

# Медицинская

5 мая 2021 г.  
среда  
№ 17 (7985)

# Газета®

ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ВРАЧЕБНОЕ ИЗДАНИЕ  
Основано в 1893 году. Выходит один раз в неделю  
Распространяется в России и других странах СНГ  
[www.mgz.ru](http://www.mgz.ru)

Сотрудничество

## Надёжное партнёрство

### Красный Крест поможет в обучении гуманитарной судебно-медицинской помощи



В рамках проведения международного конгресса по судебной медицине «Актуальные вопросы судебной медицины и экспертной практики-2021» состоялась церемония подписания Меморандума о взаимопонимании между Московским областным научно-исследовательским клиническим институтом им. М.Ф.Владимирского и Международным комитетом Красного Креста в Российской Федерации, республиках Беларусь и Молдова.

Документ подписали заместитель главы региональной делегации комитета Хавьер Сеперо Гарсиа и заместитель директора по науке и международным связям института профессор Екатерина Какорина.

Рукопожатие после подписания меморандума

Подписанный документ прежде всего рассчитан на продвижение научных и практических дисциплин. Как считают стороны, потенциал судебной медицины и её гуманитарные аспекты только выиграют благодаря сотрудничеству, обмену опытом и знаниями между сторонами.

Международный комитет Красного Креста высоко оценивает научный и практический потенциал и престиж кафедры судебной медицины МОНКИ среди отечественного и зарубежного научно-практического сообщества. Он окажет необходимую поддержку кафедре судебной медицины института в продвижении новых образовательных программ в рамках имеющихся у них возможностей.

Меморандум знаменует начало развития на территории Российской Федерации новой отрасли судебной медицины – гуманитарная судебно-медицинская помощь. К ней приходится обращаться, как важному стандарту реагирования при чрезвычайных ситуациях, особенно во время гуманитарных кризисов. Это также поможет повысить знания ординаторов и преподавателей МОНКИ им. М.Ф.Владимирского в области гуманитарной судебной медицины и смежных медицинских областях, развить у них интерес к этому разделу медицины.

Алексей ПАПЫРИН,  
обозреватель «МГ».

Фото Кирьяна ОЛЕГОВА.

Острая тема

## Перспективы онкологической службы

Минздрав России утвердил обновлённый Порядок онкологической помощи взрослому населению. Несмотря на многочисленные негативные отзывы на проект документа от пациентского сообщества, общественных и медицинских организаций, включая федеральные, Минздрав России сохранил пункты о территориальном «закреплении» онкологических медорганизаций для каждого региона, а также оставил требования к минимальному коечному фонду для ряда отделений онкодиспансеров. Именно этот тезис члены рабочей группы по реализации механизма «регуляторная гильотина» называли экономически необоснованным.

Как и в предыдущих версиях, маршрутизация онкопациентов в регионе определяется местным минздравом или департаментом здравоохранения, но появилась поправка на необходимость учитывать «право граждан на выбор медицинской организации». Порядком устанавливаются пере-

чень онкологических медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы ОМС, «схема территориального закрепления» этих клиник, а также перечень заболеваний, при которых проводится телемедицинская консультация.

В одной из последних версий порядка от ноября 2020 г. говорилось, что регионы также определяют перечень видов и методов диагностики и лечения онкологических заболеваний, которые применяются при оказании медпомощи в организациях, расположенных на территории субъекта, а также за его пределами, однако этого положения в принятом документе нет.

Эксперты отмечали, что предложенная маршрутизация лишает пациента права выбора места лечения как на территории региона, так и за его пределами, соответственно нарушает статьи Федерального закона «Об охране здоровья граждан в РФ», а также устраняет конкуренцию между медицинскими организациями и представляет региональным ведомством возможность «без ограничений» управлять пациентопотоком.

Игорь КОРАБЛЁВ.  
МИА Сити!

Анатолий ДОМНИКОВ,  
председатель  
Профсоюза работников  
здравоохранения РФ:

Вектор движения нашего профсоюза будет изменён на работу в регионах и в первичных организациях.

Стр. 4



Сергей КОЛЕСНИКОВ,  
профессор кафедры государственной  
политики МГУ им. М.В.Ломоносова,  
академик РАН:

Следует признать, что правовое обеспечение медицинской деятельности в России – проблема, которой сегодня комплексно никто не занимается.

Стр. 6-7



Владимир КОЗЛОВ,  
научный руководитель  
НИИ фундаментальной и клинической  
иммунологии, академик РАН:

Попытки активировать иммунную систему не терпят крайностей. Всё хорошо в меру, а применение интерферонов в любых формах – тем более.

Стр. 12



Ситуация

## Не в дипломе дело

Почему служба скорой медицинской помощи испытывает кадровый дефицит? По мнению губернатора Красноярского края Александра Усса, причина этому – подготовка недостаточного числа врачей и фельдшеров для работы в этой сфере здравоохранения.

Свою точку зрения он высказал на встрече с работниками красноярской «скорой». Более того, сообщил о решении обратиться в Минздрав России с предложением увеличить квоту целевого приёма в ординатуру по специальности «скорая медицинская помощь».

Однако общение с профессионалами, по-видимому, расширило горизонт понимания губернатором причин кадровой проблемы. Дело не в том, что квот в ординатуру недостаточно, а в том, что

люди с медицинскими дипломами не рвутся работать в скорой помощи, учитывая сочетание огромной ответственности и психоэмоционального напряжения с полным отсутствием защищённости от неадекватных пациентов и их родственников.

По итогам разговора с сотрудниками службы губернатор поручил предусмотреть с 2022 г. в краевом бюджете средства на страхование жизни и здоровья медперсонала и водителей скорой помощи. Кроме того, рекомендовал министрам посмотреть, есть ли возможность выделить бюджетные средства на единовременную выплату специалистам, которые приходят на работу в службу скорой помощи крупных городов края.

Елена ЮРИНА.

МИА Сити!

Красноярск.

Проекты

## Новая система оплаты труда

Минздрав России запустил пилотный проект по оплате труда медицинских работников.

Об этом сообщил первый заместитель министра здравоохранения РФ Виктор Фисенко на парламентских слушаниях в Госдуме РФ на тему «Законодательное регулирование в сфере здравоохранения. Необходимость или реальность?».

В.Фисенко назвал проблемой существующую дифференциацию в оплате труда медработников между реги-

онами и даже внутри одного субъекта.

«С этого года мы начинаем пилот в 7 регионах для того, чтобы «отпилотировать» сначала, затем отобрать всё лучшее и тиражировать эту практику на всей территории РФ. В новой системе оплаты труда будут даны чёткие указания на то, как формируется окладная часть заработной платы, какие коэффициенты необходимо применять», – пояснил В.Фисенко.

Вячеслав ДАШКОВ.

МИА Сити!

## Новости

Вернуться  
к привычному ритму

Передвижная медицинская служба областной больницы № 4 Ишима вернулась к привычному ритму работы. С марта флюоро- и маммографическая установки на базе автобусов ПАЗ курсируют по сёлам и деревням Ишимского района. График выездной бригады утверждён заранее, население информирует местный фельдшер ФАПа или же глава сельского поселения.

На сегодняшний день медицинские комплексы выехали уже 20 раз. За это время обследовано 825 человек на флюорографе и 290 на маммографе. К примеру, 87 жителей Неволино воспользовались возможностью проверить состояние здоровья в родном селе, не выезжая в город. 40 человек изъявили желание пройти и диспансеризацию. Её проводила выездная бригада медработников поликлиники № 3. По итогам осмотра 8 человек были направлены на второй этап диспансеризации.

Передвижные комплексы оснащены системами очистки воздуха и кондиционирования, электро- и теплоснабжения, даже «тёплый пол» есть. Они могут работать как от стационарного источника электричества, так и автономно. Автомобили оснащены встроенными генератором и отопителем, работающими на топливе самого транспортного средства. Благодаря этому медицинские работники не зависят ни от капризов погоды, ни от наличия стационарного электроподключения. Передвижной комплекс обеспечивает комфортные условия медработникам и пациентам при температуре окружающего воздуха от -35 до +40°C.

Жанна СТРИЖАК.

Тюменская область.

## Потребовалось всего 15 минут

В Ялutorовске помогли 84-летнему местному жителю с диагностированным раком мочевого пузыря. Основное наблюдение за ним и лечение осуществляли онкологи, но в данной ситуации потребовалось участие хирурга-уролога Джасура Садирова.

«В состоянии пациента произошли изменения. Метастазы проросли в правый мочеточник. И возник уретерогидронефроз», – объясняет он.

Это состояние не только опасно, но и имеет целый ряд крайне неприятных симптомов, сказывающихся на качестве жизни. На то, чтобы избавить пожилого мужчину от «букета» симптомов, Д.Садирову потребовалось всего 15 минут. Под местным обезболиванием и при помощи нефростомического набора уролог провёл чрескожную пункционную нефростомию. Прежде в областной больнице № 23 такая операция не выполнялась.

«Дренирование под контролем аппарата УЗИ не только позволило нормализовать отток жидкости, но и фактически спасло правую почку пациента, – отмечает Д.Садиров. – Уретерогидронефроз больше нет. И его самочувствие, связанное с этим состоянием, улучшилось. По основному же заболеванию он продолжает получать лечение у профильных специалистов».

Дарья РОББУТ.

Ялutorовск.

Ульяновская область развивает  
медицинский туризм

Соответствующее соглашение подписано в рамках работы делегации региона на международной промышленной выставке в Ташкенте.

Документ заключён Корпорацией развития промышленности и предпринимательства Ульяновской области и Ассоциацией медицинского туризма Республики Узбекистан. Соглашение предусматривает всестороннее сотрудничество по развитию медицинского туризма, в том числе на базе Федерального высокотехнологического центра медицинской радиологии ФМБА России в Димитровграде.

Напомним, развитие медицинского туризма является одной из задач нацпроекта «Здравоохранение», инициированного Президентом России Владимиром Путиным. Направления работы центра медицинской радиологии с каждым годом расширяются. Организация занимается не только вопросами здравоохранения, но и является научно-образовательным центром.

Данный медицинский центр – уникальный комплекс замкнутого цикла, где на одной площадке представлено большинство имеющихся на сегодня методов диагностики и лечения, используемых в ядерной медицине. Здесь пациент может получить медицинскую помощь, начиная с диагностики заболевания и заканчивая реабилитацией. Открытие в регионе такого центра позволило приблизить к населению самые современные технологии, увеличить эффективность лечения рака, сократить смертность граждан.

Георгий АЛЕКСАНДРОВ.

Ульяновская область.

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

## Акци

Дорогами  
Великой Победы

Будущие врачи соревновались в историческом квесте

В преддверии празднования 76-й годовщины Победы в Великой Отечественной войне в Сеченовском университете прошёл историко-патриотический квест «Дорогами Великой Победы». Мероприятие было подготовлено Музеем истории медицины и волонтерским центром. Участниками квеста стали обучающиеся 10-го класса медицинского Сеченовского предуниверсария, которых сопровождала и вдохновляла заместитель директора Ирина Белавина.

В программу квеста входила краткая экскурсия по экспозиции музея «Воины в белых халатах», рассказывающей о самоотверженном труде медицинских работников в годы войны – преподавателях, врачах, сотрудниках и студентах 1-го МОЛМИ, как в те времена назывался университет.

Получив необходимую информацию, три команды участников: красные, жёлтые и зелёные – приступили к выполнению простых заданий в сопровождении директора волонтерского центра Юлии Мовой и волонтеров Евгении и Павла.

Все задания были связаны с событиями Великой Отечественной войны, фактами биографий медиков-участников этих событий. Команды участников прошли путь от экспозиции «Воины в белых халатах» до новой экспозиции



Участники продемонстрировали хорошие знания

«В бой идут военные врачи!», где ребята должны были оказать помощь «раненому», разгадать кроссворд, выполнить ряд заданий и выйти на финишную прямую: памятник героям-медикам войны на Аллее жизни клинического городка.

Победу в нелёгкой борьбе одержала команда красных, которые оказались самыми внимательными и стремительными.

На торжественной части историко-патриотического мероприятия, проходившей в конференц-зале, присутствовали проректор по

общественным связям и воспитательной работе Виктор Лойко и советник при ректорате Иван Чиж, которые, сказав вступительные речи, вручили каждому участнику команды победителей заслуженные подарки.

Все участники мероприятия получили поощрительные призы с символикой университета.

Андрей ДЫМОВ.

МИА Cito!

Москва.

## Опыт

Жизнеспасающая  
методика

Мастерство хирургов – залог высокого результата

В Свердловской областной клинической больнице № 1 провели операцию по увеличению здоровой части печени с последующим удалением её правой доли, поражённой метастазами.

«Это очень перспективная жизнеспасающая методика. Раньше таких больных не брали на операции. Теперь, если у пациента не поражена хоть небольшая часть печени, мы можем дать ей возможность вырасти. И коллеги могут такого пациента прооперировать», – сказал заведующий отделением рентгенохирургических методов

диагностики и лечения больницы Лев Кардапольцев, выполнивший вмешательство вместе с Василием Шерстобитовым.

Лечение одной пациентки продолжалось практически два года и, помимо двух операций, сопровождалось ещё курсами химиотерапии, которые она получила в Свердловском областном онкодиспансере. У женщины был рак одного из отделов толстого кишечника и множественные метастазы в печени. Хирургические вмешательства по одномоментному удалению таких патологий проводят на Среднем Урале только в клинической больнице № 1.

Первую операцию, которая была проведена в 2019 г., хирурги выполнили её с колопроктологами, удалившими часть кишечника с опухолью. Удалили тогда и метастазы, которыми были поражены обе доли печени. Но два из них, располагавшихся глубоко в паренхиме печени, в непосредственной близости от кровоснабжающих сосудов, пришлось оставить.

После того как пациентка прошла очередную курс химиотерапии, врачи планировали полностью удалить поражённую опухолью правую долю печени, как делают в большинстве случаев. Но объём левой доли у этой пациентки составлял всего 20% от первоначального. Тогда как для проведения подобной операции этот показатель должен быть не менее 25%. С учётом этого было принято решение «вырастить» здоровую часть печени. Благодаря проведённым манипуляциям объём здоровой доли печени пациентки увеличился до 29%. После чего хирурги Олег Орлов и Дмитрий Цой смогли успешно выполнить заключительный этап операции.

«Мы смогли относительно безопасно для пациентки провести операцию по резекции правой доли печени. И хотя она была достаточно сложной, в итоге нам удалось добиться того, что опухолевых очагов в организме не осталось. А проведя через неделю компьютерную томографию, мы увидели, что здоровая левая доля увеличилась ещё больше», – сообщил заведующий первым хирургическим отделением больницы Олег Орлов.

Елена ОСТАПОВА.

МИА Cito.

Екатеринбург.

Тенденции

# МКБ: скоро одинадцатый пересмотр

Министр здравоохранения РФ Михаил Мурашко подписал 22 апреля 2021 г. приказ «О создании Межведомственной рабочей группы по внедрению Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, одинадцатого пересмотра на территории РФ».

Документом определены цели и задачи рабочей группы и её состав. Новое издание Международной классификации болезней (МКБ) Всемирная организация здравоохранения представила в мае 2019 г., а вступит в силу МКБ-11 с 1 января 2022 г. Принципиальное отличие одинадцатого пересмотра от предыдущих состоит в смене парадигмы, при которой на место бумажных приходят цифровые технологии, позволяющие обеспечить целостность и прозрачность единого терминологического пространства. МКБ-11 – это большая база структурированных данных и знаний единой международной системы кодирования заболеваний. По сути, это новый подход к кодированию причин заболеваемости и смертности.

Согласно приказу, межведомственная группа создаётся «в целях выработки предложений и взаимодействия» между федеральными и

региональными органами власти, медицинскими и иными организациями по внедрению и адаптации МКБ-11 на территории России. Она будет координировать подготовку плана мероприятий по освоению МКБ-11, разрабатывать предложения по их реализации, решать «иные задачи, возникающие при реализации внедрения МКБ-11».

Группа сможет формировать временные или постоянные подгруппы, экспертные секции, привлекать для участия в работе представителей научных, общественных и иных организаций. Кроме того, имеет право запрашивать и получать от федеральных органов исполнительной власти и различных организаций «материалы и информацию по вопросам, входящим в компетенцию межведомственной рабочей группы».

