицинских работников, погибших от COVID-19

ранения РФ кандидат медицинских наук Олег Салагай, отметивший, что понятие психиатрической помощи не исчерпывается назначением лечения, но включает в себя освидетельствование и судебно-медицинскую экспертизу.

Присутствовавший в зале врач скорой помощи спросил, можно ли принудительно госпитализировать больного с инфарктом или инсультом (поскольку оставление его дома является по сути пассивной эвтаназией)? Почему нельзя принудительно поместить в стационар наркоманов и алкоголиков? Разрешено ли отбирать у госпитализированных больных мобильные телефоны и контролировать передачи им вещей и продуктов? Ни на один из этих вопросов старый закон не даёт ответа. В настоящий момент разрабатывается проект нового закона об охране психического здоровья, защищающего права всех (а не только психически больных) граждан в этой сфере. С этой целью при общественной палате создана рабочая группа, возглавляемая Г.Костюком. Проект нуждается в широком общественном обсуждении, поскольку он является социально резонансным. В противном случае, как опасается председатель Российского психологического общества и главный специалист по медицинской психологии Минздрава России профессор Юрий Зинченко (МГУ), «поднимут вой правозащитные организации».

«Ковид» головного мозга

Доля умерших от COVID-19 медработников к числу всех умерших

работников были симптомы эмоционального выгорания, а у 2,5% возникли суицидальные мысли. Наиболее уязвимыми были молодые женщины и средний медперсонал, а наиболее защищёнными – работающие в Москве и Санкт-Петербурге мужчины. Выгорание характеризуется эмоциональным и энергетическим истощением, дегуманизацией (чувством отстранённости и цинизмом на работе) и снижением профессиональной эффективности. В результате развиваются депрессия и реактивные психозы. В качестве первоочередных профилактических мер рекомендованы скорейшая вакцинация медработников и выявление лиц из группы риска с помощью валидных шкал-опросников.

Профессор Марина Артемьева (Российский университет дружбы народов, Москва) проанализировала данные о психических расстройствах при COVID-19. У выживших наблюдается астения и эйфория, расстройства пищевого поведения (анорексия, булимия, компульсивное переедание, синдром ночной еды). Описаны постковидные психозы. Удивляют рекомендации Минздрава использовать для диагностики психозов шкалу комы Глазго.

Главный психиатр Санкт-Петербурга член-корреспондент РАН Александр Софронов отметил, что психически больные люди наиболее уязвимы для инфекционных заболеваний. В городе имеется 5 тыс. психиатрических коек и еще 6 тыс. – в психоневрологических интернатах. В апреле 2020 г. – перестроена работа психоневрологических диспансеров, большинство больных стали получать помощь на дому, началось дистанционное консультирование специалистов в перепрофилированных многопрофильных стационарах, куда поступали душевнобольные. В апреле и мае 2020 г. ряд отделений психиатрических больниц Санкт-Петербурга был перепрофилирован под лечение больных с COVID-19.

Хождение по тестам

В государственной системе здравоохранения ощущается постоянная нехватка психиатров. Более 40% ставок вакантны. Почему студенты не хотят идти в психиатрию? Ольга Задорожная (Санкт-Петербург) представила исследование психики 290 студентов-медиков первых и шестых курсов в Санкт-Петербурге и Омске.

того статуса, что было раньше»). По мнению докладчика, преподаватели должны искать новые подходы для формирования ценностных ориентаций студентов. Студентам нужен куратор, способный их понять и мягко мотивировать.

Профессор Андрей Шмилович (РНИМУ им. Н.И.Пирогова) отметил, что из 900 студентов, поступающих на лечебный факультет в его вузе, получают врачебные дипломы только 400. Большинство отсеивается на первых курсах. Сегодняшний российский студент – это «человек, прошедший через психотравмирующие жернова ЕГЭ, с ускорением развития когнитивных функций и задержкой развития аффективной сферы и коммуникативных навыков, вступающий в крайне сложные отношения с преподавателями». Его психическое здоровье характеризуется высоким уровнем невротизации, злоупотреблением психостимуляторами, широким распространением аддиктивного, суицидального и аутодеструктивного поведения. Наблюдается феномен «тестовой интоксикации», приводящий к когнитивному параличу на старших курсах (блестящие знания учебников и тестов и беспомощность у постели больного).

Для экстренного исправления сложившейся ситуации предлагается: включение в обязательную программу первого курса лекций и семинаров психопрофилактической направленности, организация анонимной и бесплатной студенческой психотерапевтической поликлиники, психологические тренинги по повышению стрессоустойчивости в период сессий, Балентовские группы для преподавателей, телефон доверия для студентов, устранение определяющей роли тестов в итоговой экзаменационной оценке, снижение числа экзаменационных вопросов, требующих механического запоминания рутинной информации, развитие медицинской логики и клинического мышления, развитие студенческой науки.

На студенческий кружок кафедры психиатрии ходит 50-70 студентов, но психиатрами затем почти никто из них не становится. Как отмечено в проекте резолюции съезда, «сокращение первичной сети противоречит здравому смыслу и во многом обусловлено кадровым дефицитом». Число врачей-психиатров уменьшилось с 2012 по 2020 г. на 9,5%, психотерапевтов – на 24,2%, коечный фонд психиатрической службы сократился на 16,4%, число мест в лечебно-трудовых мастерских – на 57,1%, а количество работающих в них пациентов – на 75,4%. Число психоневрологических диспансеров уменьшилось на 28%, а медицинских организаций, имеющих психотерапевтические кабинеты – на 28,6%.

**Болеслав ЛИХТЕРМАН,
корр. «МГ».**

Санкт-Петербург – Москва.

– Антонина, как вас вообще «занесло» в эту тему? Общение с антипрививочниками по доброй воле – дело не только неблагодарное, но и небезопасное для психики: они ведь склонны к словесной агрессии.

– Как биолог по образованию, я всегда была убеждена в том, что вакцинопрофилактика инфекционных заболеваний – одно из важнейших достижений мировой медицины. И в моём личном окружении антипрививочников не было до тех пор, пока во время беременности я не начала ходить на курсы для будущих мам. Сразу оговорюсь, что эти курсы были не при женской консультации и вообще система здравоохранения к их организации не имеет отношения. Но в этом, кстати, и заключается одна из больших ошибок государства: нет контроля содержания информации, которую преподносят организаторы таких «школ» для молодых родителей.

Именно на этих курсах я впервые узнала, что такое активная антипропаганда прививок. Какой только чудовищной дезинформации нам ни преподносили: что все прививки очень опасны для ребёнка, потому что они ведут к ртутному отравлению, вызывают аутизм и онкологические заболевания. Именно в тот момент я поняла, что надо с этим тиражируемым мракобесием что-то делать. Если у меня, как человека с биологическим образованием и опытом работы в науке, есть определённое представление о работе иммунитета и действии вакцин, то у многих людей вообще никаких знаний нет, они – удобная мишень для антипрививочников.

Так появилась идея заняться просветительской работой, а именно – консолидировать достоверную, научно обоснованную информацию о вакцинопрофилактике, изложенную на понятном языке, в электронной библиотеке на одном интернет-ресурсе. Кто захочет – тот зайдёт и прочтёт. И, как оказалось, спрос на эту информацию чрезвычайно высок. В документах Минздрава и Роспотребнадзора, которые написаны канцеляритом и рассыпаны по разным разделам, простой человек разобраться не сможет при всём желании. В это трудно поверить, но, как показал наш опыт общения с людьми, даже у врачей, не говоря уже о пациентах, есть проблемы с точной интерпретацией нормативных актов.

Очень часто врачи говорят про излишнюю нагрузку вакцин на иммунитет, советуют не прививать младенцев, а подождать до 3 лет, легко дают медотводы от прививок. Разумеется, человек, который услышал от врача, что вакцинация – дело сомнительное, идёт в интернет и набирает в поисковике не «польза от прививок», а «вред от прививок», после чего погружается в жуткий мир псевдонаучных утверждений и откровенных мифов.

– За 3 года вашей работы по информационному обеспечению темы «вакцинопрофилактика» Минздрава России, Роспотребнадзора, Госдума проявила к вам какой-то интерес, предложили сотрудничество?

– Все три указанных структуры по одному разу пригласили нас на свои мероприятия, и этим всё закончилось. Мы пытались обозначить проблемы, существующие в сфере информационного сопровождения вакцинопрофилактики, предлагали объединить усилия. Но от всех этих встреч и разговоров оставалось ощущение, что мы – студенты, которые мешают деканату работать.