Председателем межведомственной группы назначен первый заместитель министра здравоохранения РФ Виктор Фисенко. В состав группы также входят представители Минтруда, Минэкономразвития, Федеральной налоговой службы, Федеральной службы государственной статистики, Федерального фонда ОМС и др.

Директор Центрального НИИ организации и информатизации здравоохранения Ольга Кобякова на форуме «Открытые инновации»,

который прошёл в октябре 2020 г., пояснила, что переход на МКБ-11 в России будет совершён в четыре этапа: перевод классификации, гармонизация нормативно-справочной информации федерального реестра Минздрава с кодами МКБ, переработка блока отчётной статистической документации и обучение специалистов, которые будут работать в новой системе.

Одним из ключевых изменений в МКБ-11 является перенос состояния «трансгендерность» из раздела, посвящённого психическим расстройствам, в категорию тех, что связаны с сексуальным здоровьем. В действующей с 1994 г. МКБ-10 состояние «трансгендерность» проходило под кодом F64 и относилось к группе «расстройства половой идентификации». Данный раздел в новой редакции был исключён, теперь трансгендерность характеризуется как «гендерное несоответствие» и проходит по кодам NA60, NA61 и N6Z.

Также в МКБ-11 изменятся количество нозологий, номера кодов, кодирование классов и их количество (вместо 21 будет 26). В документе появились и новые классы.

Павел АЛЕКСЕЕВ.

МИА Сити!

Перспективы

# Эффективно противостоять инфекционным вызовам

Министр здравоохранения РФ Михаил Мурашко на заседании Совета законодателей сообщил, что на предложенную Советом Федерации программу по совершенствованию и развитию инфекционной службы планируется направить около 200 млрд руб. Ранее сообщалось, что в нынешнем году на модернизацию инфекционной службы было выделено 17 млрд.

По словам М.Мурашко, порядка 140 млрд пойдёт на строительство модульных инфекционных больниц и 46 млрд на ремонтные мероприятия уже существующих профильных организаций. На какой период рассчитана программа, а также другие её характеристики, он не уточнил.

Министр также отметил, что федеральным Минздравом подготовлен новый приказ по требованиям к лабораториям, который содержит «тот перечень оборудования, который позволяет отвечать на любые инфекционные вызовы». На реализацию приказа правительством заложено 5 млрд руб.

Впервые о намерении модернизировать инфекционную службу в мае 2020 г. сказала вице-премьер РФ Татьяна Голикова, отвечая на предложение заместителя председателя Совета Федерации Галины Кареловой включить программу модернизации в нацпроект «Здравоохранение». В сентябре 2020 г. модернизация инфекционной службы вошла в национальный план восстановления экономики.

Так, в феврале 2021 г. Г.Карелова попросила председателя Правительства РФ Михаила Мишустина «ускорить разработку и принятие отдельной крупной стратегической программы по модернизации инфекционной службы на период до 2026 г.».

По программе планируется дополнительное строительство 82 новых инфекционных корпусов в составе многопрофильных больниц в 50 субъектах, капитальный ремонт и реконструкция 955 инфекционных отделений, оснащение их медицинским оборудованием.

Григорий МАТВЕЕВ.

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



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

Идеи

Минздрав России представил обновлённый проект Положения о государственном контроле за рынком медицинских изделий (МИ). В новой редакции будут увеличены интервалы проверок – они будут проводиться один раз в 4-10 лет для участников рынка МИ, отнесённых к категориям умеренного, среднего и значительного риска. Появятся новые формы контроля – профилактический и инспекционный визит, а также контрольные и мониторинговые закупки, которые будет проводить Росздравнадзор. Предполагается, что регламент вступит в силу с 1 июля 2021 г. и будет действовать в течение 6 лет.

# Обновить формы контроля

Ведомство сохранило основные принципы риск-ориентированного подхода к контролю за рынком медизделий: в зависимости от класса риска, видов, адресов производства и использования, хранения, транспортировки, клинических испытаний МИ, а также профиля проверяемой организации, будет формироваться балльный рейтинг, согласно которому участники рынка будут делиться по четырём категориям – низкого, умеренного, среднего и значительного риска.

Первая категория, как и в предыдущей редакции регламента, будет освобождена от плановых проверок, а интервалы для остальных будут увеличены: для значительного риска – с 3 до 4 лет, среднего – с 4 до 6, умеренного – с 6 до 10. Критерии, а также система баллов сохранятся в редакции постановления Правительства № 970 от 25 сентября 2012 г.

Росздравнадзор введёт новые формы профилактической работы – информирование, обобщение правоприменительной практики, консультирование, объявление предостережения и профилактический визит, от которого проверяемое юридическое лицо может отказаться, уведомив регулятора в срок не менее чем три рабочих дня до совершения визита.

Формы контроля также будут расширены – в перечень методов войдут документарная и выездная проверки, выборочный контроль качества, контрольные и мониторинговые закупки, наблюдение за соблюдением обязательных требований (мониторинг безопасности) и инспекционный визит.

В ходе документарной проверки регулятор будет иметь право

истребования документов, получения объяснений и проведения экспертизы, выездной проверки – проводить осмотр, опрос, получать письменные объяснения, проводить отбор документов, образцов, а также испытания и экспертизу.

При контрольной закупке в число методов Росздравнадзора дополнительно войдёт эксперимент, при мониторинговой – инструментальное обследование.

Показатели контроля за рынком медизделий будут определяться по двум критериям – долям решений, предписаний, принятых по результатам проведения контрольных мероприятий и рассмотрении жалоб за отчётный год и предыдущий год, которые отменены частично или полностью на основании судебных актов, вступивших в законную силу к отчётному году. Число таких актов будет делиться на общее число выданных предписаний.

Примечательно, что по итогам госконтроля за 2020 г. Росздравнадзор в ходе 1183 проверок выявил 223 недоброкачественных и 168 незарегистрированных медицинских изделий. Почти 300 наименований было отозвано производителем, ещё 51 – изъято из обращения регулятором. На участников рынка МИ было составлено 769 протоколов об административных правонарушениях, из которых 187 – по ст. 6.28 КоАП РФ (нарушение установленных правил в сфере обращения медизделий), а три – по ст. 6.33 КоАП (обращение недоброкачественных, фальсифицированных, контрафактных или незарегистрированных МИ). Общая сумма наложенных штрафов составила 6,459 млн руб.

Олег РОМАШОВ.

МИА Сити!

Ну и ну!

# Что суд грядущий мне готовит?

Утверждено и направлено в суд обвинительное заключение по делу о взяточничестве главного врача Забайкальской краевой клинической больницы Виктора Шальнёва. Обвиняемый признал свою вину частично. Следователи собрали достаточную доказательственную базу. Об этом сообщили в Следственном комитете региона.

По данным следствия, В.Шальнёв использовал должностные полномочия главного врача больницы для получения от руководителя коммерческой организации «откатов» за беспрепятственное заключение договоров на поставку медицинского оборудования.

Собраны доказательства получения В.Шальнёвым взятку в 2016-2020 гг. на общую сумму 13,7 млн руб. Обвиняемый частично признал вину.

Главный врач обвиняется в совершении преступления, предусмотренного ч. 6 ст. 290 УК РФ (получение взятки в особо крупном размере за незаконные действия). Расследованием занимался отдел по особо важным преступлениям.

В декабре 2020 г. по ходатайству следователя он был заключен под стражу. Имущество обвиняемого и его супруги на общую сумму свыше 17 млн руб. арестовано.

Борис ЕФИМОВ.

МИА Сити!

## Наши интервью

# Надежды и ожидания регионов

### Во всех сложных ситуациях профсоюз будет рядом с медицинскими работниками

В настоящее время Профсоюз работников здравоохранения РФ объединяет 80 региональных (республиканских, краевых, областных), 170 местных (городских, районных, окружных) и 7555 первичных организаций. На 1 января 2021 г. общая численность членов общественной организации составляла 2 074 901.

Прошлый год был особым. «Медицинская газета» не раз писала о сложной и последовательной работе профсоюза в условиях пандемии. Об этом шла речь и на завершившемся VII съезде Профессионального союза работников здравоохранения России.

Обозреватель «Медицинской газеты» Алексей ПАПЫРИН попросил нового лидера Профсоюза работников здравоохранения, председателя Общественного совета при Минздраве России Анатолия ДОМНИКОВА дать оценку состоявшемуся форуму и поделиться планами на будущее.

– Анатолий Иванович, на VII съезде профсоюза прозвучало немало острых выступлений лидеров региональных организаций. Какие из них вы бы отметили?

– Любое замечание региональных и первичных организаций должно рассматриваться и обсуждаться. Критические выступления говорят о том, что центральный комитет в какой-то степени недоработывал с удалёнными территориальными организациями. К примеру, лидер Сахалинской организации Наталья Александрова говорила, что не чувствует поддержки со стороны центрального аппарата. И действительно, это так. Я могу подтвердить как человек, который долгое время возглавлял крупнейшую региональную структуру. Хотя она и располагалась, можно сказать, рядом с центральным комитетом, мы тоже ощущали определённую «незаточенность» на работу с региональными организациями и больше всего с первичными. Ведь именно они – основа профсоюза, и мы обязаны им помогать. А возглавляют их работники, которые в большинстве своём трудятся в практическом здравоохранении.

Считаю, нужны изменения. Например, на сайте профсоюза, на страницах для внутреннего пользования следует прописать алгоритм действия начинающего профсоюзного лидера, предусмотреть вводный курс лекций, варианты оформления профсоюзной документации и многое другое. Каким образом, например, проводить профсоюзное собрание, как разрабатывать, обсуждать и принимать коллективный договор с руководителем и т.д. Да, это не интересно для широкой аудитории. Но на внутренних страницах эту работу можно вести и делать это обязательно.

Конечно, критические замечания, прозвучавшие на съезде, будут учтены и проработаны со всей ответственностью. Так, некоторые коллеги сетовали в своих выступлениях, что недостаточно часто видят руководителей профсоюза в территориях. Объективные причины не позволяли прежнему руководству выезжать в регионы. Избранному составу руководителей профсоюза это вполне по силам. На съезде заместителем председателя избран Владимир Беспяткин и уже позже дал своё согласие на работу заместителем Михаил Андрончиков, который был моим основным конкурентом на выборах. По возрасту и состоянию здоровья мы все – люди деятельные. Планируем командировки в территории и все возникающие вопросы будем рассматривать на местах.

Более того, летом прошлого года меня избрали председателем Общественного совета при Минздраве России. Мы уже обсудили вопрос с руководством Минздрава о работе с регионами. Была одобрена идея выезжать в территории мне как председателю профсоюза и совета. Постараемся координировать такую

деятельность и вместе посещать их, если в этом будет необходимость. Обязательно будем встречаться с авторами критических замечаний.

– Накануне съезда ЦК профсоюза направил Президенту России предложения по установлению единых мер социальной поддержки для медицинских работников. Будете ли и дальше поддерживать и «лоббировать» подобное решение?

– Безусловно. Эту идею сформулировали более 15 лет назад наш тогдашний лидер Михаил Кузьменко и лидер Национальной медицинской палаты Леонид Рошаль. О том, что эта мера давно назрела, никого убеждать не нужно. Так почему же она не решается? Справедливости ради скажем, что во многих субъектах Федерации такого рода социальные пакеты уже существуют. В зависимости от того, насколько богат регион, меры поддержки довольно серьёзно различаются, причём, даже на уровне муниципальных образований. Ведь не только губернаторы, но и главы городов и районов тоже несут ответственность за кадровую обеспеченность в медицине, наряду с министрами федерального и регионального уровня.

Важно, чтобы во всех субъектах РФ и муниципальных образованиях был единый обязательный для всех социальных пакет медицинского работника, к которому богатые регионы смогут добавлять собственные преференции в зависимости от финансовых возможностей, а то ведь есть регионы, где никакой поддержки медицинских работников нет. Где же здесь справедливость?

– А если посмотреть на эту проблему с точки зрения заработной платы?

– Практически та же схема. Всё зависит от местных условий. Один регион гарантирует один уровень оплаты труда, другой – существенно меньший, а третий – ещё меньше. При этом некоторые богатые муниципальные образования расширяют эти гарантии. Кроме этого, Президент поставил задачу предложить механизм выравнивания заработной платы в разных территориях. Профсоюз поднимал этот вопрос неоднократно. Когда-то в нашей стране уходило от того, чтобы регулирование оплаты труда происходило на федеральном уровне. Но возникла колоссальная дифференциация. То есть на каждой территории появились свои критерии к начислению заработной платы. Причём они недопустимо отличаются. Врачи получают в 200-300 км от столицы зарплату в 3-3,5 раза меньшую, чем их коллеги в Москве. С этой несправедливостью давно пора разбираться. Работа продолжается, и очень активно, однако до настоящего времени каких-то приемлемых решений не найдено. Вопрос находится на личном контроле Президента и будет решён абсолютно точно. Будем внимательно следить, предлагать свои решения. Позиция профсоюза остаётся прежней – единые подходы в заработной плате на всей территории страны.

– Кадровый дефицит в здравоохранении трудно преодолеть без повышения оплаты труда и предоставления медицинским работникам социальных гарантий. Как вы оцениваете ситуацию в отрасли с обеспеченностью кадрами и поддерживаете ли возвращение распределения молодых специалистов?

– Безусловно, кадровый дефицит возникает и из-за уровня заработной платы, которого я уже коснулся... Зарплата не соответствует тому уровню затрат, которые вкладывают в спасение



жизни и здоровья людей медицинские работники. Надо признать, что в условиях «ковидных» ограничений производилась достаточно большая работа. Поэтому наша отрасль не чувствовала себя обиженной. Сейчас пандемия отступает, отделы возвращаются к обычному ритму работы, соответственно – заработная плата уменьшается. Период пандемии показал, насколько важна отрасль, как ценна наша профессия. Если раньше было очень много критики в адрес коллег, вплоть до возбуждения уголовных дел, то сейчас наступило осознание, что медицинские работники трудятся с огромной отдачей и делают своё дело качественно и профессионально. Выяснилось, что та система здравоохранения, которую мы ругали несколько десятков лет, оказалась эффективнее многих зарубежных аналогов. На мой взгляд, её надо и дальше совершенствовать. Наша профсоюзная роль заключается в том, чтобы шаг за шагом добиваться достойной оплаты труда за тяжёлый труд медицинских работников.

Возвращаясь к кадрам, их распределению, хочу отметить, что, действительно, кадровый дефицит существует. И уменьшить его при помощи распределения можно. Но тогда возникнет вопрос, почему введена такая дискриминация в отношении медицинских работников в сравнении со специалистами других отраслей? Почему там нет распределения, а у медицинских работников его вернули? Если всё-таки идти по этому пути, то только на добровольной основе, например, как у волонтеров, предусмотреть серьёзные преференции для тех, кто поехал по распределению. Один из вариантов – внеконкурсное поступление в ординатуру по престижным специальностям.

– Как было сказано на съезде, численность профсоюза работников здравоохранения в последние годы стабилизировалась. Какова ваша позиция: можно ли добиться увеличения профсоюзного членства и за счёт каких мер?

– Да, ситуация стабилизировалась, но не на высокой точке. Она далека от совершенства. Почему этот вопрос крайне важен? Если в каком-то коллективе более 50% членов профсоюза, тогда никто не спрашивает руководителя, кто должен подписывать коллективный договор. А это основной документ, по которому выстраивается взаимодействие, права и обязанности с одной стороны работника, с другой стороны – руководителя. Если организации опустились ниже 50% рубежа членства, то здесь сразу возникают сложности. В этом случае надо проводить общее собрание всего коллектива для того, чтобы определиться с вышеназванным вопросом. Если в подписании коллективного договора участвует наш профсоюз, то тогда выстраивается

стройная система. Организация представлена на всех уровнях. Всё начинается с подписания такого договора в конкретном медицинском учреждении, дальше – соглашение профсоюза с администрацией в регионе о социальном партнёрстве. На вершине – заключение соглашения в федеральном масштабе...