Вот конкретный пример. Когда в феврале 2020 г. в открытом доступе был размещён проект изменений в Национальный календарь прививок, мы тоже написали свои предложения, подкрепили



Биолог Антонина ОБЛАСОВА окончила Санкт-Петербургский государственный университет, является специалистом по промышленным биотехнологиям. С 2018 г. начала вести в соцсетях свой личный блог о вакцинах и вакцинации. Затем вместе ещё с двумя такими же равнодушными коллегами они создали автономную некоммерческую организацию по поддержке вакцинопрофилактики «Коллективный иммунитет». Втроём (!) эти молодые люди выполняют огромный объём просветительской работы, не имея ни государственного финансирования, ни моральной поддержки со стороны Минздрава России, Минобрнауки, Роспотребнадзора, Российской академии наук – всех тех ведомств, за которые, по большому счёту, общественники делают их дело.

Главный итог трёхлетней работы заключается, пожалуй, в том, что накоплен большой массив информации, объясняющей природу антивакцинаторства как явления, и позволяющий грамотно выстраивать стратегию противостояния этому явлению. Беда лишь в том, что такая аналитика не интересует тех, от кого зависит принятие законодательных и управленческих государственных решений.

Ситуация

Ни заставить, ни уговорить

Антипрививочники против коллективного иммунитета. Что делать?

их подписями нескольких десятков врачей и отправили на федеральный портал проектов нормативных правовых актов. После этого с немалыми усилиями нам удалось попасть в Минздрав России на совещание, где за столом сидели ведущие иммунологи, эпидемиологи, вакцинологи, педиатры. Озвучив экспертам суть наших предложений, мы увидели их нежелание в принципе что-либо менять: дескать, никому это не нужно, и вообще прописать на официальных государственных сайтах всё до мелочей о вакцинопрофилактике, дать ответы на все возможные вопросы нереально.

Последнее утверждение – это даже не заблуждение, а ошибка. Если зайти на официальные интернет-ресурсы регуляторов здравоохранения США, Великобритании, Германии, Австралии, там можно найти ответы на любые вопросы о вакцинации.

В профильном комитете Госдумы нам тоже дали понять, что сами всё знают про проблему антипрививочников. Вот только никаких конкретных планов действия законодателей и никаких результатов этих действий до сих пор не видно. У меня сложилось впечатление, что у депутатов в принципе нет чёткой позиции по тому, как повысить доверие общества к вакцинации.

Между тем, ещё пару лет назад, выступая на парламентских слушаниях в Госдуме, мы высказали абсолютно чёткое предложение – устранить в правовых актах противоречия и возможность двоякого толкования одной и той же нормы, которую медработники трактуют в свою пользу, антивакцинаторы – в свою. Например, о допуске в школу детей, не обследованных на туберкулёз.

Другое рациональное предложение, которое, кстати, высказывают и представители антивакцинального движения, – увеличить компенсационную выплату за серьёзное осложнение, возникшее вследствие прививки и приведшее к стойкой утрате здоровья. Нынешний размер выплаты действительно неадекватен причинённому вреду.

– Какие ещё расхождения вы обнаружили в разных правовых актах, касающихся вакцинопрофилактики?

– Есть Национальный календарь прививок, куда не входит менингококковая инфекция, и есть СанПиН, в котором сказано, что все дети до 5 лет являются группой риска по заболеванию менингококковой инфекцией и должны подлежать вакцинации в межэпидемический период. СанПиН имеет статус документа, который обязателен к исполнению, но государство не выделяет деньги на защиту детей в возрасте до 5 лет от этой опасной инфекции. Родители недоумевают, почему в детской поликлинике ребёнку не делают прививку против менингококка, а врачи вынуждены им объяснять, что это не их вина, а недоработка государства. Разумеется, это не способствует росту доверия к вакцинопрофилактике.

Что касается компенсационных выплат за серьёзные поствакцинальные осложнения, здесь, прежде всего, необходимо обеспечить объективное расследование каждого такого случая. Иначе мы тоже даём антивакцинаторам дополнительные аргументы в пользу их идеологии, а также повод для идеиничества и необоснованного назначения пособий.

– По-вашему, на чём нужно сфокусировать внимание в первую очередь: на устранении противоречий в нормативной базе или на просветительской деятельности в пользу вакцинации?

– И на том, и на другом. Не менее важно разработать и утвердить на уровне Минздрава России клинические рекомендации по вакцинопрофилактике. Это даст в руки медработников чёткий инструмент действий на все случаи жизни: как правильно прививать детей; что делать, если случайно ввели неполную дозу препарата или, наоборот, больше, чем нужно; как строить график догоняющей вакцинации; как прививать людей с определёнными состояниями и хроническими заболеваниями и т.д. Во многих развитых странах

есть общие рекомендации по вакцинопрофилактике, которыми в своей работе руководствуются врачи разных специальностей и медицинские сёстры.

В России таких рекомендаций нет и, более того, по формальной причине они даже не могут быть разработаны. Федеральный закон № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» предусматривает создание клинических рекомендаций (КР), в том числе по профилактике заболеваний. Однако типовая форма КР, которая определена Приказом Минздрава России № 103н от 28.02.2019, не предусматривает возможности создания клинических рекомендаций по вакцинопрофилактике: данная форма обязывает кодировать рекомендации по МКБ-10, в которую не вписывается общая вакцинопрофилактика.

Вот такое противоречие в нормативных актах создали сами законодатели и министерство. Чтобы его преодолеть, достаточно издать новый приказ Минздрава с типовой формой КР, которая давала бы возможность разработать клинические рекомендации по вакцинопрофилактике. И чем скорее это сделать, тем лучше. Мы же видим, как отразилось недоверие к прививкам на поведении россиян в период пандемии COVID-19.

Антипрививочное движение становится громче и организованнее. Самое неприятное, что в его рядах немало людей с медицинскими дипломами и учёными степенями, которые охотно дают интервью и размещают на своих страницах в социальных сетях информацию, где откровенно подтверждают сомнению необходимость и безопасность вакцинации против COVID-19. Никакой реакции осуждения со стороны Минздрава, РАН, врачебных ассоциаций на такие публикации нет.

– Существование антипрививочников в среде медработников – вообще нонсенс. Это – то же самое, как допускать работать в хирургии человека, который отрицает правила асептики и антисептики.

– Ситуация действительно неприятная и, я бы даже сказала, тревожная. Согласно опросу Левада-Центра, 23% российских врачей не собираются прививаться против COVID-19, а 8% медиков против вакцинации в целом. 57% врачей убеждены, что коронавирус был создан искусственно и является новой формой биологического оружия. Чего же мы хотим от остальной части населения?!

Опрос, который я сама проводила среди медработников в 2019 г., показал: треть врачей встречались в вузе с преподавателем-антипрививочником. В некоторых ведущих медицинских учебных заведениях страны и сегодня работают профессора, крайне негативно относящиеся к вакцинации.

– Вы пришли к выводу, что пытаться переубедить антипрививочников – дело безнадежное, правильнее идти по пути популяризации вакцинопрофилактики. Почему?

– Люди отказываются от вакцинации по разным причинам. Но абсолютное большинство из них когда-то были колеблющимися и сомневающимися, до тех пор, пока не попытались найти какую-то информацию о прививках. Позитивную не нашли, зато в негативной увязли с головой.

О чём это говорит? О том, что в объёме информации о прививках, которая размещена в открытом доступе, превалирует негативная недостоверная или искажённая. Минздрав, Роспотребнадзор, Минобрнауки, РАН не прилагают необходимых усилий к тому, чтобы объём достоверной, основанной на доказательствах информации преобладал и главное – чтобы именно такая информация отображалась в первых строках ответов на поисковые запросы. Для этого достаточно пользоваться известными приёмами интернет-продвижения.

Не менее важно изменить тональность материалов о пользе вакцинопрофилактики с агитационно-пропагандистской, которая сразу вызывает отторжение, на просветительскую. В этом случае вы человека не принуждаете сделать так, как вы считаете нужным, а даёте ему набор информации, на основании которой он сам придёт к выводу о том, что прививка – это защита, а не опасность, и что никаких микрочипов в вакцине нет.

– По-вашему, имеет ли смысл регулировать распространение информации о вреде вакцинопрофилактики, вводить запрет на распространение такой информации, блокировать сайты, штрафовать?

– Я думаю, даже если это сделать, оно не будет работать. Строгость российских законов, как известно, компенсируется необязательностью их исполнения. К тому же потребуются создать некий экспертный совет, который должен очень оперативно рассматривать каждую из многочисленных публикаций в сети или в СМИ на предмет достоверности или недостоверности информации о прививках. Можно ли это организовать? Сомневаюсь.

Мы стали заложниками ситуации, когда свобода слова и отсутствие ответственности за содержание сказанного угрожают безопасности населения, в данном случае, безопасности эпидемиологической. С позиции государства самым простым, дешёвым и эффективным способом прекратить распространение антипрививочных материалов было бы отключение интернета. Но, поскольку это нереально, придётся работать в медийном пространстве в противовес антипрививочникам. Мы не за санкции и наказания, мы – за просвещение.

Елена БУШ,
обозреватель «МГ».

Курский базовый медицинский колледж – одно из старейших образовательных учреждений области с более чем 120-летней историей. За этот период здесь подготовлено более 25 тыс. специалистов среднего звена и младшего медицинского персонала. Колледж славится не только своими выпускниками, но и достижениями нынешних студентов и преподавателей.

Постоянное совершенствование медицинских технологий, организация и информатизация здравоохранения не снижают своих требований к уровню подготовки выпускников профессиональных образовательных организаций.

Сегодня колледж – это динамично развивающееся инновационное образовательное учреждение, которое в своей работе движется в параллели с системой здравоохранения области. Наряду с программами подготовки среднего медицинского персонала, здесь реализуются программы профессионального обучения и дополнительного профессионального образования. С учё-

Наша коллегия

По программе инновационного развития

Так сегодня выстраивается приоритет в медицинском колледже Курска

Так, преподавателями колледжа поддержана инициатива руководителя колледжа Валентины Игнатенко по проведению конкурса видеороликов по выполнению практических манипуляций. Это позволило обновить и расширить банк видеоматериала профессиональных модулей, использование которого представляется исключительно перспективным в образовательном процессе.

Комфортная рабочая атмосфера в коллективе позволяет оперативно реагировать на любые вызовы окружающей и внутренней среды, в том числе оптимизируя формы и методы обучения.



В.Игнатенко

ториях, приобретены компьютеры в кабинеты практической подготовки, обеспечено функционирование образовательной платформы Дом.ги и др.

Под руководством В.Игнатенко разработана инновационная программа развития колледжа, в которой предусмотрено в том числе формирование социокультурной среды, обеспечивающей развитие воспитательного компонента образовательного процесса. Важными составляющими являются развитие студенческого самоуправления, волонёрское движение, участие студентов в работе творческих коллективов, спортивных клубов, общественных организаций. Спортивные секции по волейболу, баскетболу, теннису, ансамбль на-

понимание и уважение друг к другу.

Колледжем разработан и успешно реализуется план мероприятий, направленных на повышение уровня учебно-профессиональной мотивации обучающихся. В числе таких мероприятий конкурсы профессионального мастерства, олимпиады, научно-практические конференции, мастер-классы, участие в движении WorldSkills Russia, в чемпионате профессионального мастерства среди людей с инвалидностью «Абилимпикс» и др.

Проводимые совместные мероприятия студентов и преподавателей повышают уровень учебно-профессиональной мотивации обучающихся, престиж специальностей медицинских работников среднего звена и младшего медицинского персонала, способствуют формированию здорового образа жизни всех участников образовательного процесса, содействуют сплочению и устойчивости коллектива.

Сотрудники и студенты принимают активное участие в спортивных меро-

фотоконкурсе «Профсоюз в действии».

Многогранная деятельность колледжа не остаётся без внимания и поддержки областной организации профсоюза. Головному учреждению и филиалам колледжа подарены современные многофункциональные устройства и компьютеры, а студенты, принимающие активное участие в профсоюзной работе и имеющие высокие показатели в учёбе, ежегодно становятся профсоюзными стипендиатами.



Губернатор Р.Старовойт (слева) с семьёй Гладковых после награждения

том пожелания работодателей и обучающихся реализация дополнительных профессиональных программ (повышение квалификации) с использованием электронного обучения, дистанционных технологий и стажировок даёт возможность не отрывать на длительное время работников от основной работы, что отвечает современным тенденциям в организации непрерывного профессионального образования.

Пандемия 2020 г., вызванная новой коронавирусной инфекцией COVID-19, а также введённые ограничительные меры, повлекли за собой масштабное и активное внедрение новых технологий в образовательный процесс. Для обеспечения качества дистанционного обучения в колледже усовершенствована информационная образовательная среда: обновлены компьютерные классы, видеосистемы в учебных ауди-



Манипуляцию выполняет Л.Обухова



Конкурс профессионального мастерства



О.Мезенцева с наградой

родной песни «Куряночка», хореографическая студия, кружки фото- и видеосъёмки, участие в работе первичной организации профсоюза студентов – это только часть той общественной нагрузки, которая позволяет не только развивать физическую и творческую активность студентов, но и формировать внутреннюю дисциплину, ответственность, взаимо-

приятных не только колледжа, но и организуемых профсоюзами области и Курской областной организацией профсоюза работников здравоохранения РФ. Наши участники неоднократно занимали призовые места в профсоюзном лыжном кроссе, Спартакиаде работников здравоохранения. Не является исключением и участие в традиционном

Период пандемии подтвердил актуальность и значимость волонёрского движения. За это время волонтеры колледжа работали в лечебно-профилактических учреждениях области, оказывали и продолжают оказывать помощь маломобильным гражданам. К волонёрскому движению активно привлекаются и родители обучающихся. Студентка колледжа Анна Гладкова как организатор семейного волонёрства награждена медалью «За бескорыстный вклад в организацию Общероссийской акции взаимопомощи «Мы вместе».

Активная гражданская позиция молодёжи, профессионализм и неравнодушие сотрудников, поддержка и внимание со стороны общественных организаций являются фундаментом для непрерывного поступательного развития образовательной организации, позволяет колледжу выпускать квалифицированных специалистов с высоким уровнем профессиональной мотивации.

Светлана ОХОТНИКОВА,
председатель Курской областной
организации профсоюза работников
здравоохранения РФ.

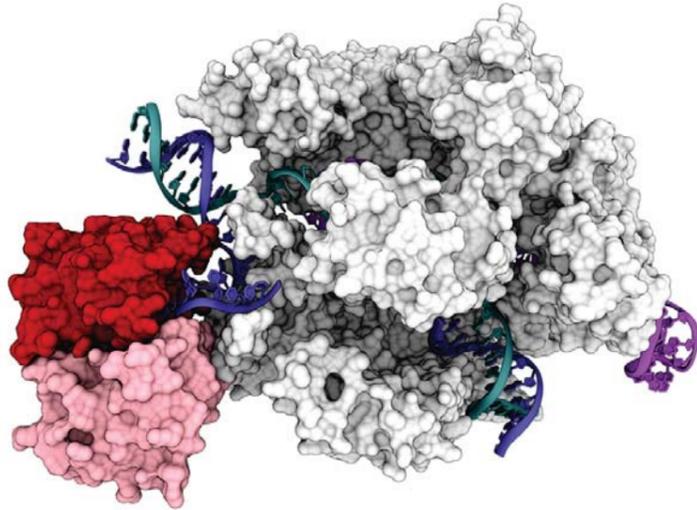
Известны два случая валиновой замены, то есть замены на аминокислоту валин, вызывающей в одном случае серповидно-клеточную анемию (СКА), а в другом – клеточное разрастание. В первом случае замена на валин происходит в бета-цепи гемоглобина, в результате чего красные кровяные клетки (эритроциты) обретают форму лунного серпика, откуда и название анемии. Во втором случае фермент Ras, в молекуле которого случилась валиновая замена, теряет способность сдерживать клеточные деления, и у крыс возникает саркома (Ras – Rat sarcoma).

Задолго до прочтения первого генома стало понятно, что лечить некоторые заболевания можно путём замены мутантного гена нормальным, для чего его нужно внести в клеточные мишени с помощью того или иного вектора, например, «безобидного» вируса, у которого отключили воспроизведение-репликацию. В качестве вектора можно использовать простудный аденовирус, инфицирующий клеточные железки-адены, откуда его название.

Аденовирусы используются в качестве векторов, переносящих РНК, кодирующую «ковидные» шпильки-спайки, в результате чего у вакцинированных людей образуются защитные, или нейтрализующие антитела. Ген спайки можно перенести и с помощью жировых – липидных – наночастиц, также используемых в качестве вакцины. Но один из первых примеров ген-терапии СКА случился задолго до появления липидных частиц и дал положительный результат. Однако в феврале 2021 г. компания, осуществившая перенос

Исследования

Редакторская правка



Комплекс редактирования отдельных оснований с голубым ферментом дезаминазой (вверху), красным репаративным белком R и мутантным C, который удаляется со вставкой на его место G, результатом чего становится исправление гена с G

гена бета-глобина (одной из двух цепей гемоглобина эритроцитов), вынуждена была приостановить клинические испытания в связи с тем, что у человека, излеченного от СКА 5 лет назад, развилась острая миелоидная лейкемия. Лишь через месяц компания сообщила о возобновлении испытания, так как проверка показала низкую вероятность (very unlikely) связи переноса гена с развитием

процесса. Одна из версий случившегося связана, возможно, с тем, что векторный ген «приземлился» в области, как-то регулирующей активность окружающих генов, другая с мутациями в других генах пациента. Можно напомнить, что ген бета-глобина локализован в коротком плече 11-й хромосомы «в соседстве» с Ras, и мутации в обоих приводят к валиновой замене в их протеинах.