Пока процент членства по всей стране около 60. Но всё равно это критическая отметка. Нам надо вместе думать, как повысить профсоюзное членство. Такая задача ставится не впервые. Однако, выясняется, что ответить на вопрос, как этого достичь, не так просто. Дискуссии идут всё время. Секрет Полишинеля, что его надо рассматривать на уровне каждой конкретной больницы или поликлиники – всегда существуют проблемы, которые интересуют членов именно конкретного учреждения. Однотипных рецептов дать нельзя. То, что необходимо сделать на Севере, наверное, совершенно не годится по отношению к тем, кто работает на Юге или Западе. Помимо профсоюзных пленумов, президиумов необходимы научно-практические конференции. И одной из самых серьёзных может стать тема мотивации профсоюзного членства. Положительные практики, которые существуют, надо обязательно рассматривать, предлагать меры, которые изменят ситуацию. Многие зависят от личностей главного врача и профсоюзного лидера. От их умения выстраивать конструктивные взаимоотношения. Завершая ответ на этот вопрос, подчеркну, что надо перестраивать работу так, чтобы помочь первичным организациям. Так и будем действовать.

– По большому счёту суть профсоюза – в солидарности... Можно ли говорить о том, что сильный профсоюз сумеет решить многие задачи вместе с властью, не прибегая к таким мерам воздействия, как забастовки, митинги, акции протеста?

– Считаю, что это нормальные формы отстаивания интересов трудящихся. Но применять их надо, когда противоречия носят серьёзный и неразрешимый другими методами характер. Многие помнят, какие кризисы в новейшей истории проходила наша страна. Не отреагировать на них было невозможно. И профсоюз активно принимал участие во всероссийских акциях протеста, в том числе в забастовках. Люди выходили на улицу во главе с М.Кузьменко. В случае необходимости такие формы борьбы за права трудящихся профсоюз применял и может применить совершенно осознанно. Но нельзя стрелять из пушки по воробьям. У сильного профсоюза много различных форм воздействия при возникающих конфликтных ситуациях. Да, бывает, что на должности руководителей назначаются люди, которых бы я назвал «незрелыми». Они почему-то вообще не задумываются, что есть профсоюз, общественные организации, и с ними надо выстраивать конструктивные взаимоотношения. Такие начальники ощущают себя князьками, которые попали в вотчину, где они могут творить всё, что пожелают. Лет 5-7 назад была конфликтная ситуация в Рязанской области. Тогдашний председатель региональной профсоюзной организации Татьяна Степанова обратилась к коллегам, с просьбой помочь ей сделать голос профсоюза более «слышимым». И все региональные лидеры буквально засыпали губернатора этой территории официальными телеграммами и письмами с протестами о неуважительном отношении к мнению профсоюза работников здравоохранения.

В результате, глава региона довольно быстро отреагировал и конструктивный диалог был восстановлен. Но без чёткой и жёсткой позиции профсоюза, скорее всего, этого бы не произошло. Мы с вами уже подробно говорили, что профсоюз ни в коем случае не должен переходить на политическую повестку. Мы – организация профессиональная, экономическая. Должны защищать только социально-экономические интересы медицинских работников. Это для нас самое главное. Под любым предлогом критиковать власть – удел политически ангажированных псевдопрофсоюзов.

– Наши читатели интересуют, какие чувства вы испытывали, когда съездная комиссия объявила на съезде результаты голосования...

– Смешанные. Прежде всего – облегчения от того, что всё закончилось. Из-за «ковидных» ограничений выборная кампания продолжалась больше года. А подготовка к съезду началась задолго до этого. Кроме того, чувство огромной ответственности, которая легла на плечи нашей новой команды. А также чувство признательности коллегам, которые своим голосованием показали, какой путь они выбирают.

– Что в ближайших планах у лидера профсоюза?

– Сохранить рабочие команды как в центральном комитете, так и в регионах. Чтобы стать профсоюзным лидером, мало получить медицинское образование и состояться в профессии. Важно иметь дополнительное юридическое и экономическое (управленческое) образование. Никто не готовит сегодня таких специалистов. Поэтому профсоюзные команды формируются годами.

Как я уже сказал, вектор движения будет изменён на работу профсоюза в регионах и в первичных организациях. Ещё одно важное направление – конструктивное взаимодействие с властью. Один из признаков зрелости любого руководителя – договороспособность. Радикальные позиции у главного врача (как представителя работодателя) и у профсоюзного лидера (как представителя работников), конечно, могут встречаться, но это их общая слабость, потому что не смогли услышать друг друга и договориться! Ситуация «стенка на стенку» не конструктивна и ведёт к разрушению. Руководитель или его представители обязательно должны приглашаться к участию в работе профсоюзных комитетов, чтобы знать, что тревожит работников. Если этого нет – конфликт неизбежен.

Кроме того, важно учитывать, что сегодня существует целый спектр общественных организаций в нашей отрасли, как профессиональных так и пациентов. И мы обязаны их знать, учитывать интересы и особенности, определить с ними сферы влияния и взаимодействия. Следует отметить, что профсоюзная повестка ничуть не утратила своего значения ни у работников, ни в обществе. Отсюда такой интерес к профсоюзному движению у политических партий и создание ими псевдопрофсоюзных организаций. И это тоже один из вызовов времени, с которым необходимо считаться.

Планов, как видите, более чем достаточно. При этом главное, чтобы любой работник отрасли не чувствовал себя брошенным один на один с руководителем или представителем его команды. Для этого мы и создаём собственные профсоюзные команды профессионалов, готовых в любой момент и в самой доброжелательной манере прийти на помощь.

Ещё пять лет назад слово «аудит» воспринималось с недоверием и опаской. Когда оно впервые прозвучало на конгрессе педиатров, многие тогда недоумевали: «А что это такое?», «И зачем нужна ещё одна проверка?» Позже пришло понимание, и сейчас аудиты прочно вошли в обиход, проводятся регулярно. Более того, их осуществление вменяется в обязанности национальных медицинских исследовательских центров, курирующих подведомственные территории.

Анализу ситуации с младенческой и детской смертностью в ряде федеральных округов и дальнейшим шагом в этом направлении было посвящено совещание главных специалистов регионов по педиатрии, которое опиралось на данные аудитов.

### Регион региону – рознь

– Мы достигли выдающихся результатов снижения младенческой смертности, исторического минимума в России, благодаря огромной работе и Министерства здравоохранения РФ, главных специалистов в регионах и всех педиатров. Но успокаиваться нельзя. Нужно помнить, что этот показатель требует повседневного внимания, – считает главный педиатр Минздрава России академик РАН Александр Баранов.

– Помимо достижения исторического минимума в абсолютных и относительных цифрах, важно, что структура смертности (ранней неонатальной и младенческой) потихоньку начинает выравниваться. Выживаемость глубоко недоношенных детей, детей с тяжелой перинатальной патологией переходит за возраст 28 дней, – отметил проректор по лечебной работе Санкт-Петербургского государственного педиатрического медицинского университета Юрий Петренко, оглашая результаты аудита в Северо-Западном федеральном округе.

Неплохие показатели младенческой смертности, по словам представителя НИИЦ Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И.Пирогова профессора РАН Татьяны Куличенко, имеет Приволжский федеральный округ. А вот в Дальневосточном округе порядок цифр выше. Конечно, нельзя сравнивать Москву и Анадырь. В Чукотском автономном округе смертность составляет 14 промилле, он занимает самое последнее место в стране.

– Но побывав на Чукотке, я никогда не брошу камень в огород специалистов данной территории, – призналась Т.Куличенко, выезжавшая с коллегами в регион с целью аудита. – В Чукотской окружной детской больнице работают всего один педиатр, 2 неонатолога, которые вылетают бригадами на места госпитализировать детей, трудятся в отделении, интубируют, ведут этих пациентов, потому что детского реаниматолога там нет. Работать в таких условиях, когда ты один и у тебя 9 часов разница во времени со всеми крупными центрами, с Москвой, очень сложно. Куда позвонить, если срочно надо посоветоваться?

Больше половины случаев гибели младенцев на Чукотке (а за год умерло 13 детей) – это смертность на местах, на дому.

Еврейская автономная область тоже была ранее на одном из последних мест. Но в минувшем году намного улучшила показатели, усилив взаимодействие с Хабаровском в плане маршрутизации.

Известное и широко звучавшее когда-то выражение «кадры решают всё» по-прежнему актуально. Если нет специалистов, то кто будет оказывать помощь? В Магаданской области, Еврейской автономной области укомплектованность врачами – 50%, там некому работать, люди туда не едут, как и в соседние регионы.

На Чукотке есть программа финансовой поддержки специалистов «Арктический доктор», по ней готовы выплатить одномоментно огромные деньги тем, кто решит связать

свою судьбу с полуостровом. Люди приезжают, вступают в программу и через полгода покидают территорию, потому что жить и работать в суровых климатических условиях очень тяжело. Самолёт, вертолёт не взлетит в пургу, и по земле невозможно транспортировать ребёнка, так как нет дорог.

### Упорядочить работу

Конечно, из-за большой протяжённости страны проблемы различаются, но есть и общие. Среди них – маршрутизация и работа реанимационно-консультативных

Огромная проблема – разная юридическая, экономическая форма взаимодействия между РКЦ, подчиняющимися разным организациям.

– На наш взгляд, они должны концентрироваться в якорных учреждениях, – полагает Ю.Петренко. – В противном случае это ведёт к различным схемам маршрутизации детей, особенно с острыми состояниями. К сожалению, не во всех регионах существует единый детский центр, обеспечивающий дистанционное консультирование и поддержку принятия клинических решений.

### Акценты

# Опираясь на данные аудита

## Что он высветил в территориях страны?



центров (РКЦ). Что уж говорить о Дальнем Востоке! Даже в Северо-Западном федеральном округе 8-19% детей рождаются в учреждениях не соответствующего показателям уровня, к своей очереди приводят к транспортировке новорождённых, необоснованной, иногда многоэтапной перегоспитализации, и, как следствие, к нарушению охранительного режима, возникновению осложнений, инвалидизации, увеличению младенческой смертности. Дефекты транспортировки присутствуют во многих субъектах РФ и связаны, как правило, с организационными вопросами. Например, реаниматологи РКЦ, которые принимают звонки и консультируют, находятся в больнице третьего уровня. А те, кто выезжает за ребёнком (не детские, а вообще реаниматологи), находятся где-нибудь в санавиации, то есть в другой структуре. Один даёт добро, но везти не ему. Второй везёт, но лечить будет не он, ему главное просто доставить пациента и сдать. В результате в стационаре третьего уровня (не станем его называть, проблема характерна не только для конкретного региона), как показал анализ, 40% умерших детей погибли в течение 1-4 часов после поступления.

Иной вариант, когда большие территории имеют межрайонные центры второго уровня с детской реанимацией, куда доставляют ребёнка, если нельзя его доехать до учреждения третьего уровня, скажем, с предполагаемым инсультом. А в этом межрайонном центре нет ничего: ни визуализации, ни нужного невролога.

максимально быстро попасть в то подразделение, где ему эффективно помогут. Однако неоднократный перевод – не редкость, например, при исключении или подтверждении хирургической патологии (скажем, боли в животе).

В 40% детских стационаров третьего уровня работа приёмных покоев в плане оказания экстренной и неотложной помощи организована хорошо, есть противошоковые палаты, обученный персонал. Но среди учреждений первого-второго уровня таких буквально единицы. В числе лучших специалисты назы-

с изучением медицинских карт 3-5-летних детей с острыми респираторными инфекциями показал, что при пневмонии все получали антибиотики, при риносинусите – 93% пациентов. По-прежнему необоснованно назначается антибактериальная терапия при бронхитах и ларинготрахеитах. Но благодаря аудитам подвижки всё же есть. По убеждению Т.Куличенко, на этот профиль должны обращать внимание главные специалисты и органы управления здравоохранением территорий.

### На амбулаторном этапе

Аудит оказания помощи детям в Северо-Западном, Приволжском и Дальневосточном федеральных округах выявил и ряд других проблем.

– На амбулаторном этапе мы сталкиваемся с ослаблением взаимодействия между ведущими учреждениями в регионе и амбулаторным звеном, – отметил Ю.Петренко. – К сожалению, организационно-методическая помощь ослабла, например, не проводятся школы участковых, анализ амбулаторных карт.

Несвоевременно поступают результаты лабораторных исследований из внешних лабораторий. Врачи не всегда правильно оценивают их. По мнению Ю.Петренко, надо выстраивать такую же систему для любого анализа, как и по COVID-19.

Не все кабинеты амбулаторного звена, особенно участковых врачей, оснащены в соответствии со стандартами (отсутствуют тонометры, пульсоксиметры).

Недочёты имеются и при проведении профосмотров, а именно: формальность медицинского заключения, отсутствие рекомендаций (у ребёнка что-то выявили, но куда не направили). То же самое можно сказать о диспансеризации. Диспансерное наблюдение порой осуществляется формально. Очень много детей включается в группы риска, но само наблюдение этих групп недостаточно эффективно. И даже когда выявляется патология, время необоснованно затягивается. Зачастую ребёнок начинает получать реальную помощь только в тот момент, когда уже реализуется нозологическая форма.

– На наш взгляд, на первое место сейчас выходит как раз качество оказания медицинской помощи на всех этапах, – подчеркивает Ю.Петренко.

Его повышению способствует, в том числе, и соблюдение клинических рекомендаций и протоколов. А с этим как раз не всё в порядке. В некоторых территориях люди даже не знают, где их искать. В помощь докторам первичного звена специалистами НИИЦ РНИМУ им. Н.И.Пирогова разработаны алгоритмы по всем нозологиям в первичке, достаточно краткие, не на 70-80 страниц, как федеральные рекомендации, а так, чтобы можно было повесить на стенку, с указанием препаратов и доз. То есть без лишних слов, но в соответствии с клиническими рекомендациями.

– Прекрасная идея. Должны быть, скажем так, рамочные формуляры для учреждений того или иного уровня, – поддержала президент Союза педиатров России, главный детский специалист по профилактической медицине Минздрава России, академик РАН Лейла Намазова-Баранова. – Когда мы в своё время начинали делать клинические рекомендации, думали, что это будет что-то типа карманного справочника врача ВОЗ, то есть очень компактно, только схемы. Но в нынешних условиях процесс создания клинических рекомендаций изменился (документ по аллергическому риниту в прошлой версии был 17 страниц, сейчас 70). Понятно, что у практикующего врача нет времени читать по каждой нозологии 70 страниц. Поэтому нужно обеспечить его конкретными алгоритмами, как сказала Т.Куличенко. Мы готовы по линии Союза педиатров России сделать это.

Валентина ЕВЛАНОВА,  
корр. «МГ».

вают медицинские организации Татарстана, Башкортостана, Чувашии, Бурятии, Пермского края, Амурской, Оренбургской, Кировской, Сахалинской областей. Например, у сотрудников приёмного отделения Республиканской детской клинической больницы Татарстана можно поучиться, как хранить и вести учёт лекарств и медицинских изделий, то есть того, что помогает спасать пациентов. По мнению Т.Куличенко, было бы неплохо официально нормативным документом определить, что точно должно быть в приёмном покое для оказания неотложной помощи, тем более что регионы неоднократно просили прислать им список укладки.

Анализируя данные о смертности детей старше месяца, аудиторы обнаружили, что в Приволжье 50-60% малышей умирают вне медицинских организаций. Смертность на дому в большей степени связана с медико-социальными причинами. Однако и в учреждениях второго уровня погибает немало детей, а этого не должно быть, если функционирует РКЦ, ведь в Приволжье – небольшие по протяжённости территории, за 1,5 часа можно доехать.

Поскольку 90% детей госпитализируются с кашлем, диареей, температурой, то нельзя не сказать об инфекционных больницах.

– Хуже, чем инфекционные стационары, медицинских организаций в стране я не видела, – поделилась впечатлением Т.Куличенко. – Более 60% из них расположено в приспособленных помещениях, в 85% аудиторы выявили неготовность к оказанию неотложной помощи. Зачастую в инфекционных стационарах, куда поступают «острые» дети, отсутствуют отделения реанимации. На вопрос: «Что вы будете делать, если ребёнку потребуются реанимационные услуги?» отвечают – «Вызовем скорую помощь». Но это же неправильно, хотя бы ПИТ должны быть.

Полипрагмазия по-прежнему остаётся бичом многих медицинских организаций. Так, в одном из учреждений при лечении инфекционного неосложнённого мононуклеоза было назначено 26 препаратов, ротавирусной инфекции – 23. Кстати, нерациональная антибактериальная терапия в инфекционных стационарах встречается в 2 раза чаще, чем в соматических. При этом используются в основном цефалоспорины, которые воспринимаются как «наше всё».

– Я с ужасом думаю, что будет в следующем году с антибактериальной резистентностью после «ковида», потому что такого расхода антибиотиков мы давно не видели, – поделилась опасениями Т.Куличенко.