ния учёные добавили фермент дезаминазу, который отщепляет аминокислотную группу –NH₂ (её наличие определяет аминокислоты белков). Редакторский комплекс связывается с ДНК мутантного гена, после чего происходит удаление C и «вставка»-инсерция G. Финальным аккордом становится участие энзима репарации ДНК, результатом чего становится исправленный ген. Тем самым осуществлен «обход» молекулярного запрета прямой конверсии мутантного основания в нормальное, или получение редактора C – G основания. Интерес к этому замещению связан с тем, что мутантный протеин, синтезируемый после C-замены определяет развитие кистозного фиброза, жертвы которого живут 30-35 лет. И таких жертв намного больше, нежели людей с СКА.

Необычный способ редактирования генов в клетках кожи предложили специалисты Чжэцзянского университета. Комплекс редактирования в полимерных наночастицах помещается в полые микроиглы наклейки-патча, стенки которых после погружения в кожу «съедаются» клеточными ферментами. Пока ген-редактирование создано для подавления аутоиммунного воспаления кожи (атопический дерматит) и лечения псориаза благодаря «исправлению ошибок» в генах Т-лимфоцитов, запускающих аномальную воспалительную реакцию. Теперь нужно ждать начала клинических испытаний с участием квалифицированных дерматологов. К этому можно добавить редактирование натриевого канала болевых нейронов спинного мозга, с помощью которого в Калифорнийском университете (США) получили долговременную аналгезию.

Взгляд

Мы привычно повторяем, что человек обрёл или потерял сознание, не задумываясь над тем, что учёные веками бьются над вопросом, что же это такое. Ещё не так давно считалось, что это «продукт» исключительно мозговой коры, и утеря активности её нейронов приводит к вегетативному состоянию, когда мозг «обеспечивает» лишь поддержание вегетативных функций («вегетатики»

– дыхания, сердцебиения и пищеварения). Но приход новой исследовательской техники показал, что за сознание отвечают и подкорковые структуры, например, латеральный-боковой отдел зрительного бугра (таламуса), что возможно проследить и у тех же мышей. На них и проводили свои опыты сотрудники Центра молекулярной нейробиологии в Гамбурге.

В глубины сознания

Известно, что нервная активность определяется нейромедиаторами, или трансмиттерами, осуществляющими трансмиссию сигналов через синапсы, представляющие собой точки «синаптической» соединения двух и более нейронов. При этом импульс одной нервной клетки приходит к синапсу в виде везикул, содержимое которых представляет собой возбуждающий агент в виде глутаминовой аминокислоты (Глу) или тормозящей гамма-аминомасляной (ГАМК). Медиатор выделяется в синаптическую щель, на противоположном краю которой «сидят» белковые рецепторы Глу и ГАМК, рецептирующие-«связывающие» своё вещество, после чего уходят-интернализируются в цитоплазму нейрона. Сотрудники Киотского и Нагойского университетов смогли проследить трафик рецепторов, лежащих в основе синаптической пластичности, или адаптации нервных клеток к разным условиям, например, при облучении и формировании памяти. Авторы полагают, что детальная картина этого процесса крайне важна для понимания как физиологических (память и обучение, возбуждение и торможение), так и патофизиологических состояний. Можно напомнить, что в активации генов двух видов рецепторов большую роль играет дофамин, нехватка которого ведёт к гибели моторных нейронов подкоры при паркинсонизме.

Исследователей было сконцентрировано на одном из участков древней коры, отличающейся тем, что та имеет всего три слоя вместо стандартных 6-7 в новой коре. Речь идёт об извилине морского конька, или гиппокампе, лежащей на основании височной доли, в составе которой можно видеть так называемый Аммонов рог (CA – Cornu Ammoni, первый его участок обозначается CA1). Гиппокамп известен как структура формирования памяти, которая нарушается после удаления (на что нейрохирурги идут при эпилепсии), а также разного рода воздействий, например, алкогольного. В Гамбурге пришли к выводу, что известные анестетики, применяемые при общем наркозе, «фрагментируют» гиппокампальную нейросеть, тем самым нарушая такой важный процесс как закрепление памяти.

Нейробиологи центра использовали в экспериментах с мышами изофлуран, кетамин и фентанил, проверяя каждый раз как эти анестезирующие средства действуют на нейроны CA1. При этом выяснилось, что кетамин и фентанил максимально нарушают консолидацию памяти, в то время как изофлуран подобного действия не имеет (РВ). Все три средства, применяемые для общего наркоза, влияют на нейронную активность, наблюдаемую во сне: изофлуран её практически не менял, а после двух других она довольно быстро восстанавливалась. Для

получения достоверной картины учёные использовали не только электрофизиологию, но и видимую динамику поступления в клетки ионов кальция. Известно, что поступление кальция в нервные клетки отражает их возбуждение, которое подавляет кетамин (фентанил действовал кратковременно). Первый нарушал синаптическую стабильность, на что указывало снижение поступления кальция.

Действие анестетиков различалось и по времени восстановления сознания (RT – Recovery Time). Оно составляло менее часа после изофлурана и около шести часов для двух других. Изофлуран не только меньше всего нарушал активность, которая характерна для сна, но и память, поскольку мыши быстро «вспоминали» то, чему научились перед опытом. Учёные пишут, что были удивлены существенными последствиями различий применения 3 анестетиков, которые вроде бы одинаково «отключают» сознание и болевую чувствительность. Авторы сконцентрировались на гиппокампе, так как он имеет довольно простое строение (по сравнению с корой других участков мозга) и в то же время лучше всего изучен с самых разных точек зрения. Именно поэтому изменения его нейросетей проще и яснее, нежели таковых неокортекса. Всё это может сослужить хорошую службу при разработке новых анестетиков-обезболивающих, меньше воздействующих на мозг и не вызывающих развития зависимостей.

Выводы

Вакцина против палочки

Антибиотики подавляют не только микробы – хорошие и патогенные, – но и клетки в глубине кишечных ворсин (криптах), считающихся «охранителями» клеток слизистой (энтероциты). Подавление этих клеток у мышей приводит к тому, что токсоплазма получает доступ к энтероцитам, что вызывает сильное воспаление.

своих жертв. Подавление активности кардиолипина ведёт к «уходу» ЛПС во внутреннюю мембрану E.coli и стабилизацию воспалительного процесса. Кишечная палочка по мнению онкологов Института им. Роберта Коха в берлинской клинике Шарите может оказывать на клетки слизистой кишечника генотоксическое действие, вызывая тем самым колоректальный рак. Мутантные E.coli синтезируют белок колибактин, название которого говорит само за себя, и с его помощью оказывают патогенное действие на клеточные гены, в том числе и те, что кодируют белки ростовых факторов. Последние в свою очередь подстегивают деление клеток, в результате чего по данным немецких патологов 2/3 пациентов с колоректальными опухолями являются носителями кишечной палочки, синтезирующей колибактин.

В норме может мутировать и безобидная кишечная палочка E.coli, что приводит к энтероколиту. Молекулярная биология дала в распоряжение учёных мишени для разработки антимикробных вакцин. Один из успешных примеров привёл недавно журнал PNAS, авторы которого из университета Северной Каролины дали описание белка Fim. Он необходим для образования «бахромки» кишечных палочек, и одним из концов подобно «копью»-пилюсу пробивает мембрану клетки слизистой, что приводит к её гибели. Разработка экспериментальной вакцины стала следствием более ранней работы сотрудников Швейцарской высшей технической школы Цюриха и, как считают авторы, особенно важна на фоне всё возрастающей резистентности к антибиотикам.

Одним из факторов её развития является по мнению микробиологов Университета штата Джорджия в городе Афины кардиолипин, представляющий собой протеин, участвующий в транспорте липополисахарида (ЛПС) в наружную оболочку E.coli. ЛПС является основным бактериальным антигеном, и с его помощью микробы атакуют клетки

Механизм озлокачествления клеток слизистой кишечника авторы подтвердили на примере органоидов, выращенных из стволовых клеток кишечника. Уже после трех часов инфицирования органоидов мутантной E.coli в органоидах слизистой нарастают изменения, которые характерны для опухолевых клеток, и в частности резко увеличивается активность гена эмбрионального развития (Wnt). Повышенная его активность приводит к рождению мышат с мозгом, который в 2-3 раза больше нормального. Вполне возможно, что создателям будущих противораковых вакцин следует обратить внимание и на малигнизирующую клетки слизистой кишечника кишечную палочку.

Подготовил Игорь ЛАЛЯНИЦ,
кандидат биологических наук.

По материалам Nature, Science Translational Medicine, Scientist, Cell Host & Microbe, Nature, Nature Communications, PNAS, PLOS Bi.