Анализ клинической практики в первичном звене 16 территорий

### Рукотворные сложности

Ю.Петренко тоже отмечает нарушение в работе приёмных покоев, смешение потоков, несоблюдение маршрутизации, в том числе внутри учреждений. Хотя ребёнок должен

Тема правового обеспечения работы врача в России в силу своей сложности и актуальности имеет много плоскостей обсуждения. Профессор кафедры государственной политики Московского государственного медицинского университета им. М.В.Ломоносова академик РАН Сергей КОЛЕСНИКОВ предложил взглянуть на происходящее не с точки зрения медицинского сообщества, а с точки зрения структуры госуправления, и задумать над вопросом: если проблема так долго не решается, может быть, это кому-то нужно?..

– Сергей Иванович, большая часть вашей жизни связана с медицинской наукой и существенная – с политикой. Как человек, имеющий опыт депутатской работы в Верховном Совете СССР и Госдуме РФ и профессорской – в МГУ, объясните, почему так происходит: обсуждают вопрос на высшем законодательном уровне, горячо спорят, предлагают хорошие идеи, а результат – ноль процентов. Не то что системы, а даже очертаний стратегии правового обеспечения медицинской деятельности пока не видно.

– Первое, что необходимо подчеркнуть: область «медицинское право» в системе подготовки юристов в России отсутствует, как отдельная специализация, хотя Указом Президента РФ № 511 от 15.03. 2000 «О классификаторе правовых актов» выделен специальный раздел 140.010.000, посвящённый здравоохранению. Это даёт основания говорить о наличии самостоятельной отрасли – законодательства о здравоохранении.

Следовательно, для юристов медицинское право должно быть специализацией по аналогии со специализацией врачей. Ведь хирург не станет и не вправе заниматься терапией, а терапевт – акушерством, в медицине каждый специалист компетентен и аккредитован в своей области. Между тем, расследованием так называемых врачебных ошибок и случаев конфликтов гражданина с лечебным учреждением, защитой «потерпевших» и «виновных», равно как и рассмотрением таких дел в суде занимаются юристы любого профиля, которых для этого привлекают.

Если в классических университетах и медицинских вузах откроют факультеты медицинского права, где будут выпускать юридических юристов или врачей-юристов, то есть специалистов с двумя дипломами, это, по моему мнению, решит проблему. В идеале вести любые медицинские дела и вносить по ним решения должны исключительно юристы с соответствующей подготовкой, в противном случае работа по установлению истины напоминает движение по минному полю: не понимая сути медицинских процессов, следователь, судья и адвокаты постоянно рискуют сделать неверный шаг, грозящий фатальной ошибкой.

Второе: в сфере правового обеспечения медицинской деятельности сохраняется неопределённость формулировок. Например, что такое «врачебная ошибка», никто чётко сказать не может, ни в одном федеральном законе или ином нормативном акте разъяснений данного понятия нет. Выходит, характеристика такого рода событиям даётся в судебном процессе по принципу вкусовщины. Сторона обвинения настаивает на том, что имела место врачебная ошибка, или того хуже – халатность медработника, а то и вовсе умысел, и судья может с этим согласиться, а может не согласиться, потому что чётких юридических критериев нет.

Такая неопределённость терминов, касающихся медицинской деятельности, в гражданском и уголовном законодательстве имеет бенефициаров: российские

адвокаты, равно как и их зарубежные коллеги, делают деньги на всём, что касается здоровья и здравоохранения. Я знаю немало примеров, когда обратиться в суд с иском к врачу пациентов убеждали именно адвокаты, чьи интересы очевидны, когда суммы исков растут с устрашающей скоростью. А в ситуации, когда сохраняется терминологическая неопределённость и отсутствует достаточная доказательная база, в суде предстоит состязание адвоката и судьи, которые на стороне пациента, и врача, который должен доказывать, что он не ошибся,

вита правила? Отсюда и такое количество жалоб населения на медиков, судебных исков.

– Есть основания думать, что это сознательная политика государства. Взаимоотношения врач – пациент – очень важный раздел, и большая роль в создании негативного образа врача и эскалации негативного отношения общества к врачу принадлежит СМИ. Первым это показал профессор политологии Сергей Кара-Мурза, как отвлечь внимание общества от реального ответственного лица за проблемы в здравоохранении и переложить всю ответственность за них на врача.

пишет о недостатках здравоохранения, врачи становятся «труднодоступными» для пациентов. На следующий год данная тенденция усугубляется, появляются первые статьи о врачебных ошибках, о причинении вреда здоровью пациентов, о врачах-мошенниках и их нетрудовых доходах. Хотя среди них всё ещё много «профессионалов», «заботливых» и «самоотверженных» докторов.

К 1995 г. наиболее частыми в отношении медиков стали сочувственные характеристики – «энтузиасты», «малообеспеченные» и «работают», – что сообщало

общественности в сторону врача, формируя тем самым негативное мнение о медиках и медицине. Он вам оказывал помощь – он и виноват в том, что результат оказался хуже ожидаемого или вовсе неудачным. А то, что государство не обеспечило врачу для работы ни необходимые лекарства, ни современное оборудование, ни надлежащие условия стационара, об этом речи нет.

Таким образом, власть переложила всю ответственность за качество медицинской помощи на самих медиков, чем и объясняется лавинообразный рост судебных

Из первых уст

# Беззащитность врача кому-то выгодна?

Как отвлечь внимание общества и переложить вину на невиновных

оказывая медицинскую помощь, и, тем более, заведомо не имел умысла причинить вред здоровью больного.

И, наконец, третье, что, как мне кажется, необходимо сделать: всё, что касается здравоохранительской тематики, должно иметь логическую и процессуальную завершённость, начиная с обозначения прав и обязанностей медработников и пациентов и правил организации медицинской деятельности, заканчивая наказанием за их нарушение. Это необходимо сделать предметом отдельного кодекса законов об охране здоровья. Законодательные акты, имеющие отношение к медицине и здравоохранению, должны быть собраны в одном месте и не противоречить друг другу.

Пока же у нас есть федеральный закон № 323 со странным названием «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», то есть некий рамочный нормативный акт, расписывающий общие параметры. Есть два базовых закона: «Об ОМС в РФ» и «Об обращении лекарственных средств», есть немногочисленные «медицинские» законы прямого действия и многочисленные «немедицинские» законы, а все вместе они мало соотносятся с Уголовным кодексом и Кодексом об административных правонарушениях, в которых нет специальных статей о здравоохранении. Поэтому врачей за «ошибки» судят по тем же статьям, по которым судят насильников и убийц, что само по себе дико.

Кстати, примеров того, как после обвинительного приговора врач в результате апелляции был полностью оправдан, уже немало. Но вы когда-нибудь слышали, чтобы следователь, прокурор, судья, адвокат понесли ответственность за неправомерное вынесение приговора медработнику или использование неправомерных аргументов защиты?

– Может быть, врачебное сообщество само виновато в сложившейся ситуации: недостаточно организовано, недостаточно саморегулируемо, чтобы для самих себя устано-



– Причём отвлечь ловко и надолго. Уже 30 лет новой России, а острота данной проблемы не только не снижается, а, напротив, усиливается.

– Это действительно так. С.Кара-Мурза несколько лет назад написал большой аналитический материал о постсоветской системе здравоохранения, в частности, о том, как менялась парадигма отношения к врачу со стороны властей и общества. Вот прямая цитата: «Что мы наблюдаем сегодня в России? Подход, противоположный принципам советского здравоохранения, хотя правительство этот поворот маскирует второстепенными деталями. Ещё не меняя структуру системы здравоохранения, государство стало ослаблять все её элементы и пропагандой, и ресурсным голодом».

А далее он замечает, что с первого же года перестройки средствами массовой информации была начата большая кампания по дискредитации советского здравоохранения и медицинских работников. Могло ли это быть собственной инициативой СМИ без благословения или просто при попустительстве государства? Разумеется, нет.

Вот как иллюстрирует политик эту мысль на примере некого самого высокотиражного и популярного в стране еженедельника. В 1984 г. газета показывает положительное отношение к врачам – 88% сообщений такого характера, доминирующими символами советской медицины и медиков являются слова «профилактика», «высококвалифицированные», «современные», «бесплатные», «лечат». В 1987 г. тональность публикаций и оценки меняются. То же издание теперь больше

исков к лечебным учреждениям и врачам, которые, как уже сказано, в правовом смысле абсолютно безоружны. Выходит, юридическая незащищённость медработников выгодна самой юридической системе и государству, как её «учредителю»?

В то же время вопрос, почему пациент или его родственники оказались не удовлетворены результатом оказания медицинской помощи, на самом деле в подавляющем большинстве случаев надо задавать не врачу, а тем, от кого зависит организация его профессиональной деятельности, – руководителю медицинской организации, территориальному органу управления здравоохранением, а также Росздравнадзору и Роспотребнадзору, которые должны следить за тем, чтобы доктор имел в своём распоряжении всё, что необходимо для работы в рамках лицензии, выданной медицинской организации.

– Честно говоря, я не знаю ни одного случая, когда бы врач, осуждённый за причинение вреда здоровью пациента, обратился с регрессным иском к работодателю, органам управления здравоохранением или контрольно-надзорным органам.

– Да потому что у нас органы юстиции государственные. Как же они будут карать другие государственные структуры? Такое в принципе маловероятно. Кстати, это вопиющая ситуация, когда Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения находится в ведении Минздрава России, то есть зависима от него. Орган, который должен контролировать деятельность учреждений, подведомственных Минздраву, сам находится в структуре данного министерства – это ли не нонсенс?

Но у законодательной власти такая ситуация почему-то не вызывает вопросов. Попытки изменить ситуацию предпринимались, но провалились. В 2010 г. было объявлено о планах создания единой Федеральной контрольно-разрешительной структуры при Правительстве России, а два года назад была предпринята попытка вывести Росздравнадзор из структуры Минздрава, когда Веронике Скворцовой планировалось назначать руководителем этого ведомства. Но реформа не удалась: экс-министра тогда быстро переназначили в ФМБА, которое в итоге и стало независимым, а надзорное ведомство осталось подконтрольно Министерству

– Правильно ли я понимаю, что точка зрения политолога С.Кара-Мурзы близка точке зрения учёного-медика С.Колесникова?

– Правильно. Когда в здравоохранении постсоветской России начались проблемы, власти не хотели признать, что это результат их разрушительной деятельности, и начали направлять гнев

здравоохранения. Разве это государственный подход?

В настоящее время медийное пространство переполнено информацией о Национальном проекте «Здравоохранение». Однако реализация данного проекта никак не влияет на статус российского врача, его репутацию в общественном представлении.

Опасаясь, что стремление переложить ответственность за все проблемы в здравоохранении на рядового врача может закончиться очень плохо, а именно, вызвать взрыв недовольства в медицинском сообществе. В пассивной форме это недовольство уже проявляется: конкурс в ординатуру и аспирантуру по хирургии и акушерству-гинекологии – тем специальностям, работа в которых сопряжена с максимальными рисками непредумышленного причинения вреда здоровью пациента и, соответственно, юридической ответственности врача – заметно снизился.

И регрессные иски врачей к работодателям и организаторам здравоохранения, я думаю, рано или поздно появятся. Это было бы правильно, чтобы, наконец, стало очевидно, кто на самом деле является надлежащим субъектом ответственности, и побудило бы руководителей страны и отрасли к положительным преобразованиям.

Ещё одна задача, которую надо решать, – саморегулирование в системе здравоохранения. Соответствующую статью в федеральном законе № 323-ФЗ активно пробивали Национальная медицинская палата и её президент Леонид Рошаль. В странах с сильными системами здравоохранения профессиональные медицинские ассоциации имеют право аттестовать врачей, рассматривать дела о случаях неудачного лечения и конфликтных ситуациях врач – пациент. Решение о лишении врача лицензии тоже принимает профессиональная ассоциация.

У нас этого нет. Формально норма в законе прописана, но ни Минздрав, ни Росздравнадзор никаких регулирующих функций врачевским сообществам не передают.

**– Отчасти дали, а именно привлекли общественные объединения к аттестации и аккредитации врачей, а также к написанию клинических рекомендаций. В то же время при наступлении неблагоприятного исхода лечения в дело автоматически включаются следственные органы. Никакие врачебные объединения в этих разбирательствах по поручению государства не участвуют. Они могут лишь инициировать защиту своих членов и проведение медицинской экспертизы, альтернативной судебно-экспертизе. Но «рулят» Следственный комитет и суд.**

– По поводу судов над врачами: предложение, которое не раз звучало ещё в ту пору, когда я был депутатом – о создании мировых или третейских судов по медицинской специализации – так и не получило поддержки ни законодательной, ни исполнительной властей. Между тем, если бы в отечественной системе медицинской деятельности установился принцип саморегулирования, то рассмотрение большей части дел о врачебных неудачах проходило через профессиональные ассоциации или третейские суды. Но, повторяю: государство не хочет отдавать эту функцию. Почему? Возможно, это связано с тем самым, о чём я сказал ранее: оно опасается услышать обвинения в свой адрес за случаи ненадлежащего оказания медицинской помощи.

С большим сожалением следует признать, что правовое обеспечение медицинской деятельности в России – комплексная проблема, которой сегодня комплексно никто не занимается.

Беседу вела Елена БУШ, обозреватель «МГ».

## Преодоление

# Питание как путь к сокращению койко-дней

**В минувший кризисный год в стране наблюдалось увеличение потребления специализированного лечебного питания, и при этом оказалось, что его не хватает на рынке. Можно было бы увеличить производство, передав вопрос на рассмотрение министерствам и ведомствам. Тем более что на сегодняшний день ими ведётся работа по созданию отраслевых стратегий по социально-экономическому развитию России до 2030 г. Но дело в том, что производство специализированных пищевых продуктов и биологически активных добавок в настоящий**

Этот рынок в стране только начинает набирать обороты, но уже показал хороший потенциал, появились интересные отечественные продукты. Для полноценного его развития необходимо решить целый комплекс задач, включая такие, как разработка и принятие нормативных правовых актов, развитие науки и инноваций в этом секторе, стимулирование и поддержка производителей, реализация государственной программы ЗОЖ и сбалансированного питания, сказала заместитель председателя Комитета Совета Федерации РФ по социальной политике Татьяна Кусайко.

Меры превентивной нутритивной поддержки граждан разных возрастных групп обсуждаются не первый год, однако программа витаминизации как профилактики инфекционных заболеваний до настоящего времени остаётся лишь на бумаге, не имея конкретной статьи расходов в бюджете страны. Нет и отечественных производителей такой продукции полного цикла. Вот почему, считает член Комитета Совета Федерации по социальной политике Виктор Абрамов, важно в кратчайшие сроки создать Стратегию развития специализированных пищевых продуктов и биологически активных добавок и «дорожную карту», включить их в план работы Правительства РФ по социально-экономическому развитию до 2030 г.

Одна из наиболее уязвимых групп потребителей специализированных лечебных продуктов – это пациенты медицинских учреждений. С началом стационарного лечения пациент иногда получает такую поддержку за счёт системы медицинского страхования, но перейдя на амбулаторную стадию или лечение на дому, вынужден покупать это питание за счёт собственных средств.

Эксперты пытаются донести до ответственных лиц мысль, что лечебное питание – это вопрос не только здоровья, но и фармако-экономических преимуществ. На госпитальном этапе оно позволяет снизить длительность пребывания в стационаре, количество осложнений, стоимость лечения; домашнее энтеральное питание помогает ми-

момент не имеет привязок конкретно к какому-либо отраслевому ведомству. И это вызывает у экспертов опасения, что данная сфера и дальше будет пребывать вне зоны внимания государства, а проблемы производителей и потребителей так и останутся нерешёнными. Участники состоявшегося «круглого стола» по вопросам специализированных пищевых продуктов обсудили эти вопросы и наметили разработку проекта Стратегии развития рынка специализированных пищевых продуктов и биологически активных добавок до 2030 г.

низировать такие осложнения, как дыхательная недостаточность, пневмония, инфекция мочевыводящих путей, анемия. Как посчитали в США, лечебное питание снижает среднегодовые расходы на госпитализацию с 764,65 долл. до 142,66 на одного пациента. Распространённость домашнего энтерального питания в Европе и США характеризуется ежегодным 5%-ным приростом, в США в 2017 г. эта цифра составила 460 случаев на 1 млн населения.