О бессмертии человечество мечтает с давних времен. Кремниевая долина вкладывает деньги в проекты, обещающие нашему брэнному телу сотни лет жизни с такой уверенностью, как будто речь идёт об обновлении операционной системы в смартфоне. Но учёные выяснили: у человека есть потолок долголетия. А вот сколько лет они нам накоуovali и почему больше 150 лет нельзя?

В Кремниевой долине бессмертие иногда возводится в ранг овеществлённой цели. Учёные сейчас ищут ответ на вопрос о том, сколько мы можем прожить, если по счастливой случайности либо в силу своих генетических особенностей не умрём от рака, сердечно-сосудистых заболеваний и не попадем под автобус. Они говорят, что если не принимать во внимание то, что обычно нас убивает, способность нашего организма восстанавливать равновесие своих многочисленных структурных и метаболических систем после тех или иных нарушений со временем всё равно снижается. И даже если в нашей жизни мало стрессов, такое постепенное угасание всё равно устанавливает предельное долголетие человека, составляющее от 120 до 150 лет. В конце, если жизнь у нас не отнимут обычные опасности и факторы риска, это сделает утрата способности к восстановлению жизненных функций. К такому выводу пришли учёные, опубликовавшие свою работу в мае в научном журнале Nature Communications.

«Они задают вопрос о том, сколько лет максимально может прожить сложная человеческая система, если всё остальное будет хорошо, а жить эта система будет в свободной от стрессов среде», – говорит не принимавшая участия в этом исследовании Хезер Уитсон, директор Центра изучения старения и развития человека при Университете Дьюка. Результаты работы этого коллектива указывают на наличие «темпов старения», которые накладывают ограничения на продолжительность жизни, объясняет она.

В рамках исследования Тимоти Пыркков из сингапурской компании Gero вместе с коллегами проанализировал эти «темпы старения» в трех крупных когортах людей из США, Великобритании и России. Чтобы оценить отклонения от стабильного состояния здоровья,

Жизнь как она есть

Жёсткий верхний предел

У человека существует потолок долголетия

они провели анализ изменений количества эритроцитов и посчитали количество шагов, которые ежедневно делали их подопечные, поделив их на возрастные группы.

Измерив количество красных кровяных телец и количество шагов, учёные обнаружили, что у нашей продолжительности жизни есть жесткий верхний предел. И по количеству красных кровяных телец, и по количеству шагов закономерности оказались одинаковыми. По мере старения человека некоторые факторы, не относящиеся к болезням, способствовали предсказуемому и постепенному снижению способности организма восстанавливать клетки крови и возвращаться в устойчивое состояние после нарушения. Когда Пыркков с коллегами из Москвы и Буффало, штат Нью-Йорк, использовал эти предсказуемые темпы увядания, чтобы определить, когда способность к восстановлению исчезнет полностью, и всё закончится смертью, они вышли на показатель 120-150 лет.

Учёные также выяснили, что с возрастом усиливается реакция организма на травмы, всё больше отдаляясь от устойчивой нормы, и человеку нужно больше времени на восстановление. Уитсон говорит, что такой результат вполне логичен. Здоровый молодой человек демонстрирует быструю физиологическую реакцию, приспосабливается к отклонениям и восстанавливается до своего личного нормального состояния. Но когда человек стареет, «все немного ослабевает, реакции замедляются, и могут возникать выходы за привычные показатели», скажем, когда из-за болезни возникают серьёзные скачки кровяного давления.

Но у измерений кровяного давления и эритроцитов есть известные параметры, считающиеся нормой, отмечает Уитсон. А вот подсчёт шагов – здесь многое зависит от человека, и параметры могут сильно различаться. Пыркков



с коллегами выбрал переменную, которая очень сильно отличается от подсчета кровяных телец, но все равно пришел к выводу о том же упадке сил со временем. Это говорит о том, что реальные темпы старения определяются более постоянными факторами.

Соавтор исследования Питер Федичев, являющийся физиком и соучредителем Gero, говорит, что хотя большинство биологов считает счет эритроцитов и шагов «очень разными показателями», оба источника рисуют нам «одно и то же будущее». А это говорит о том, что темпы старения являются вполне реальным компонентом.

Авторы указывают на социальные факторы, отражающие их выводы. «Мы обнаружили резкое изменение в возрасте 35-40 лет, что было весьма неожиданно»,

– говорит Пыркков. В качестве примера он приводит то обстоятельство, что зачастую именно в этом возрасте атлет заканчивает свою спортивную карьеру. «Это даёт указание на то, что в данном возрасте происходят какие-то физиологические изменения», – отмечает он.

Наверное, желание раскрыть тайны бессмертия существует столько же времени, сколько человек понимает, что умрет. Но долголетие это не то же самое, что долгая и здоровая жизнь, говорит преподаватель эпидемиологии и биостатистики профессор С.Джей Ольшанский, работающий в Университете штата Иллинойс в Чикаго и не принимавший участия в исследовании. «Заниматься надо не продлением жизни, а продлением здоровой жизни», – подчёркивает он.

«Значение имеет не только смерть, – говорит Уитсон. – Такие вещи, как качество жизни, приобретают всё большее значение, когда человек этого лишается». По её словам, смоделированная в исследовании смерть – это затяжная смерть. Вопрос в другом. Можем ли мы продлить человеку жизнь, не продлевая ту её часть, когда человек дряхлеет и становится немощным?

«Интересно было бы посмотреть окончательный вывод ученых», – говорит Ольшанский. Он характеризует его следующим образом: «Можно догадаться, что лечение болезней не произведёт того эффекта, какой мы хотим. Эти фундаментальные биологические процессы старения сохраняются».

Идея замедлить процесс старения привлекает не только представителю Кремниевой долины, которые мечтают загрузить свою память в компьютер, но и ученых, видящих в таком вмешательстве средство для снижения заболеваемости, чтобы в конце жизни человек реже болел, меньше дряхлел и в целом был здоровее. Вопрос в том, поможет ли это приблизиться к верхнему пределу продолжительности жизни, указанному в Nature Communications. Здесь мы можем только строить предположения. Но некоторые исследования уже начаты. Их цель – ослабить характерные черты старения.

Выводы Федичева и его команды о предельной продолжительности жизни человека ни в коей мере не лишают их оптимизма. Федичев считает, что это исследование положило начало долгому путешествию в науке. «Измерить что-то – это первый шаг, за которым следует вмешательство», – говорит он. Теперь, когда его коллектив измерил темпы старения, следующим шагом должен стать поиск возможностей для «предотвращения упадка жизненных сил и их восстановления».

Ракурс

Предупреждение о возможных побочных эффектах – высокой температуре, головной боли или боли в руке. Через день-два всё это должно пройти. Но о том, что у женщин вдобавок может измениться менструальный цикл, в листовках пока ничего нет. При этом женщины по всему миру стали задаваться вопросом: не могут ли преждевременные, сильные или чересчур болезненные месячные быть результатом прививки.

Побочный эффект или нет?

Когда профессор Кейт Клэнси из Университета американского штата Иллинойс поделилась в «Твиттере» сообщением о том, что после прививки вакциной Moderna у неё случились необычно сильные месячные, она немедленно получила десятки ответов. Женщины подтверждали, что у них был похожий опыт. В результате Клэнси вместе со своей коллегой-учёной Кэтрин Ли запустила опросник, в котором попросила участников поделиться своими наблюдениями.

Мы пока что не знаем, именно ли вакцина вызывает эти изменения, поскольку вопрос конкретно не изучался. Не исключено, что после вакцинации женщины просто внимательнее обычного следили за своим организмом. Или же они могли отнести изменения на счёт прививки, узнав об опыте других.

Однако, как говорит доктор Виктория Мейл, специалист в области репродуктивной иммунологии из Имперского колледжа Лондона, некоторые женщины, у которых уже случилась менопауза, а также те,

кто принимает гормональные препараты, останавливающие месячные, сообщали о кровотечениях. Поэтому доктор Мейл подозревает, что какая-то физическая реакция все же происходит.

И хотя эта связь не доказана, логически можно было предположить, что вакцина вносит изменения в менструальный цикл. При этом для беспокойства поводов нет, подчёркивают специалисты. По их словам, хотя месячные могут быть неожиданными и тяжёлыми, это не свидетельствует о долгосрочном вреде для здоровья.

Связь между вакцинацией и изменениями менструального цикла весьма вероятно, соглашается и Александра Оверн, научный сотрудник из Оксфордского университета. По её словам, период овуляции может измениться из-за воспаления в организме – когда, например, у человека температура. Но вакцины также могут вызвать подобную реакцию организма: иммунная система приходит в боевую готовность и начинает производить антитела и другие клетки для борьбы с заболеванием. Ранее проведённое

исследование показало, как воспаление, вызванное инфекцией, приводит к более болезненным месячным.

Но эти явления не связаны с риском выкидыша, подчёркивает Виктория Мейл. Во время беременности в слизистой матки

происходят другие процессы, в частности, при участии плаценты, которая соединяет плод с матерью.