В российских медицинских учреждениях в 2020 г. потребность в лечебном энтеральном питании выросла на 20%, так как оно применялось у пациентов с COVID-19, находящихся на ИВЛ или получающих кислородную поддержку, сообщил президент Ассоциации развития пищевой промышленности «Евразийский совет индустрии специализированных пищевых продуктов» Юрий Зубарев. Но до европейских показателей нам ещё далеко.

Чаще всего с проблемами питания сталкиваются пациенты в онкологии, где сбалансированный, полноценный рацион является частью сопроводительной и поддерживающей терапии, а его недостаточность негативно влияет на результаты лечения и качество жизни. Согласно прозвучавшим на мероприятии данным, до 60% пациентов онкологического профиля страдают от нутритивной недостаточности (из них до 15% не могут питаться самостоятельно через рот и используют зондовое питание).

Как сообщил заместитель генерального директора Национального медицинского исследовательского центра радиологии директор Медицинского радиологического научного центра им. А.Ф.Цыба Сергей Иванов, с точки зрения затрат, использование домашнего энтерального питания на 60% экономически эффективнее, чем длительная нутритивная терапия в стационаре. Проведение домашнего энтерального питания в амбулаторных условиях может улучшить результаты лечения и исход заболевания и в конечном итоге сократить расходы на здравоохранение.

Дефицит питания онкопациентов зачастую исходит из организации медицинской помощи, заметил врач Михаил Куцый: «С одной стороны, мы можем говорить, что нет денег, главные врачи не хотят вкладываться. Но с другой стороны, иногда приходится сталкиваться с тем, что врачи-клиницисты не видят этой проблемы и не направляют руководство на её решение». По его словам, дефицит питания характерен не только для онкологических, но и для 40% хирургических больных, которые приходят в клиники на оперативное лечение с уже имеющимся дефицитом белка, микронутриентов, полиненасыщенных жирных кислот.

Социологи подтверждают рост запроса у россиян на витаминизацию – пандемия подстегнула интерес к собственному здоровью. Согласно данным опроса, которые провёл Всероссийский центр изучения общественного мнения, 52% россиян принимали витамины и минеральные вещества в течение 2020 г. Директор по работе ВЦИОМ с органами государственной власти Кирилл Родин сказал, что на первом месте по потреблению оказался витамин D3 (24%), затем – витаминные комплексы, поли-, мультивитамины (17%), далее по популярности следуют витамины С и В. Чаще всего потребители витаминов перед их приёмом обращаются к врачу (51%) или исходят из прошлого опыта (26%). Но только каждый десятый сдавал анализы (10%), столько же консультировались с фармацевтом (10%). Более половины респондентов декларируют, что приём витаминов возможен только после назначения (58%), а 36% допускают возможность самостоятельного приёма.

Такие цифры могли бы порадовать. Только эксперт сильно сомневается, что так вдруг возрос уровень культуры потребления витаминов: «Честно говоря, у меня есть гипотеза, что многие из них где-то на форуме что-то прочитали, получили сведения от человека, которого они считают врачом, например, в какой-нибудь передаче на TV-канале. Я думаю, что многие из 51%, которые сказа-

ли, что получили информацию от врача, подразумевают передачи госпожи Малышевой».

За стремлением россиян к витаминизации, опасается К.Родин, могут стоять большие угрозы – именно из-за невысокого уровня культуры потребления. «Нельзя забывать о том, что активную роль в этом секторе играет не только государство, но и бизнес. Тут мне напоминает высказывание Карла Маркса о том, что нет такого преступления, на которое капитал бы не пошёл ради 300% прибыли. Когда мы видим информационное поле с призывами производителей потреблять комплексы препаратов, которые они считают полезным, когда мы оказываемся в ситуации не совсем регулируемого взаимодействия, нам есть над чем задуматься. Мне кажется, витамины при таком высоком запросе в перспективе могут оказаться опасной «гранатой» в руках неумелых потребителей», – высказался он.

Пандемия коронавируса сильно изменила рынок БАД, хотя их потребление в России пока ещё отстаёт от общемирового, сказал эксперт по рынку БАД Илья Микин. Регулярно их употребляют лишь 15% российских граждан, для сравнения: в Японии – 90%, Китае – 67%, США – 66%. Правда, в прошлом году картина сильно изменилась, когда, по данным DSM Group, продажи добавок, поддерживающих функционирование иммунной системы, выросли на 124,4%, витамина D – в 4 раза, цинка – в 4, витамина С – в 2 раза.

Эксперт напомнил об инициативе Минпромторга провести эксперимент по маркировке БАД средствами электронной идентификации. По его мнению, крупные маркетплейсы, на которых россияне покупают товары этой категории, тоже должны участвовать в маркировке, чтобы показать происхождение продуктов и подтвердить, что они не фальсифицированные. Он также призвал ввести стандарты качества для БАД и витаминов по аналогии с фармацевтическим стандартом качества GMP. «Минпромторг и Минсельхоз должны озадачиться этим. Стандарты качества и маркировка должны быть обязательно внедрены, особенно для онлайн-каналов продаж», – считает он.

Применение специализированного питания в медицинских учреждениях показывает, что это путь к сокращению койко-дней, ускорению реабилитации пациентов. Что не может не ставить вопрос о скорейшей разработке Стратегии развития рынка специализированных пищевых продуктов и биологически активных добавок до 2030 г., заключил Ю.Зубарев. Все предложения, прозвучавшие во время «круглого стола», проанализируют, соберут в один общий концепт и передадут в органы законодательной и исполнительной власти.

Римма ШЕВЧЕНКО, корр. «МГ».

## Ситуация

**Минздрав России представил изменение целевых показателей федерального проекта «Борьба с онкологическими заболеваниями», входящего в Национальный проект «Здравоохранение», на период 2021-2024 гг. Были скорректированы значения двух показателей – «одногодичная летальность больных со злокачественными новообразованиями (ЗНО)» и «доля злокачественных новообразований, выявленных на I-II стадиях».**

Согласно отчёту о деятельности Минздрава России, в 2020 г. по федеральному проекту было достигнуто два целевых показателя из трёх: одногодичная летальность

# Онкологические старты

больных с ЗНО составила 20,6% (при плановом значении 20,8%), доля пациентов с ЗНО, состоящими на учёте 5 лет и более, – 56,6% (при целевом значении 55,6%). При этом показатель «доля злокачественных образований, выявленных на ранних стадиях» в 2020 г. достигнут не был – его фактическое значение на конец 2020 г. составило 56,3% при плановом 56,4%.

«Обеспечение раннего выявления ЗНО было затруднено ввиду временного приостановления диспансеризаций и профосмотров,

перепрофилирования медицинских учреждений для оказания помощи пациентам с COVID-19, в том числе участвующих в проведении диагностики онкологических заболеваний, повышенной нагрузки на медицинский персонал в условиях имеющегося кадрового дефицита, снижения онконастороженности врачей-специалистов в отношении онкологических заболеваний ввиду фокуса внимания на симптомах COVID-19», – отметили в федеральном Минздраве.

По итогам 2020 г. во всех субъектах РФ было частично или полно-

стью реализовано 5993 мероприятия по борьбе с онкологическими заболеваниями – это 78,2% от запланированного объёма. Наибольший процент реализации отмечен в направлении по кадровому обеспечению медорганизаций, оказывающих профильную помощь пациентам (83,4%), самый низкий – по мероприятиям, связанным со вторичной профилактикой онкозаболеваний (68,3%).

Григорий МАТВЕЕВ.

МИА Сито!

## КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 16 (2280)

### Основные рекомендации

Сила рекомендаций (A-D), уровни доказательств (1++, 1+, 1-, 2++, 2+, 2-, 3, 4) и индикаторы доброкачественной практики – good practice points (GPPs) приводятся при изложении текста рекомендаций.

### Определение и принципы диагностики

Таблица 1

#### Формализация диагноза по МКБ-10

F10.5	Психотическое расстройство, вызванное употреблением алкоголя
F11.5	Психотическое расстройство, вызванное употреблением опиоидов
F12.5	Психотическое расстройство, вызванное употреблением каннабиноидов
F13.5	Психотическое расстройство, вызванное употреблением седативных или снотворных веществ (F13.-T; F13.-H)
F14.5	Психотическое расстройство, вызванное употреблением кокаина
F15.5	Психотическое расстройство, вызванное употреблением других стимуляторов, включая кофеин (F15.-T; F15.-H)
F16.5	Психотическое расстройство, вызванное употреблением галлюциногенов (F16.-T; F16.-H)
F17.5	Психотическое расстройство, вызванное употреблением никотина
F18.5	Психотическое расстройство, вызванное употреблением летучих растворителей
F19.5	Психотическое расстройство, вызванное одновременным употреблением нескольких наркотических средств и использованием других психоактивных веществ (F19.-T; F19.-H)

В адаптированном для России варианте МКБ-10 используется 7 знаков, которые позволяют формализовать диагноз обнаруженного у больного расстройства. В данной главе акцент сделан на диагностических вопросах, связанных с диагностикой заболеваний, которые чаще всего возникают в рутинной практике у врача психиатра-нарколога.

1. Диагностические группы различаются по психоактивному веществу (ПАВ) или группе веществ, вследствие употребления которых развиваются психические и поведенческие расстройства вследствие употребления:

- F 10...алкоголя
- F 11...опиоидов
- F 12...каннабиноидов
- F 13...седативных или снотворных средств
- F 14...кокаина
- F 15...психостимуляторов, включая кофеин

Таблица 2

#### Диагностика психотического расстройства: F 1x.5 третья цифра (четвёртый знак) «5»

1	Определение	Расстройство, возникающее во время или непосредственно после употребления вещества, характеризующееся обманом восприятия (чаще всего слуховыми, реже зрительными галлюцинациями, иллюзиями, ложными узнаваниями), бредом и/или идеями отношения (часто параноидного характера), психомоторными расстройствами (возбуждение или ступор), аффективными расстройствами. Сознание как правило не нарушено, хотя возможна некоторая степень его помрачения. Продолжительность психотического расстройства может достигать месяца, резидуальная симптоматика может сохраняться в течение 6 месяцев. Диагностические указания: Психотическое расстройство, возникшее во время или в течение 2 недель после употребления психоактивного вещества и сохраняющееся после детоксикации, при отсутствии психоактивного вещества в организме. Исключаются: F1x.03x Острая интоксикация с делирием F1x.04x Острая интоксикация с нарушением восприятия F1x.4 Абстинентное состояние (синдром отмены) с делирием F1x.7xx психотические расстройства с поздним дебютом
2	Диагностические критерии	Наличие достоверных анамнестических данных о недавнем факте употребления психоактивного вещества (не более 2 недель с момента последнего приёма психоактивного вещества). Наличие достоверных анамнестических данных о систематическом злоупотреблении данным психоактивным веществом
3	Уточнения	Характер психотического расстройства уточняется пятым знаком: F1x.50x Шизофреноподобное расстройство F1x.51x Преимущественно бредовое расстройство Включается: – начальный период бреда ревности. Исключается: – отдалённый период бреда ревности (F1x.75x). F1x.52x Преимущественно галлюцинаторное расстройство (включает алкогольный галлюциноз) F1x.53x Преимущественно полиморфное психотическое расстройство F1x.54x Расстройство с преимущественно депрессивными психотическими симптомами F1x.55x Расстройство с преимущественно маниакальными психотическими симптомами
4	Пример диагноза	F12.503 Шизофреноподобное расстройство, вызванное употреблением каннабиноидов. Тяжёлая степень. F10.512 Алкогольный бред ревности. Средняя степень. F13.543 Психотическое расстройство с преимущественно депрессивными психотическими симптомами, вызванное употреблением седативных или снотворных средств. Тяжёлая степень. Токсикомания (Фенобарбитал)

### Этиология и патогенез острой интоксикации

Факторы	Описание
Биологические факторы	Причиной психотического расстройства является нарушение обмена нейромедиаторов в результате длительного, систематического злоупотребления психоактивным веществом. Как правило, пусковым моментом в развитии такого расстройства является большая продолжительность очередного цикла наркотизации и/или особенно высокие дозы принятого психоактивного вещества.

- F 16...галлюциногенов
  - F 17...табака
  - F 18...летучих растворителей
  - F 19...сочетание нескольких ПАВ.
2. Заключение об употребляемом веществе делается по субъективным и/или объективным данным.

3. В случае употребления больным более чем одного вещества диагноз устанавливается по веществу (или классу веществ), которое употреблялось наиболее часто.

4. В случае хаотичного приёма веществ, когда последствия употребления клинически не разделимы, применяется код F19.

Важно помнить, что диагноз «Наркомания» устанавливается только в том случае, если ПАВ включено в официальный «Перечень наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации. (Список 1,2,3)». То есть в случаях зависимости от седативных или снотворных веществ F13, стимуляторов F15, галлюциногенов F16, летучих растворителей F18, употребления

(измерение артериального давления, пульса, частоты дыхания и т.д.); клинико-психопатологического обследования; лабораторного исследования. Следует обратить внимание на информацию о длительности злоупотребления психоактивным веществом, изменении его количества и/или качества, предшествующее развитию психотического состояния. Психотическое расстройство чаще всего возникает в течение суток после употребления психоактивного вещества, но может манифестировать и в течение 2 недель после прекращения приёма ПАВ. Основные клинические проявления острого психотического состояния редуцируются в течение нескольких дней, максимальная продолжительность острого психоза может достигать одного месяца, остаточная бредовая симптоматика может сохраняться в течение полугода. Клинические проявления указанных выше расстройств нельзя объяснить проявлениями острой интоксикации и они не являются составной частью синдрома отмены.

# Диагностика и лечение психотического расстройства, вызванного употреблением психоактивных веществ

## Федеральные клинические рекомендации

нескольких седативных веществ F19 в коде психические расстройства ставится русская буква «Н».

В противном случае расстройство квалифицируется как «токсикомания» и ставится русская буква «Т»; данные буквы устанавливаются в конце шифра (таблица 1).

### Диагностика заболевания

Диагноз устанавливается путём сбора анамнеза: необходимо выяснить, принимал ли пациент до того, как изменилось его состояние, какие-либо психоактивные вещества; общего осмотра пациента по системам и органам последовательно, имеет значение также внешний вид больного, произведение других врачебных манипуляций

### Консультации специалистов:

- психиатр-нарколог;
- терапевт;
- невролог.

### Лабораторные методы:

- общий (клинический) анализ крови;
- анализ крови биохимический общетерапевтический;
- анализ мочи общий;
- иммунохроматографическая экспресс-диагностика содержания психоактивного вещества в биологических средах (моча, слюна);
- токсикологическое исследование биологических сред (крови, мочи, желудочного содержимого) в случае, если данные анамнеза,

### Рейтинговая схема для оценки силы рекомендаций (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 (2)

Сила	Описание
A	По меньшей мере один метаанализ, систематический обзор или РКИ, оценённые как 1++, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие устойчивую результативность, 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+

клинические данные не позволяют исключить факт развития психотического расстройства вследствие употребления психоактивного вещества, а экспресс-тесты показывают отрицательный результат или применение их не представляется возможным.

**Инструментальные методы:**

– регистрация электрокардиограммы.

**Клиническая диагностика психотического расстройства, вызванного употреблением психоактивных веществ**

**Психотическое расстройство, вызванное употреблением алкоголя**

Острые психотические расстройства вследствие употребления алкоголя крайне разнообразны. Здесь рассматриваются все психотические нарушения, за исключением алкогольного делирия, возникающие во время запоя или в течение 2 недель после окончания употребления алкоголя.

F10.51. **Алкогольное бредовое расстройство.** Алкогольный бред является третьей по частоте формой психотического расстройства, после делирия и галлюциноза, чаще возникает у мужчин. В зависимости от содержания бредовых идей выделяют алкогольный параноид и алкогольный бред ревности.

**Алкогольный параноид** (алкогольный бред преследования), как правило, развивается внезапно, часто ему предшествуют аффективные расстройства в виде тревоги, страха, обманы восприятия в виде слуховых иллюзий и/или вербальных галлюцинаций. Затем появляется

уверенность, что за пациентом следят, его обсуждают, существует заговор с целью причинить ему вред. Как правило, круг людей, стремящихся «навредить» пациенту, включает его близких или персонал лечебного учреждения, где он находится. Чаще всего подобный бред имеет соответствующее эмоциональное сопровождение в виде сильной тревоги, страха, сопровождается двигательным беспокойством. При этом пациенты с целью самозащиты могут совершать действия агрессивного характера, в этом состоянии они могут причинить вред и себе, например, нанести самопорезы, чтобы покинуть лечебное учреждение, где им «грозит опасность».

**Алкогольный бред ревности** (алкогольная паранойя) обычно наблюдается у пожилых пациентов, как правило, развитию психоза предшествуют идеи супружеской неверности, появляющиеся в состоянии алкогольной интоксикации или при состоянии отмены алкоголя. При развитии алкогольной паранойи возникает непреодолимая уверенность в измене жены, при этом любые факты, подчас прямо противоречащие идее супружеской неверности, трактуются в её пользу. Пациент выстраивает целую систему доказательств того, что жена изменяет ему уже много лет, что дети рождены от любовника и пр. Довольно часто к идеям ревности присоединяются идеи материального ущерба (пациент уверен, что жена вышла за него замуж с целью завладеть его имуществом), отравления, сужающегося и пр. Алкогольная паранойя часто сопровождается изменённым поведением с грубостью,

агрессией в отношении жены, реже мнимого соперника.

F10.52. **Алкогольный галлюциноз** является вторым по частоте возникновения острым психозом после делирия, чаще возникает у женщин. Острый галлюциноз развивается на фоне употребления алкоголя или в течение 2 недель после прекращения его приёма, сопровождается тревогой, сниженным фоном настроения, часто бредовыми идеями отношения. Дебют психоза, как правило, наблюдается в вечернее или ночное время. Вначале возникают акроазмы и фонемы, затем присоединяются вербальные галлюцинации. Обманы восприятия сопровождаются аффективными нарушениями в виде тревоги, страха, растерянности. Чаще всего вербальные галлюцинации носят характер разговора двух и более лиц, обсуждающих личность пациента, обвиняющих его, осуждающих, угрожающих различными карами. На этом фоне часто развиваются бредовые переживания (отношения, обвинения и пр.), сопровождающиеся двигательным возбуждением, расстройствами поведения (попытками обратиться за помощью в полицию, агрессией по отношению к окружающим или суицидом). Течение острого алкогольного галлюциноза может носить абортный характер. Описаны также сложные формы алкогольного галлюциноза: галлюциноз с делирием, с преобладанием бредовых расстройств, а также галлюциноз с психическими автоматизмами.

F10.54. **Психотическое расстройство с преобладанием депрессивной симптоматики** характеризуется сочетанием депрессивных

нарушений (снижения настроения, самооценки, активности, характерной пессимистичной оценки происходящего) с продуктивной симптоматикой в виде галлюцинаций и бреда. Наиболее характерными являются вербальные галлюцинации в виде голосов, осуждающих пациента, бред виновности, отношения, самоуничтожения.

F10.55. **Психотическое расстройство с преобладанием маниакальной симптоматики.** Данное расстройство определяется характерным для маниакального состояния возбуждением, повышенной двигательной и психической активностью, в сочетании с галлюцинаторными или псевдогаллюцинаторными нарушениями и бредом величия.

В случаях, когда клиническая картина психотического расстройства изменчива и трудно выделить ведущий синдром, состояние характеризуются как полиморфное, F10.53.

**Дифференциальный диагноз**

● Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления других ПАВ

● Эндогенный психоз

● Соматогенный психоз.

**Психотическое расстройство, вызванное употреблением опиоидов**

Синдром отмены опиоидов может осложняться развитием психотических нарушений с преобладанием тревожно-депрессивных расстройств (F11.54.); крайне редко при отмене опиоидов наблюдаются шизофреноподобные психозы (F11.50) и острые параноиды (F11.51).

(Окончание следует.)

(Окончание. Начало в № 16 от 28.04.2021.)

**Осложнения.** К настоящему времени проведено достаточно много исследований, неопровержимо свидетельствующих о роли гликемического контроля в профилактике развития специфических сосудистых осложнений.

В данных клинических рекомендациях чётко обозначено начало скрининга всех осложнений СД-1, который должен проводиться ежегодно, начиная с возраста 11 лет, при длительности заболевания 2-5 лет. С целью своевременного выявления диабетической ретинопатии рекомендуется проведение осмотра и консультации офтальмолога, диабетической нейропатии – осмотра и консультации невролога, которые определяют объём обследования с учётом индивидуальных особенностей течения заболевания. У пациентов с СД-1 и тяжёлой непролиферативной ретинопатией и/или диабетическим макулярным отёком рекомендуется проведение лазерокоагуляции и интравитреальное введение средств, препятствующих новообразованию сосудов – ингибиторов эндотелиального фактора роста сосудов. Патогенетических методов лечения диабетической нейропатии в клинических рекомендациях не предложено. Для диагностики диабетической нефропатии рекомендуется исследование уровня альбумина и креатинина в моче с оценкой соотношения альбумин/креатинин. Стойкая альбуминурия (протеинурия) определяется наличием изменений в двух или всех трёх пробах мочи в течение периода от 3 до 6 месяцев и является показанием для консультации нефролога и применения препаратов из группы ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента.

СД также является одним из основных факторов, влияющих на раннее развитие и быстрый прогрессирование атеросклероза артерий, при этом атеросклеротическое поражение крупных и средних артерий при СД принято называть макроангиопатиями. На сегодняшний день показано, что молодые больные СД-1 относятся к группе сердечно-сосудистого риска. СД приводит к раннему развитию, увеличивает тяжесть, ухудшает течение, видоизменяет клинические проявления таких сердечно-сосудистых заболеваний атеросклеротического генеза, как ишемическая болезнь сердца, цереброваскулярные заболевания и заболевания артерий нижних конечностей.

С точки зрения риска развития и коррекции макрососудистых осложнений у детей с СД-1 рекомендуется: исследование уровня общего холестерина, холестерина липопротеинов низкой плотности, холестерина липопротеинов высокой плотности, триглицеридов при диагностике заболевания, начиная с возраста 10-11 лет и затем один раз в 5 лет для своевременного выявления дислипидемии; измерение АД ежегодно с целью диагностики артериальной гипертензии; проведение электрокардиографии в дебюте заболевания и далее по показаниям для исключения патологии сердца различного генеза. При высоком уровне холестерина липопротеинов низкой плотности (выше 2,6 ммоль/л) рекомендуется улучшение метаболического контроля, изменения в питании (гипохолестериновая диета) и увеличение физической активности. Пациентам с СД-1 с диагностированным стабильным повышением уровня АД рекомендуется при-

# Сахарный диабет 1-го типа у детей

## Клинические рекомендации

менение препаратов из группы ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента.

Важным направлением обследования детей с СД-1, помимо диагностики специфических осложнений, является исключение или подтверждение наличия коморбидных состояний. В данных клинических рекомендациях особое внимание уделено выявлению аутоиммунной патологии щитовидной железы, в связи с чем рекомендуется исследование уровня тиреотропного гормона, Т4 свободного, антител к тироксинпероксидазе и тиреоглобулину при первичной диагностике СД и далее регулярно каждые 2 года, а также проведение ультразвукового исследования щитовидной железы и паразитовидных желез в дебюте заболевания и далее по показаниям. С целью скрининга на целиакию рекомендуется исследование уровня антител к тканевой трансглутаминазе или/и эндомиозию (IgA или IgG при дефиците IgA) при диагностике СД-1, затем через 2-5 лет.

К острым осложнениям с высоким риском развития критического состояния при СД-1 относятся диабетический кетоацидоз и гипогликемия.

**Диабетический кетоацидоз (ДКА)** – острая диабетическая декомпенсация обмена веществ, проявляющаяся резким повышением уровня глюкозы и концентрации кетоновых тел в крови, появлением их в моче и развитием метаболического ацидоза, сопровождающаяся различной степени нарушениями сознания или протекающая без них и требующая экстренной госпитализации больного. Основным фактором развития ДКА является дефицит инсулина, причинами которого могут быть инфекция, травма, эмоциональный стресс, несоответствие в инсулинотерапии и нераспознанное нарушение подачи инсулина у пациентов, использующих инсулиновую помпу, а также позднее обращение за медицинской помощью, особенно при впервые диагностированном заболевании.

**Клиническая картина ДКА** включают в себя: обезвоживание, тахикардию, тахипноэ, глубокое дыхание, запах ацетона в выдыхаемом воздухе, тошноту и/или рвоту, боль в животе, ухудшение зрения, спутанность сознания, сонливость, прогрессирующее снижение уровня сознания вплоть до комы. У пациентов с ДКА для оценки уровня сознания рекомендуется использовать шкалу Глазго. К биохимическим критериям диагностики ДКА относятся гипергликемия > 11 ммоль/л, pH в венозной крови < 7,3 или бикарбонат сыворотки < 15 ммоль/л, кетонемия (бета-гидроксипропанат в крови ≥ 3 ммоль/л) или кетонурия (≥ 2+).

**Лечение ДКА** включает регидратацию, введение инсулина, устранение электро-

литных нарушений, борьбу с ацидозом, общие мероприятия, лечение состояний, вызвавших ДКА, и должно проводиться в медицинских организациях, имеющих в своей структуре отделение анестезиологии-реанимации или блок (палату) реанимации и интенсивной терапии и обеспечивающих круглосуточное медицинское наблюдение и лечение детей. Однако в некоторых ситуациях до перевода в специализированный стационар в лечении пациентов с ДКА принимают участие педиатры, лучше при консультативной помощи (по телефонной связи) с врачом, обладающим экспертными знаниями в области лечения ДКА.

При расчёте количества вводимой жидкости можно ориентироваться на суточную возрастную физиологическую потребность: в возрасте до года – 120-140 мл/кг, 2 лет – 115-125 мл/кг, 5 лет – 90-100 мл/кг, 10 лет – 70-85 мл/кг, 14 лет – 50-60 мл/кг, 18 лет – 40-50 мл/кг. К рассчитанной физиологической потребности в зависимости от степени дегидратации добавляють 25-50 мл/кг/сут. В первые 8 часов вводится примерно 50% рассчитанного объёма, в течение остальных 16 – оставшиеся 50%. В случае выраженных нарушений периферического кровообращения терапию начинают с болюса 0,9% NaCl 10-20 мг/кг в течение 30-60 минут. Рекомендуется у пациентов с ДКА проведение инфузионной терапии растворами кристаллоидов. Когда уровень гликемии снизится до 14-17 ммоль/л к вводимым растворам следует добавить 5% (10%) раствор глюкозы. К водимому раствору в отсутствие гиперкалиемии добавляют раствор KCl из расчёта 40 ммоль на литр жидкости (1 мл 7,5%-ного раствора KCl = 1 ммоль).

Инсулинотерапию начинают с 0,05-0,1 ед/кг/ч в виде постоянной инфузии инсулина короткого действия или их аналогов в течение 1-2 часов после начала терапии возмещения жидкости до разрешения ДКА с последующей коррекцией.

Введение бикарбоната не рекомендуется за исключением лечения гиперкалиемии, угрожающей жизни, или тяжёлого кетоацидоза (pH < 6,9) с признаками нарушения сердечной сократимости.

Для контроля проводимого лечения и предупреждения развития осложнённого ДКА необходимо осуществлять постоянный мониторинг клинико-лабораторных показателей, в том числе ежедневно исследовать уровень глюкозы в крови.

**Гипогликемия.** В детском возрасте у больных СД-1 существует высокий риск развития гипогликемических реакций, в большинстве случаев препятствующих оптимальной компенсации углеводного обмена.

В настоящее время гипогликемия у больных СД, получающих инсулинотерапию, классифицируется в зависимости от показателей гликемии и клинической картины по уровням: уровень 1 – значения глюкозы плазмы от 3,0 до < 3,9 ммоль/л (с симптомами или без) указывают на риск развития гипогликемии и требуют начала мероприятий по купированию гипогликемии независимо от наличия или отсутствия симптомов; уровень 2 – значения глюкозы плазмы < 3,0 ммоль/л, с симптомами или без – клинически значимая гипогликемия, требующая немедленного купирования, уровень 3 – тяжёлая гипогликемия определяется как событие с тяжёлыми когнитивными нарушениями (включая кому и судороги), требующее помощи другого человека для активного введения углеводов, глюкагона или других корректирующих действий.

Основная причина гипогликемии – избыток инсулина по отношению к поступлению углеводов с пищей или из эндогенных источников (продукция глюкозы печенью), а также при ускоренной утилизации углеводов (при интенсивной физической нагрузке).

Клиническая картина гипогликемии складывается из вегетативных (сердцебиение, дрожь, бледность кожи, потливость, мидриаз, тошнота, сильный голод, беспокойство, тревога, агрессивность) и нейрогликопенических симптомов (слабость, нарушение концентрации, головная боль, головокружение, сонливость, парестезии, нарушения зрения, растерянность, дезориентация, дизартрия, нарушение координации движений, спутанность сознания, кома; возможны судороги и другие неврологические симптомы).

**Лечение гипогликемии**, не требующей посторонней помощи, заключается в приёме 1-2 ХЕ быстро усваиваемых углеводов: сахар (2-4 куска по 5 г, лучше растворить), или мёд или варенье (1-1,5 столовые ложки), или 100-200 мл фруктового сока, или 100-200 мл лимонада на сахаре, или 4-5 больших таблеток глюкозы (по 3-4 г), или 1-2 тубы с углеводным сиропом (по 10 г углеводов). Если через 15 минут гипогликемия не купируется, повторить лечение.

У детей с тяжёлой гипогликемией рекомендуется введение декстрозы (10%-ный раствор 2-3 мг/кг веса внутривенно) или введение глюкагона (1 мг при весе ≥ 25 кг или 0,5 мг при весе < 25 кг п/к или в/м).

Подводя общий итог, следует подчеркнуть, что внедрение новых технологий в диагностику и терапию СД-1 у детей требует регулярного обновления знаний и навыков среди специалистов, к которым относятся врачи детские эндокринологи и педиатры, непосредственно оказывающие помощь пациентам. С этой точки зрения клинические рекомендации являются важным инструментом согласованных взглядов и действий врачей детских эндокринологов и педиатров, от которых напрямую зависит повышение качества оказания медицинской помощи детям с СД-1.

**Ирина АЛИМОВА,**  
заведующая кафедрой госпитальной педиатрии с курсом неонатологии  
Смоленского государственного медицинского университета Минздрава России,  
главный детский эндокринолог Департамента Смоленской области по здравоохранению,  
доктор медицинских наук, профессор.

Всероссийская научно-практическая конференция «Поленовские чтения» вот уже 20 лет ежегодно проходит в Санкт-Петербурге. Однако в прошлом году её не было из-за вызванного COVID-19 локдауна. Нынешние чтения были возобновлены в смешанном или, как говорят, гибридном формате – часть докладчиков приехала, а часть выступала в режиме онлайн. Слушать выступления можно было как в залах гостиницы, так и на удалёнке. Зарегистрировано 1120 участников, из которых 423 присутствовали лично. В конференции приняли участие 80 специалистов в возрасте до 39 лет, в том числе в качестве докладчиков 42. В пленарных секционных заседаниях приняли участие специалисты из Белоруссии, Донецка, Узбекистана, Индии, США, Румынии, Германии, Словакии, Кипра. В рамках конференции была проведена секция докладов молодых учёных. За три дня работы состоялось три пленарных и 22 секционных заседания, 9 симпозиумов и один «круглый стол».

### На плечах гигантов

Приветствуя участников конференции, директор Российского научно-исследовательского нейрохирургического института им. А.Л.Поленова (Санкт-Петербург) доктор медицинских наук Константин Самочерных отметил, что она является юбилейной, и это отразилось на её программе.

Первое пленарное заседание было посвящено истории нейрохирургии. Доктор медицинских наук Алексей Улитин (РНХИ) рассказал о жизненном пути профессора-нейрохирурга заслуженного врача России Александры Земской (1920-2010). Родившись в Рязани в семье плотника, она окончила 4 курса Первого мединститута в Москве, и в 1942 г. в качестве зауряд-врача была отправлена в блокадный Ленинград. Здесь она оказалась в нейрохирургическом институте (ЛНХИ, ныне РНХИ им. А.Л.Поленова). Лишь в 1948 г. Земская окончила Первый Ленинградский мединститут и получила врачебный диплом. Существенную роль в её биографии сыграла двухмесячная стажировка в Монреальском неврологическом институте у У.Пенфильда. Пенфильд был всемирно известен своими работами по хирургии эпилепсии, и эта тема стала ведущей в её научно-практической деятельности. За сочетанное лечение эпилепсии (открытые операции в комбинации со стереотаксическими вмешательствами) была удостоена в 1991 г. Государственной премии. Она создала научную школу и вырастила троих детей, из которых двое стали врачами.