По словам доктора Мейл, многочисленные данные показывают, что беременные женщины после вакцинации не становились более подвержены риску выкидыша.

По имеющимся данным, вакцина от COVID-19 не увеличивает риск выкидыша, в отличие от самого заболевания.

Зато другие исследования показывают, что инфекционные заболевания, в том числе COVID-19, действительно повышают риск потерять ребёнка или родить раньше срока, отмечает А.Оверн.

Тем не менее, хотя повода для беспокойства нет, доктор Мейл и другие учёные, говорят о необходимости проведения дополнительных исследований влияния вакцинации на менструальный цикл, чтобы люди могли знать, чего им стоит ожидать или опасаться.

«Проблема здесь в том, что вопросам женского здоровья часто не придают должного значения», – отмечает Мейл.

Особый случай

На поправку без осложнений

Во Франции лионские врачи провели операцию по пересадке двух рук вместе с плечами. Феликс Гретарссон – 48-летний исландец потерял верхние конечности в результате несчастного случая на производстве более 20 лет назад. Мужчина работал на высоковольтной линии электропередачи, когда скачок напряжения в 11 тыс. вольт обжёг его руки.

На протяжении 3 месяцев Феликс находился в коме. Хирурги ампутировали ему обе руки и сделали ещё несколько операций, в частности, пересадку печени. Поиски подходящего донора не прекращались все эти годы. И вот, наконец, это произошло.

За это время в подготовку к операции были вовлечены свыше 50 специалистов. В процессе трансплантации участвовали четыре хирургические бригады, это помогло минимизировать время перехода от донора к реципиенту.

Сейчас Ф.Гретарссон идёт на поправку без каких-либо серьёзных осложнений. При этом врачи пока не знают, насколько подвижны окажутся его руки. По словам хирурга Арама Газаряна, если пациент сможет сгибать локоть, это изменит его жизнь.

Подготовила Инга КАТАРИНА.

По материалам Scientific American, Iceland Monitor, BBC.

Всемогущий Майкл Крайтон. Врач, антрополог, писатель, сценарист, режиссёр, продюсер, публицист, популяризатор науки. Мастер на все руки. У него много общего с великими писателями-врачами, его предшественниками и современниками. Подобно Станиславу Лему он не делал медицинскую карьеру, а увлёкся написанием остросюжетных романов и стал отцом-основателем технотриллера. Так же, как и врач Уильям Сомерсет Моэм, он всё же отразил в книгах и фильмах свой опыт на медицинском поприще. Как и доктор Артур Конан Дойл, он писал фантастические произведения о доисторических животных, увлекался спиритизмом и участвовал в спиритических сеансах. По данным статистики, тираж его книг в мире превысил 200 млн экземпляров. По версии журнала People, в 1992 г. он был одним из 50 самых красивых людей США. «Размер таланта Майкла сопоставим с размерами его динозавров в парке Юрского периода. Майкл был доброй душой, выразившей свою яркую сторону в романах. Нет никого, кто бы мог занять его место когда-нибудь», – говорил о нём кинорежиссёр Стивен Спилберг.

Как всё начиналось

Всего перечисленного хватило бы, чтобы как минимум заинтересоваться этой личностью, однако мы не исчерпали и половины талантов Крайтона. Он был ещё и путешественником, экспертом в компьютерной области, основателем соответствующих и фанатом компьютерных игр, страстным коллекционером современного искусства, популяризатором достижений науки, экспериментатором в экстрасенсорике и... мультимиллионером. Аура фантастической удачи всегда и всюду окружала этого человека.

Он появился на свет 23 октября 1942 г. в Чикаго, отцом был журналист Джон Хендерсон Крайтон, а матерью – домохозяйка Зула Миллер Крайтон. Полное имя при рождении – Джон Майкл Крайтон. Информационные источники указывают на то, что отец будущей знаменитости работал в редакции журнала, однако Крайтон-старший был довольно преуспевающим, как сказали бы сейчас, «лоббистом» и долгое время возглавлял Американскую ассоциацию рекламных агентств. У Майкла было две сестры и младший брат. Счастливые детство они провели в милом городке Рослин на Лонг-Айленде. Позднее он напишет, что «... Рослин – словно другой мир. Там не было насилия. Жестокого обращения с детьми. Убийств и страха. Никто не употреблял наркотики. Я много катался на велосипеде, брал уроки игры на фортепиано; такой была моя жизнь – свободной! Все дети любили учиться, поэтому все, кто родом из Рослина, имеют престижное образование». Майкл успешно учится в школе и не менее успешно играет в баскетбольной команде благодаря сноровке и высокому росту. Во взрослом состоянии его рост был 2 м и 6 см! В 14 лет пареньёк совершает запоминающуюся поездку к кратеру вулкана Сансет в штате Аризона (Национальному памятнику природы, основанному в 1930 г.) и с помощью отца публикует путевые заметки об этом путешествии не где-нибудь, а в самой «Нью-Йорк Таймс». Амбициозный подросток, переживающий радость первой публикации в СМИ, планирует стать писателем, знаменитым литератором с мировым именем. Восемнадцатилетний молодой человек в 1960 г. поступает в старейший американский вуз – Гарвардский университет на филологический факультет (отделение английского языка). Университетские преподаватели не особо жалуют его стиль, и студент Крайтон убеждается в том, что они не слишком разбираются в современных текстах, подсунув в качестве собственной домашней работы малоизвестное эссе британ-

сы на...», затем последовала «Первая царапина» (1967) и роман «Лёгкий ход» (1968). В 27 лет Майкл получает степень доктора медицины, работает в Институте биологических исследований Джона Солка в Ла-Холье, однако с медицинской стези уходит, лицензию на право иметь частную практику не получает, поскольку становится профессиональным писателем. К написанию романов и всем упоминаемым в них деталям относится с предельной тщательностью исследователь, выработав фирменный псевдодокументальный стиль, его описания становятся настолько

правду) отвечал на ожидания и страхи социума. После выхода романа 28-летнего автора даже приглашали на телевидение, чтобы обсудить обеспокоенность публики возможностью привоза на нашу планету загадочных лунных микроорганизмов. Небывалый успех романа вызвал интерес Голливуда и права на экранизацию были проданы за ошеломляющую сумму в четверть миллиона долларов! С точки зрения тогдашней науки текст и сценарий Крайтона были идеальны – комар носа не подточит. Дорога на Голливуд была открыта! Так в литературе и кино рождался жанр технотрилле-

научным соусом и идеальным правдоподобием не обходят стороной ни расовых проблем, ни законность абортов, ни сексуальные домогательства. Требовали и требовали сокращений, переделок и постоянных замен в сценариях. Он снял ещё несколько кинолент. О том, как телевидение и СМИ манипулируют общественным мнением (фильм с реалистичными компьютерными моделями персонажей «Сотворивший красоток»). Кинокартину «Разоблачение» (о сексуальных преследованиях героя бывшей любовницей, ставшей начальницей). Но фильмы, несмотря на прекрасную игру выдающихся актёров и отличные сценарии не всегда были успешными и нередко проваливались в прокате...

Подобного не добивался никто

Между тем Крайтон вслед за Конан Дойлом обращается к теме динозавров, а в качестве ведущей линии романа, а затем и фильмов о Парке Юрского периода (получилась культовая кинотрилогия) берёт интригу с Диснейлендом и выгодами для этого парка развлечений с участием гигантских ящеров. Технологические амбиции человека, не подкреплённые нравственной чистотой и не сопряжённые с требованиями морали, приводят к тому, что, выражаясь современным языком, «что-то начинает идти не так» и делу грозит полный крах. Сложные системы дают сбой, что неминуемо ведёт к трагедии, однако в последнюю минуту на помощь приходят интеллектуалы-исследователи и ситуация купируется... В мире после выхода книги и фильмов «Парк Юрского периода» с новой силой вспыхнуло повальное безумие – диномания – познавательное течение, когда палеонтологи впервые обнародовали ещё в XIX веке результаты раскопок и продемонстрировали собранные скелеты и макеты древних ящеров. Теперь же игрушки, мультфильмы, футболки, эмблемы динозавров и Бог ещё знает что с изображением ящеров можно было встретить везде и всюду. В 2000 г. именем Крайтона был назван новый вид обнаруженного анкилозавра, а в 2003 г. – броненосного динозавра.

Ещё одной важной вехой в творчестве нашего героя стал телесериал «Скорая помощь», продержавшийся 15 сезонов (с 1994 по 2009 г.) и получивший немалое количество номинаций и наград (124 номинации и 23 премии «Эмми»). Бывший доктор М.Крайтон стал сценаристом и продюсером проекта. Готовя это теледейство, он вспоминал свой опыт врача-стажёра приёмного отделения крупного стационара.