С 1969 по 1985 г. профессор Земская заведовала кафедрой нейрохирургии, созданной в 1935 г. профессором Андреем Поленовым в ленинградском ГИДУВе (ныне МАПО), и носящей теперь его имя. Истории кафедры был посвящён доклад её профессора Игоря Яковенко. Это была первая в стране и, возможно, в мире кафедра нейрохирургии. Сотрудниками являлись ближайшие сподвижники Поленова. Хирурги и травматологи могли усовершенствоваться по новой специальности на шестимесячных курсах. За 6 лет (до июня 1941 г.) там было подготовлено 70 нейрохирургов. Сейчас основной базой кафедры является НИИ скорой помощи им. И.И.Джанелидзе.

О героизме, мужестве и самоотверженности сотрудников ЛНХИ в годы Ленинградского блокады великолепно рассказывал профессор Виктор Олюшин (РНХИ). По сравнению с Первой мировой войной, смертность среди раненных в голову, поступавших в нейрохирургическую клинику, была втрое ниже. Накопленный опыт был обобщён в изданной в 1943 г. книге «Основы практической нейрохирургии», которая была впоследствии переведена на китайский.

### Конференция

# В Санкт-Петербурге мы сошлись снова

## Здесь состоялся форум нейрохирургов и смежных специалистов



А. Поленов

В 1945 г. вышел «Атлас операций на головном и спинном мозге» с рисунками А.Поленова.

Главным нейрохирургом Ленинградского фронта и руководителем эвакуационного госпиталя № 1015 на 1200 коек был ученик Поленова профессор Исаак Бабчин (1895-1989). Профессор Наталья Иванова (РНХИ) выступила с докладом к его 125-летию. После кончины Поленова в 1947 г. Бабчин 22 года руководил вышеупомянутой кафедрой нейрохирургии ГИДУВа. Он был одним из инициаторов создания в 1948 г. Ленинградского научного общества нейрохирургов (в настоящее время – Ассоциация нейрохирургов, которая носит его имя). Профессор внёс огромный вклад в подготовку нейрохирургов и организацию нейрохирургической службы в стране.

На другой день прозвучал пленарный доклад об основоположнике вертебронеурологии Якове Попелянском (1917-2003). Основой доклада стал первый том биографии «Война и мир профессора Попелянского», опубликованный в 2019 г. в Казани его ученицей Мариной Подольской. Он родился в местечке Самгородок Полтавской губернии в многодетной семье торговца мануфактурой. Во время очередного черносотенного погрома на глазах у всей

семьи убили отца. Яша, родным языком которого был идиш, выучил украинский и русский. Он окончил Первый медицинский в Москве, был мобилизован в качестве военного врача, служил в авиации, а после войны поступил в аспирантуру Института неврологии. После успешной защиты диссертации был вынужден работать в обычной поликлинике, пока в 1957 г. не стал доцентом кафедры нервных болезней Сталинского (Новокузнецкого) государственного института усовершенствования врачей, которую вскоре возглавил.

Естественно, послеоперационная летальность ниже там, где ежегодно оперируется более 100 аневризм. В среднем, в региональных сосудистых центрах она составляет 11%, а в федеральных центрах – лишь 0,6%, так как туда преимущественно попадают больные в «холодном» периоде (а не в остром, когда развивается вазоспазм) или с неразрывавшимися аневризмами (обычно это случайные находки при МРТ). Примерно половина аневризм в федеральных центрах выключается эндоваскулярным методом. Треть

альтернативный, нехирургический подход к лечению болезни Паркинсона? Как известно, диагноз устанавливается при гибели более половины нигростриатных дофаминергических нейронов. По мнению М.Угрюмова, нужны ранняя (доклиническая) диагностика и превентивное лечение. Дефицит дофаминергической системы может показать позитронно-эмиссионная томография, но она не может быть методом скрининга. Группу риска предлагается выделять с помощью определения маркеров в жидких средах организма. Эти маркеры

В 1967 г. Якова Юрьевича избирают заведующим кафедрой нервных болезней Казанского медицинского института. За четверть века заведования он подготовил 13 докторов и 38 кандидатов медицинских наук. Создал новую дисциплину – вертебронеурологию, которую определил как «науку о рефлекторных синдромах остеохондроза». Руководство «Ортопедическая неврология (вертебронеурология)» – главный труд его жизни – стало бестселлером и многократно переиздавалось. В конце жизни он вынужденно уехал к сыну в Сизтл, но остался патриотом России. «Как хорошо, что мне досталась не цивилизация Америки, а духовность России. Я весь в стране моих

родных и товарищей, в стране, которую познавал через Пушкина и Лермонтова, Тютчева и Апхутину, Тургенева и Толстого, Горького и Есенина. И через её музыку, через Репина и Крамского», – писал он в одном из писем на родину.

Традиционной секции по истории нейрохирургии в программе чтений не было. Автор этих строк выступил на секции по нейрореабилитации с докладом о Викторе Миноре (1890-1969) – создателе йодно-крахмальной пробы (пробы Минора), позволяющей изучать потоотделение и его расстройства.

С двумя пленарными докладами выступил главный нейрохирург Минздрава России академик РАН Владимир Крылов (Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И.Евдокимова). Первый был посвящён хирургии аневризм головного мозга в РФ. По приведённым данным, ежегодно в стране в 22 нейрохирургических отделениях 122 нейрохирургами оперируется около 3 тыс. таких аневризм. Максимальное число операций на одного нейрохирурга приходится в Национальном медицинском исследовательском центре им. Е.Н.Мешалкина в Новосибирске (65), в то время как в большинстве мест оно минимально (несколько операций в

выживших после операции становятся инвалидами. Количество вмешательств по поводу аневризм в остром периоде должно быть в разы больше.

Второй доклад назывался «Хирургия эпилепсии и перспективы её развития в РФ». Как известно, около трети больных эпилепсией являются фармакорезистентными. Из них примерно четверть может быть оперирована. Операции делятся на резекционные (удаление эпилептогенного очага), паллиативные (например, каллозотомия) и альтернативные (например, стимуляция блуждающего нерва или радиохирургия). За семь лет (с 2014 г.) Крыловым и его командой было оперировано 737 больных эпилепсией. Среднее время от установления диагноза до операции составило 18 лет. Этот срок может и должен быть сокращён. «Система хирургического лечения эпилепсии в РФ отсутствует», – констатировал докладчик. В 2020 г. стартовал федеральный проект, призванный исправить ситуацию. Необходимо ввести ЭЭГ-мониторинг в систему ОМС, оснастить эпилептологические центры системами видео-ЭЭГ-мониторинга и высокопольными (3Т) аппаратами МРТ.

На двух секционных заседаниях по эпилепсии обсуждались различные аспекты её диагностики и лечения. В частности, по данным Татьяны Сергеевой (Региональный сосудистый центр, Санкт-Петербург) в 1,5% случаев ишемический инсульт дебютирует эпилептическими приступами.

### Нейронаука и нейропрактика

«Поленовские чтения» всегда отличались мультидисциплинарностью. В этот раз с пленарным докладом о новой парадигме ранней диагностики и лечения нейродегенеративных заболеваний выступил академик РАН Михаил Угрюмов (Институт биологии развития им. Н.К.Кольцова РАН, Москва). Он напомнил собравшимся об эйфории по поводу трансплантации эмбриональных нейронов при болезни Паркинсона. Эффект оказался недолговечен, и был сделан вывод о том, что нейротрансплантация не может быть рекомендована как метод лечения. Возможен ли

попытаются валидировать на животных моделях паркинсонизма. В терапевтической клинике широко используются нагрузочные тесты. М.Угрюмов впервые предложил использовать методологию провокационных тестов для диагностики хронических заболеваний мозга. Более того, его коллеги доказали эффективность этой методологии, разработав раннюю диагностику болезни Паркинсона на экспериментальных моделях. Для замедления гибели нейронов на ранних стадиях болезни может назначаться нейропротекторная терапия. Но будет ли такая терапия, доказавшая свою клиническую неэффективность при инсульте и черепно-мозговой травме, работать при болезни Паркинсона?

Член-корреспондент Национальной академии наук Белоруссии Юрий Шанько (Республиканский научно-практический центр неврологии и нейрохирургии) поделился опытом использования мезенхимальных стволовых клеток жировой ткани в лечении инсультов и черепно-мозговой травмы. Эти клетки в дозе от 5 до 35 млн вводились 72 больным периневрально (в слизистую носа, откуда стволовые клетки могли мигрировать в головной мозг по обонятельным нервам), причём суммарная доза составляла от 15 до 145 млн клеток (применялась эскалационная доза). По мнению автора, клеточная терапия является безопасной. К сожалению, короткий (6 месяцев) катмез и разнородные группы больных не позволяют судить об эффективности предложенного метода.

В рамках чтений состоялся сателлитный симпозиум «Молекулярная нейронаука», на котором рассматривались постгеномные технологии в эпилептологии, фундаментальные и прикладные аспекты нейропротекции и анальгезии, и исследования когнитивных функций.

### От психоневрологии к нейропсихиатрии

Директор Национального медицинского исследовательского центра психиатрии и неврологии им. В.М.Бехтерева (Санкт-Петербург) профессор Николай Незнанов в своём пленарном докладе рассказал о современных трендах в нейропсихиатрии.

Основываясь на достижениях нейронаук, пересматривается номенклатура психических расстройств. Наблюдается отход от нозологического принципа классификации психических расстройств. Выделяется генетическое ядро расстройств так называемой большой психиатрии. Для лечения начинают применяться моноклональные антитела и мультитаргетные препараты, наноконтейнеры и нейромоделирование, иммерсивные технологии. В 2020 г. в центре им. В.М.Бехтерева было открыто отделение трансляционной психиатрии для ускорения передачи достижений фундаментальных наук в реальную клиническую практику.

На «круглом столе» на тему «Нейропсихиатрия в нейрохирургии» выступил профессор Олег Зайцев (НМИЦ нейрохирургии им. Н.Н.Бурденко, Москва). Нейропсихиатрию он определил как «науку о диагностике и лечении психических нарушений, обусловленных патологией нервной системы». Акцент был сделан на различии психических расстройств в зависимости от локализации поражения, в частности, несходствах психопатологии поражения правого и левого полушарий. Для правополушарных поражений характерны агностические нарушения, длительная ретроградная амнезия, нарушения образной памяти, тогда как для левополушарных – дефекты планирования и прогнозирования, апраксия, афазия и расстройства вербальной памяти. Докладчик предостерег от чрезмерного увлечения стандартизованными подходами к диагностике, в том числе с использованием различных шкал в ущерб классическому феноменологическому подходу с качественным анализом клинической картины заболевания. Об опасности редуционизма и системного подходе в психотерапии и нейрореабилитации подробно рассказала кандидат медицинских наук Ольга Максаква (НМИЦ нейрохирургии им. Н.Н.Бурденко).

### Давление и сдавление

Борьба с повышенным внутричерепным давлением (ВЧД) является одной из ключевых проблем нейрохирургии. Даже кратковременное повышение ВЧД может привести к необратимым последствиям. Для прогнозирования исходов ликворшунтирующих операций применяются ликвородинамические инфузионные тесты, но при этом возможны осложнения. Оригинальный подход к мониторингу краниоспинальной системы (КСС) предложил Юрий Атисков (Институт специальных технологий РАН, Санкт-Петербург). Установлено, что между ВЧД, комплаенсом КСС и амплитудой пульсовых колебаний ВЧД существует взаимосвязь, которая может быть формализована. Пульсовая волна, поступающая в мозг во время систолы, рассматривается как модель инфузионного теста. Таким образом, для получения точных данных о биомеханических свойствах КСС и ликворобращения достаточно вводить эндолумбально 2-5 мл физиологического раствора (а не 20-40 мл, как при обычном инфузионном тесте), что более безопасно.

С пленарным онлайн-докладом по патофизиологии внутричерепной гипертензии и гидроцефалии выступил профессор Александр Шахнович (Москва). Он предлагает полностью отказаться от инфузионных тестов, заменив их неинвазивным тестом оценки церебровенозной ортостатической реактивности. При

идиопатической внутричерепной гипертензии эта реактивность повышена: диаметр яремной вены (по данным доплерографии) в положении стоя в 15 раз меньше, чем в положении лёжа. Отсюда рекомендации по удалению шиловидного отростка или стентированию внутренней яремной вены в таких случаях.

Особую остроту вопросы внутричерепной гипертензии приобретают в urgentной нейрохирургии. В норме ВЧД составляет от 5 до 15 мм рт.ст. При повышении выше 20 мм рт.ст. необходимы экстренные меры по его снижению, вплоть до декомпрессивной трепанации черепа. На секционном заседании по нейротравме Т.Муллагулов (НИИ скорой помощи им. Н.В.Склифосовского, Москва) доложил о мониторинге ВЧД при тяжёлой черепно-мозговой травме. При ретроспективном анализе 2343 случаев таких травм мониторинг ВЧД (с помощью внутрижелудочковых датчиков) был проведён у 1106. Критериями исключения были: атоническая кома, объём внутричерепной гематомы более 200 мл и возраст старше 65 лет. В литературе дебатировался вопрос о том, нужно ли вообще осуществлять мониторинг ВЧД. При этом на 10% снижается летальность, но увеличивается число глубоких инвалидов. По данным докладчика, проведение мониторинга ВЧД не уменьшает летальность и не улучшает исход у пострадавших с эпи- и субдуральными гематомами, но у больных с внутримозговыми гематомами и мозговыми ушибами летальность существенно снижается. Мониторинг неэффективен при снижении уровня бодрствования до глубокой комы.

На практике часты случаи декомпрессивной трепанации черепа (ДТЧ) у больных в атонической коме (операции отчаяния). На вопрос: «Зачем упряжаться на трупе?» даётся ответ: «Чтобы не было претензий у прокурора». В пленарном докладе доктора медицинских наук Жанны Семёновой (НИИ неотложной детской хирургии и травматологии, Москва) анализировались показания и противопоказания к ДТЧ у детей на опыте 64 случаев за 4 года. Какова ценность мониторинга ВЧД? Какова должна быть его длительность? Общепринятых протоколов ведения таких больных нет. Важно попасть в терапевтическое окно, ориентируясь на цифры ВЧД и не дожидаясь ухудшения состояния ребёнка.

### Фетальная нейрохирургия

Пленарный доклад профессора Александра Иовы (МАПО, Санкт-Петербург) был посвящён бережливым технологиям в детской нейрохирургии. На слайдах были показаны корабль Колумба «Санта Мария» с привязанной к нему шлюпкой и современный лайнер со спасательными лодками на борту. Аналогом такой шлюпки является портативный прибор ультразвукового исследования мозга у детей. Идея цифровой карманной нейроскопии заключается в том, что УЗИ проводит обычный врач, а полученная картинка передаётся на экран смартфона консультанта. Это дешёвый метод скрининга и мониторинга, позволяющий выявить группу больных, которым необходимы дорогостоящие КТ и МРТ для уточнения диагноза. С помощью ультразвука возможен неинвазивный мониторинг ВЧД. Докладчик провозгласил «принцип бережливого мышления».

Детская нейрохирургия обсуждалась на трёх секционных



Н.Иванова

заседаниях. Хотелось бы отметить доклад профессора Алексея Иванова (Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет) об артериовенозных пороках развития мозга у детей. Распространённость артериовенозных мальформаций (АВМ) в популяции составляет 0,01-0,2%. Стандартов их лечения нет даже для взрослых. Считается, что риски кровоизлияний у детей выше. При АВМ I-III степени практикуется их удаление или эмболизация. Также применяется радиохирургия с помощью «гамма-ножа» или протонного пучка.

При так называемой аневризме вены Галена (артериовенозной фистуле срединной вены передней части мозга) тактика зависит от времени появления данного расстройства. Если это патология новорождённых, то операция должна проводиться в первые 24-48 часов после рождения. При этом роды должны проходить в той клинике, где делают такие операции.