В 2008 г. у Крайтона диагностировали лимфому, он стал вести затворнический образ жизни в Санта-Монике, а о его болезни знали лишь самые близкие люди. Нередко вспоминал он афоризм Вуди Аллена: «Я не боюсь умереть. Я просто не хочу при этом присутствовать». Прошёл курс химиотерапии, однако было уже очень поздно. 4 ноября 2008 г. этот полифонический человек скончался на 67-м году жизни. В Голливуде его считали гарвардским интеллектуалом, а в жанре «высокой литературы» – поповским автором. Однако даже сверхтребовательные критики не могли скрыть, что от его романов нельзя было оторваться...

**Николай ПЕРЕСАДИН,
доктор медицинских наук,
профессор.**

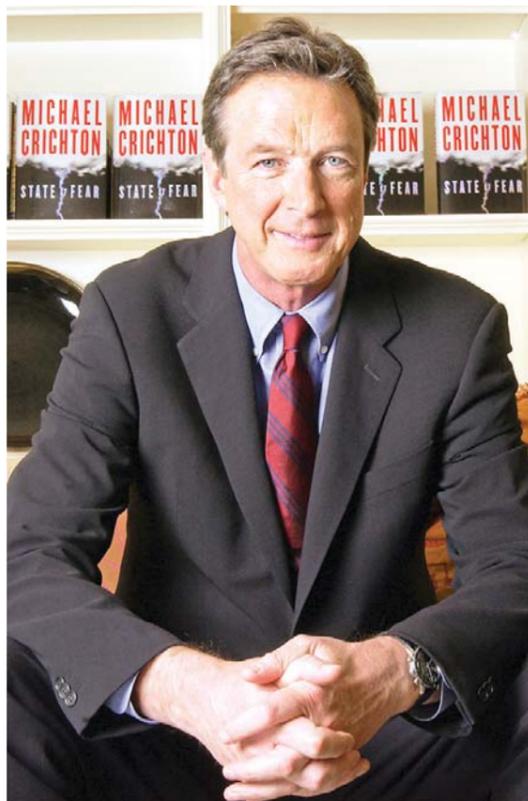
Рига.

Имена и судьбы

Человек эпохи Возрождения в наши дни

Трудоголик, лучше всех продававший накопленные знания, Майкл Крайтон

ца Джорджа Оруэлла с простым стилем письма последнего. За эту «работу» Майклу ставят троичку! Случай анекдотический, поскольку Оруэлл входит в тройку самых признанных в мире авторов, пишущих на английском языке, с 1950 г. по настоящее время. Майкл в студенческую пору это тонко чувствовал, а вот «зашоренная» вузовская профессура этого не могла себе представить. Получив диплом филолога, экстраординарный Крайтон решает продолжить обучение в Кембридже (его увлекла физическая антропология). Учится столь неистово, что после года корпений над учебниками его как лучшего студента премируют поездкой по Европе и Северной Африке. В 1964 г. он становится дипломированным антропологом – бакалавром Summa cum laude (т.е. получает диплом с отличием). Судьба опять совершает неожиданный кульбит, и в 1965 г. он поступает в Медицинскую школу Гарварда, в просторечье именуемую «кузницей нобелевских лауреатов». Однако всего лишь через несколько недель зубрёжки латинских терминов и усердных занятий анатомией и биохимией он чуть не бросает учёбу... Позже Крайтон шуточно напишет: «Это нормально. Все ненавидят изучать медицину, даже счастливые практикующие врачи». Для того, чтобы оплатить учёбу в вузе, он начинает публиковать лихие полицейские романы и в 1968 г. получает престижную литературную премию имени Эдгара По. Дебютное произведение, опубликованное в 23 года, носило название «Шан-



ра, исходным посылом коего было нарушение людьми Заповестей Творца, вмешательство в живую природу и спасение учёными человечества от неминуемой катастрофы.

Триумфы и провалы

Наверное, мы были бы не совсем правы, если бы рассуждали о М.Крайтоне только как о любимце фортуны и необычайном везунчике. Фильм о занесении на Землю зловредного штамма (режиссёр Роберт Уайз) полностью окупился и даже получил две номинации на «Оскар», однако автора романа в экранизации не всё устраивало, а вносимые студией поправки и сокращение высказываний на щекотливые темы делали множество несостыковок, поэтому действие становилось непонятно рядовому зрителю. Писатель решил сам стать режиссёром и в этом качестве осуществил съёмку нескольких кинокартин не только по собственным романам, но и по произведениям своих коллег и друзей (например, фильм «Кома» по книге хирурга-офтальмолога и автора медицинских триллеров Робина Кука). Похоже, что это был один из немногих случаев, когда писатель становился режиссёром, а вскоре и продюсером кинолент. О чём были фильмы? Практически все его романы были кинематографичны и просились на экран (экранизировано 10 произведений Крайтона), но провалы тем не менее были неизбежны. Студиям не по душе было то, что захватывающие приключения героев с пикантным

ТОМ

Размечтался!



Родион Оскольников – Родя, по дворовому прозвищу «Осколок», – созрел медленно, но верно. Разразившаяся на его веку «перестройка» с нагнавшим вслед за ней диким рынком многих вышибли из колеи. Лечь спать среднестатистическим гражданином, а проснуться человеком с минимальной потребительской корзиной – не каждая психика безболезненно выдержит. Массы толпами бросились за безрецептурным народным антидепрессантом. В первых рядах оказался и Родя, поскольку всегда был как все. Плюс непрактичность и нерасчётливость, да плюс трюк по арифметике, да плюс... много ещё чего, с чем не ходят в капиталистические джунгли. В результате, Родя оказался без работы, жены, семьи и бездны прочих вещей, в число коих вошла и потребительская корзина, невзирая на свою минимальность.

Кое-что, правда, сохранилось из мебели: две кухонных табуретки, раскладушка и старый телевизор на подоконнике. Последний Родя ценил более всего, ибо второй его слабостью, после выпивки, был синемаграф.

Всем жанрам Родя предпочитал боевики. Особенно те, в которых угнетаемые Робин-гуды с шиком брали в каком-нибудь паршивом банке хороший куш и благополучно сматывались. О, это была греза! С некоторого времени преследовавшая Родю во сне и наяву...

Вот он входит, и с порога – властно, с металлом в голосе: «Это ограбление! Все на пол! Быстро сюда деньги! (кассирыше). Одно движение – вышибу мозги!»...

Дальше шло самое сладкое. Застывали, демонстрируя полный паралич воли, охранники. Бледнела случайная публика. Дрожащие пальчики кассирши нервно набивали брошенную Родей безразмерную сумку тугими пачками. И, наконец, апофеозом всему – хладнокровный отход с добычей под вежливо-джентльменское: «Всем спасибо!»

Итак, созрел Родя медленно, но верно. И сам не заметил, как созрел. Хотя, собственно, ему большие деньги были без надобности. Минимализм остальных жителей запросов Родю не тяготил.

Деньги были нужны по другой причине. Осуществить уже совсем не киношную мечту. Позвонить в дверь. Подождать. И, когда откroют, молча, плечом в новеньком кожаном пиджаке, оттереть из проёма удивлённую Зинку. Молча пройти на тещину кухню. Бухнуть на стол тяжеленный свёрток и гордо удалиться. Даже не взглянув в наполнившиеся слезами запоздалого раскаяния глаза. А потом... Что потом? Потом он в пустой полутёмной комнате, доставшейся после развода и разъезда, спокойно и мужественно будет поджидать, когда ищейки нападут на его след. Ворвутся и возмут его – сильного и благородного. Но только без поличного, голубчики! Даже под пытками Родя ни словом не обмолвится, куда подевались деньги.

То, что он обязательно наследит, Родя не сомневался. Уж чего-чего, а детективов, где криминалисты находят преступника по случайно оброненному волоску, он понасмотрелся, тут его на мякине не

проведёшь. Посему, скрупулёзно разрабатывая детали отхода не имело смысла. Были задачи поважнее. И наипервейшая – выбор оружия.

Справедливо полагая, что спешка в таком деле до хорошего не доведёт, Родя обстоятельно обошёл магазины игрушек. Пока, наконец, не остановил свой выбор на внушительном пластмассовом «Кольте» 45 калибра в масштабе 1 : 1. Настоящем оружии «крепких орешков».

Дома, выхватив, пару раз для пробы, приобретение из нагрудного кармана плаща, он в целом остался доволен. Но... какая-то чепуховина настораживала. Повернув игрушку так и эдак, Родя уловил. Недоставало воронённости. Отлива. Брать на испуг предстояло по-взрослому, готовиться, посему, следовало тоже по-взрослому...

При всем известной Родиной смекалке получить превосходный результат с помощью растительного масла не составило труда. После чего в зеркале, как на киноэкране, по части блеска амуниции всё сошлось. Вот, поди ж ты – деталька, а как могла подвести!

Ноу-хау имело один минус. Плащом у Родя было не завалось. Прятать обратно в карман достаточно ещё приличной вещи кусок обмасленной пластмассы ему претило. Однако Родя был бы не Родя, если бы и тут не вывернулся. И часа не прошло, карман был вполне качественно выстелен и обшит изнутри полиэтиленовым пакетом. Пистолет аккуратно лёг до поры в назначенное ему ложе.

Настал черёд определиться с жертвой. Жил Родя не в банковском районе. Но повсюду теснились коммерческие палатки и магазинчики типа ООО, ограниченность ответственности которых совсем не означала ограниченности доходов. «Возьму тот, в котором окажется меньше народу, лишние свидетели ни к чему», – подумал он. Главное – не в своём районе.

На маску решил не тратить. Безусловно, сыскари озаботятся его фотороботом – это ж классика жанра. Но, господа, когда у трети мужского населения страны на физиономии и то же озабоченно-синеватое изображение... Поди разбери, кто есть кто, и кто был кем.

Последним предметом экипировки стал мешок для добычи. Родя разлил три пакетами «маечками» и, вложив их один в один, ещё и ручки переплёл скотчем (сыщики просто поразятся его предусмотрительности!). Теперь, случись Родю зацепиться пакетом обо что-нибудь, уходя от погони, внутренние подстрахуют. Опять же, ручки стандартно рассчитаны только на три килограмма пищевых продуктов. Деньги хоть продукт и не пищевой, но, по Родины прикидкам, могли потянуть килограммов на семь-восемь. А с железной мелочью – и все десять.

Ещё на этапе подготовки Родя просмотрел пару подходящих магазинчиков на отшибе торговых рядов, ближе к задворкам. Свезло в первом же, куда он зашёл. За прилавком скучала юная продавщица, в углу на стуле мучилась с кроссвордом пенсионер-охранник. По просительную сторону прилавка, помимо Родя, прицелилась к товарам старушка, да на широком подоконнике сортировала, беззвучно шевеля губами, горстку медяков какой-то бомж. Родя притёрся к прилавку и сунул правую руку за отворот плаща, якобы за портмоне. Девчонка обратила к нему взор с немим вопросом: «Чего вам, гражданин?»

Родя взялся за ребристую рукоять игрушки. «Пора!»

– Это грабёж! – внезапно фальцетом выкрикнул он.

И обомлел. Так глупо оговориться! Да и с манифестом он поторопился. Дурацкий пистолет прилип жирными боками к целлофану в кармане плаща и не желал выхватываться. Немой вопрос в глазах продавщицы сменился немим же недоумением. Охранник сонно посмотрел на Родю.

Моральная поддержка пришла, откуда не ждал.

– Истинно – грабёж! Спички по рупь двадцать! Когда такое было! – первой стала на сторону Родя бабулька. – Ох, нету на них Сталина, на супостатов!..

– Точно, грабёж! – согласился бомж у подоконника, успевший разложить медь на кучки. – Копеечный спирт по подвалам бодяжат, водку палат и, гля, чего накручивают!

– Это грабёж... – упавшим голосом вновь оговорился Родя. – В смысле – ограбление... – едва ли не шёпотом поправился он.

И вдруг с ужасом ощутил, как стремительно пошёл процесс явления оружия народу. Запахло постным маслом.

Девушка взвизгнула и козой скакнула в распахнутую у неё за спиной дверь подсобки. Охранник упал на пол и пополз окапываться куда-то под стеллажи.

И тут...

Сразу два дядьки Черномора, в полной полицейской форме, вышли дозором из пучин подсобки. Один что-то набитым ртом дожёвывал. Второй, судя по лычкам на погонах и короткоствольному автомату на плече – старший, на ходу надел фуражку. И тоже что-то дожёвывал. Ничего себе поворотец, да?

И Родя засбоил. Воспитанный на михалковском «Дяде Стёпе – милиционере», стрелять пистонами по своим он не стал. И правильно сделал. Иначе, не миновать бы ему психушки...

Намётанный глаз и высокий профессионализм дорогого стоят. Это Родя оценил сразу, что называется, не отходя от кассы. Получив резиновой палкой по рукам, он не проронил больше ни слова. До слуха доходили лишь причитания бабки: «Мыслимое дело – людей оружием страшат! Креста на них нету! Совсем разохальничались, без окороту-то!» Но окорот был.

Профилактировали Родю правоохранительные органы уже на свежем воздухе. Спасибо ребятам, в околоток не забрали. Вот уж где

отколотили бы, так отколотили! А эти трудились беззлобно, не стервенясь. Назидательно больше.

Вокруг, как и во времена писателя Андрея Платонова, «...по вечерам обыватель торопился домой, где ждала его как-никак пища». Поскольку разборки с участием людей в форме с некоторой пор случаются по миру с известной регулярностью, прохожие безосновательно тревожиться не стали. Разве что притормозила пара-тройка зевак. Из тех, наверное, кто по телевизору ещё не насмотрелся...

К реальности Родю вернул запах мочи. Нет, свою, слава богу, он, как объект профилактики правонарушений, сдержал. Просто спрос на «пописать» был и остаётся, пожалуй, единственным в отечестве спросом, не родившим бурного ответного бизнес-предложения. Поэтому репутацию частнособственнических устоев, утвердившихся на Российских просторах, подмачивают, по законам естества и по мере нужды, все. Как физические, так и юридические лица. Хотя, по какой-то остатней первобытнообщинной привычке, таинство, в массе своей, вершат всё же на задворках.

В этой, выражаясь газетным штампом, нездоровой экологической обстановке и нашёл Родю бродяга из магазинки.

– Что, братан, отхреначили по самое не балуйся? Да ты лежи, лежи... Не шевелись, а то вдруг – перелом какой... с ментами не пошуткуешь, уж я-то знаю... Ты погоди, я щас малость поправлюсь, пособлю тебе.

Не предлагая Родю, засосал купленную в магазинчике четвертинку. Занюхал рукавом.

– Ты извини, самому – в обрез. Ради неё, братан, почитай, день шакалится приходится. Фамилия-то твоя как? – спросил деловито, извлекая из глубин замызанного сидора смартфон.

И неожиданно твёрдым и настойчивым голосом умудрился вызвать к Родю «скорую», то и дело уточняя у того паспортные данные, очевидно, по требованию диспетчера.

– О-так вот! – победно резюмировал бомж. – Положено по конституции работать – работайте! Ты, главное, лежи, не двигайся. А то, приедут, если что не по ихнему – заругают. Уж я-то знаю...

Прибывшие, не сказав, что скоро, ребята методом бригадного подряда рывком привели Родю в вертикальное положение. Обнаружив у гражданина вкупе с умением держаться на ногах ещё и безоговорочную неплатёжеспособность, быстро и вслух поставили диагноз: «Вот, блин, с-суки, как нажираться, деньги находят!» С этим, то есть с чувством глубокого, но исключительно морального удовлетворения от хорошо и слаженно проделанной работы, отбыли.

– Говорил же – заругают... – подвёл черту событиям вечера бродяга. – Ну, бывай, братан...

Посидев на скамейке у ближайшего дома и окончательно придя в себя, Родя побрёл домой. Мечты о визите к бывшей супруге Зинаиде в облике новоявленного Крза блекли и обретали всё более неясные и далёкие очертания...

Юрий КУБАНИН.

Новосибирск.

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

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

Главный редактор А.ПОЛТОРАК.

Редакционная коллегия: И.БАБАЯН (ответственный секретарь), В.ЕВЛАНОВА, В.ЗАЙЦЕВА, В.ЗИНОВЬЕВ (зам. ответственного секретаря), А.ИВАНОВ, В.КЛЫШНИКОВ, Т.КОЗЛОВ, В.КОРОЛЁВ, А.ПАПЫРИН (зам. главного редактора, редактор сайта), Г.ПАПЫРИНА.

Дежурный член редколлегии – Т.КОЗЛОВ.

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).
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 № 1443
Тираж 14 370 экз.
Распространяется
по подписке
в Российской Федерации
и зарубежных странах.

Корреспондентская сеть «МГ»: Брянск (4832) 646673; Кемерово (3842) 354140; Новосибирск 89856322525; Омск (3812) 763392; Самара (8469) 517581; Санкт-Петербург 89062293845; Смоленск (4812) 677286; Ставрополь 89383585309; Реховот, Хайфа (Израиль) (10972) 89492675.

Газета зарегистрирована Федеральной службой по надзору в сфере связи, информационных технологий и массовых коммуникаций (Роскомнадзор). Свидетельство о регистрации: ПИ № ФС77-65711 от 13.05.2016 г. Учредитель: ООО «Медицинская газета».

Подписные индексы в Объединённом каталоге «Пресса России»: 50075 – помесечная, 32289 – полугодовая, 42797 – годовая.