Фетальная нейрохирургия – самое молодое направление детской нейрохирургии. Она получила преимущественное развитие в католических странах, где запрещены аборты. Благодаря усовершенствованию нейровизуализации стала возможна прижизненная диагностика патологии головного и спинного мозга плода. Первые операции вентрикуло-амниотического шунтирования при гидроцефалии были выполнены в 1980-е годы. Целью подобных вмешательств, выполнявшихся эндоскопическим способом, являлось снижение ВЧД плода, однако от них быстро отказались из-за рождения глубоких инвалидов. Сейчас в мире насчитываются около 20 центров, где внутричерепные операции (при гидроцефалии, менингомиелоцеле, мальформации Арнольда-Киари и т.д.) выполняются открытым способом бригадой акушеров и нейрохирургов. Доктор медицинских наук Дмитрий Зиненко (НИИ педиатрии, Москва) поделился собственным опытом – за 7 лет в клинике «Мать и дитя» и НИИ педиатрии проведено около 30 таких операций. Оперируют два акушера-гинеколога и два нейрохирурга на 19-27-й неделе беременности: производят разрез матки длиной 5-6 см, затем делается пластика грыжи или имплантируется вентрикуло-амниотический дренаж, и матка ушивается), а на 36-й неделе – роды путём кесарева сечения. При внутриутробно оперированном менингомиелоцеле развивается синдром фиксированного спинного мозга, и нужна повторная операция в постнатальном периоде.

### Специальность новая, проблемы старые

Вопросы нейрореабилитации обсуждались в двух секционных заседаниях. Кандидат медицинских наук Андрей Суворов (Федеральный центр мозга и

нейротехнологий ФМБА России, Москва) информировал аудиторию, что в номенклатуре Минздрава появилась новая специальность – физическая и реабилитационная медицина (ФРМ). В отличие от физиотерапевта, врача ЛФК и пр., специалист ФРМ является лечащим врачом (а не консультантом). Разработаны программы обучения врачей и медсестёр по новой специальности. Подробнее об итогах форума и проблемах нейрореабилитации корреспонденту «МГ» рассказала ответственный секретарь конференции профессор Наталья Иванова.

– У нас была необычная конференция, поскольку в прошлом году нам пришлось ограничиться лишь небольшой конференцией молодых учёных в режиме онлайн, – отметила Наталья Евгеньевна. – Юбилейные доклады пришлось перенести на этот год. Программа чтений отличается междисциплинарным подходом. Мы впервые заговорили о роли и перспективах генетических исследований в нейрохирургии, о так называемой персонализированной нейропротекции, которая также должна проводиться с учётом данных генетики. Пожалуй, впервые большое внимание было уделено вопросам нейропсихиатрии. Для нейрохирургической патологии характерны психические нарушения, и мы должны понимать, что делать с такими больными в остром, подостром и отдалённом периодах. Также ранее не поднимался вопрос о ненейрональных механизмах восстановления сознания. В остальном обсуждались классические разделы нейрохирургии – нейроонкология, сосудистая, детская нейрохирургия и т.д. Я бы отметила достижения фетальной нейрохирургии. Ведь раньше нельзя было представить, что возможны внутриутробные операции. Что касается нейроонкологии, наблюдается стремительное развитие краниофациальной хирургии. Если раньше подобные операции считались уникальными, то теперь они входят в повседневную практику.

**– Могли бы вы прокомментировать доклад из Санкт-Петербургского НИИ скорой помощи им. И.И.Джанелидзе на секции по нейроонкологии, согласно которому в Северной столице 72% больных с первичными глиальными опухолями головного мозга не получают химиотерапии, что снижает продолжительность и качество их жизни?**

– Это проблема не только Санкт-Петербурга. К сожалению, преемственность между нейрохирургами, онкологами и врачами общей практики часто отсутствует.

**– Каким вам видится ближайшее будущее нейрохирургии и смежных наук?**

– Мне кажется, что так называемые высокие технологии будут внедрены повсеместно. Но появятся новые. Будущее – за ними. Но нужны новые рычаги управления. Помимо «чистой нейрохирургии» говорят о медикаментозной поддержке. Возрастает роль клинического фармаколога. Необходим правильный подбор совместимых медикаментов. Нужно учитывать циркадные ритмы. Нельзя брать больного на плановую операцию во второй половине дня.

**– Что происходит в нейрореабилитации?**

– Как вы знаете, введена новая специальность – физическая и реабилитационная медицина. А как нам быть? Мы должны переучивать людей, потом проходить аккредитацию. Мы получаем специалистов без категории, без стажа. Разве они перестают быть

неврологами, терапевтами или оториноларингологами?

Чтобы сохранить стаж и категорию, им придётся искать совместительство по базовой специальности. Кроме того, у нас есть целый ряд специалистов, окончивших педагогические вузы (инструкторы ЛФК, логопеды и т.д.). В новой специальности (ФРМ) методисты ЛФК не предусмотрены. Как им быть? Эти вопросы задавались главному реабилитологу Минздрава России Галине Ивановой, выступившей с докладом на нашей секции. «Придётся немного поучиться», – ответила она. Сейчас поставлен вопрос о выделении бюджетных денег для специализации по ФРМ выпускников педагогических вузов. А как быть с теми, кто уже много лет работает в медучреждениях? Им придётся также проходить переобучение, как и профильным медицинским специалистам.

**– Наверное, должен быть какой-то переходный период?**

– Легко сказать. На практике найти консенсус с физиотерапевтами и педагогами очень непросто. Я прослушала курс ФРМ (1008 часов), и мне ещё предстоит пройти аккредитацию. Мы всё время говорим о многоэтапной системе и непрерывности реабилитации. А в реальной жизни как? Вот есть больница, где есть нейрохирургическое отделение. Через день к больному приходит специалист ЛФК, другой специалист (физиотерапевт) проводит физиотерапевтические мероприятия. Иногда ещё есть логопед и даже психолог. А междисциплинарная бригада, которая должна собираться, обсуждать больного, вести протокол, ставить цели по МКФ? Реабилитационный диагноз на одной странице не поместится, но он необходим по современным критериям и практике Европейской ассамблеи реабилитологов. Через 7-10 дней больной должен быть выписан, но при наличии выраженного неврологического дефицита. Значит, его надо перевести в какой-то реабилитационный стационар. А если в этой больнице отделения реабилитации нет, а реабилитационный центр переполнен и находится далеко – значит, больного отправим домой на амбулаторное лечение, и начинаются проблемы амбулаторного этапа. В поликлинику надо ходить или ездить, транспорт не предоставляется. У нас в городе есть реабилитационные машины для оказания помощи на дому (немного). А где они ещё есть? И мы при этом говорим об абсолютно необходимой непрерывности реабилитационного процесса. Крайне важна стыковка с социальными службами, медико-социальной экспертизой и обеспечением пациентов, требующих специального ухода, функциональными кроватями, ходунками, ортопедической обувью, средствами слежения за пациентами, специального оборудования санитарных блоков, включая подъёмники и многое другое для обеспечения навыков самообслуживания и ухода за глубоко инвалидизированным пациентом, вплоть до расширения дверных проёмов. Есть идеальная модель и есть реальная жизнь, и нам сейчас необходимо приложить максимум усилий, как административных, так и медицинских, для решения крайне важных вопросов организации реабилитационных процессов.

Болеслав ЛИХТЕРМАН,  
спец. корр. «МГ»,  
доктор медицинских наук.

Санкт-Петербург – Москва.

Попытки активировать иммунитет с помощью готовых интерферонов или их индукторов, чтобы быстрее справиться с инфекцией, могут обернуться проблемами, куда более серьёзными, чем само инфекционное заболевание. Адекватность, основанная на глубоких знаниях о работе иммунной системы организма, – вот главное условие применения таких препаратов. В этом убеждён научный руководитель Научно-исследовательского института фундаментальной и клинической иммунологии академик РАН Владимир КОЗЛОВ.

Поводом к нашему разговору стало известие о том, что рекомбинантные интерфероны альфа и бета, которые в 2020 г. были включены в методические рекомендации Минздрава России по ведению пациентов с COVID-19, теперь исключены из списка средств терапии новой коронавирусной инфекции, как не оправдавшие надежд.

– Странно, что они вообще в этот перечень попали. Вероятно, в формировании минздравовских рекомендаций не участвовали иммунологи. В противном случае это вряд ли бы произошло, потому что специалистам известно: в иммунной системе не может оставаться «безнаказанным» длительное повышение какого-либо иммунного фактора – цитокина, хемокина и др. Это закон иммунологии с большой буквы. Между тем, терапия рекомбинантными интерферонами при коронавирусной инфекции – это всё-таки не однократный, а длительный приём препарата, – недоумевает эксперт.

– Владимир Александрович, но ведь то, что вы говорите – наверное, азбучная истина, которую должны знать врачи всех специальностей?

– К сожалению, я не устаю повторять, что качество преподавания иммунологии в медицинских вузах и, соответственно, уровень знаний врачей в данном разделе науки и медицины оставляют желать лучшего.

Необходимо иметь в виду, что у интерферона-альфа (IFN-α) при всей его важности и полезности есть негативные стороны, и не маленькие. Если при лёгком течении заболевания активация иммунитета с помощью рекомбинантных интерферонов оправдана, то повышение уровня IFN-α в организме в то время, когда заболевание уже в активной фазе, может способствовать проникновению вируса в клетки. То есть в этом случае препарат не только не решает задачу, ради которой он был назначен больному, а, напротив, усугубляет инфекционный процесс. Именно этот отрицательный эффект интерферон-терапии, по-видимому, и заметили специалисты в российских «ковидных» госпиталях.

– Что на этот счёт думают учёные-иммунологи, как они объясняют двусмысленность роли интерферонов?

– Как только началась пандемия, иммунологи начали искать верные пути стимуляции иммунной системы. И первыми в поле их зрения, естественно, попали рекомбинантные интерфероны.

## Ситуация

# Интерфероновое заблуждение

## Отношение к иммуномодуляторам должно быть взвешенным

Казалось бы, чего проще: применят эти препараты, и организм начнёт активно сопротивляться коронавирусу. Однако всё оказалось не так просто.

Полученные учёными разных стран данные свидетельствуют о том, что при длительном течении заболевания COVID-19 повышенный уровень IFN-α, IFN-β, IFN-λ оказывает негативное влияние на процесс восстановления ткани лёгких, которая была повреждена прямым действием вируса. При этом высокие уровни интерферонов в организме обуславливают повышенную чувствительность больных COVID-19 к другим вирусным и бактериальным инфекциям, включая внутрибольничные.

Более того, ещё в 2020 г. наши зарубежные коллеги в экспериментах *in vitro* на культурах клеток показали: интерфероны, особенно IFN-β и IFN-λ, подавляют пролиферацию и дифференцировку клеток ткани лёгкого. Авторы этого исследования уже тогда подчёркивали необходимость мониторить уровень интерферонов у больных новой коронавирусной инфекцией и при необходимости снижать его с помощью специальных лекарств.



Наконец, было обнаружено, что у 10% больных с тяжёлой, жизнеугрожающей формой COVID-19 в крови определялись аутоантитела к интерферону типа I. По мнению исследователей, эти аутоантитела вносят весомый вклад в ухудшение состояния пациентов: они обусловили снижение уровня IFN с самого начала заболевания, когда именно интерфероны типа I играют ведущую роль в противодействии вирусу.

– Означает ли сказанное вами, что иммуномодуляторы в случае с коронавирусной инфекцией в принципе бессмысленны, от них лучше отказаться?

– Не означает.  
– ???

– Не надо бросаться из крайности в крайность. Я уже сказал, что в терапии COVID-19 важно учитывать, какова стадия заболевания. Одно дело – самое начало процесса и лёгкое течение, и совсем другое, когда больной уже в стационаре на кислородной поддержке.

И ещё по поводу крайностей при применении иммуномодуляторов не только в отношении коронавируса, но и в других случаях. Это сооб-

не заболеет. Поэтому он считает целесообразным для профилактики COVID-19 использовать не сам интерферон, а индуктор интерферона. По мнению создателя вакцины, если бы в самом начале пандемии население России дружно принимало индукторы интерферона, заболеваемость была бы, возможно, на 20-30% ниже.

– Комментируя слова коллеги, повторю ту же фразу, которую уже сказал: попытки активировать

иммунную систему не терпят крайностей. Всё хорошо в меру, а применение интерферонов в любых формах – тем более.

Напомню, что длительное лечение какого бы то ни было заболевания с использованием препаратов интерферонового ряда приводит к развитию у пациента какой-либо аутоиммунной патологии. Иными словами, пытаюсь стимулировать работу иммунитета для противодействия патогену или опухолевому росту, мы запускаем неконтролируемый процесс борьбы организма против самого себя. И если с вирусом ещё как-то можно справиться, то справиться с любым аутоиммунным заболеванием крайне тяжело, а зачастую невозможно. Подобные исходы уже неоднократно описаны в научной литературе в отношении лечения онкологических заболеваний определёнными антителами: опухоль подавляем, аутоиммунная реакция нарастает.

– В отношении иммуномодуляторов для профилактики респираторных вирусных инфекций у вас тоже есть предостережения, или там это безвредно? Сегодня многие врачи общей практики рекомендуют населению индукторы интерферона в сезон гриппа и для профилактики COVID-19. К тому же эти препараты активно рекламируются, люди принимают их по своему усмотрению, часто и подолгу. На днях директор Национального исследовательского центра эпидемиологии и микробиологии им. Н.Ф.Гамалеи академик РАН Александр Гинцбург тоже высказал мнение, что коронавирус очень чувствителен к интерфероновому статусу человека, и, если интерферона много в организме, то человек

Таким образом, я призываю врачей любых специальностей, если только они не являются клиническими иммунологами, быть крайне осторожными в отношении такой терапии и не рекомендовать пациентам иммуномодулирующие средства по принципу «хуже не будет». Потому что может быть и хуже.

Беседу вела  
Елена БУШ,  
обозреватель «МГ».

## Проблемы

Российская ассоциация репродукции человека (РАРЧ) сообщила о поступившей из Минздрава России просьбе дать заключение на разработанный депутатами Государственной думы РФ проект федерального закона, вносящего изменения в несколько отечественных законодательных актов. Поправки исключают возможность для иностранцев и людей без гражданства обратиться в России к услугам по суррогатному материнству. Совет РАРЧ не поддержал инициативу депутатов – в том числе потому, что документ ограничивает в медпомощи нуждающихся в ней людей.

Письмо, подписанное заместителем директора Департамента медицинской помощи детям и службы родовспоможения Минздрава России Олегом Филипповым, РАРЧ получила 7 апреля 2021 г. Помимо президента ассоциации Владислава Корсака, в адресатах значится заместитель директора Национального медицинского исследовательского центра акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И.Кулакова профессор Наталия Долгушина.

## Репродукция – дело тонкое

О.Филиппов попросил получателей до 9 апреля 2021 г. прислать в ведомство заключение о проекте федерального закона «О внесении изменений в отдельные законодательные акты РФ в части установления запрета для иностранных граждан и лиц без гражданства на использование суррогатного материнства на территории РФ».

Документ разработан Комитетом Госдумы РФ по безопасности и противодействию коррупции. Депутаты предлагают внести изменения в федеральные законы: № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» в ст. 55, № 143-ФЗ «Об актах гражданского состояния» п. 5 ст. 16, № 62-ФЗ «О гражданстве РФ» ст. 12 и пп. 2 п. 4 ст. 51 Семейного кодекса.

В случае если ребёнок от генетических родителей-иностранцев родится после вступления законопроекта в силу, он получит гражданство РФ. Тогда, утверждут депутаты, у «российских компетентных органов» появится возможность «по-

следующего контроля за судьбой» ребёнка.

В пояснительной записке депутаты описали несколько случаев, которые, по их мнению, произошли из-за того, что в России не действует запрет на суррогатное материнство для иностранцев.

Совет РАРЧ направил федеральному Минздраву заключение о предложенных поправках и заявил, что законопроект не может быть поддержан. Свою позицию ассоциация подкрепила в том числе доводами о том, что «с гуманистических позиций в принципе недопустимы предложения по ограничению доступа к медицинской помощи нуждающихся в ней больных» и что изложенные в пояснительной записке примеры преступлений по отношению к детям не могут быть основанием для запрета применения программ лечения бесплодия по медицинским показаниям.

Также РАРЧ подвергла сомнению довод авторов законопроекта

о том, что противоправные действия в отношении детей являются следствием того, что иностранцы могут воспользоваться услугой суррогатной матери на территории России. «В пояснительной записке авторы проекта приводят факты, которые не имеют по своей сути отношения к суррогатному материнству, а представляют собой случаи грубого нарушения действующего законодательства – использования суррогатного материнства без медицинских показаний, случаи передачи женщиной за вознаграждение генетически принадлежащего ей ребёнка третьему лицу либо скандальные истории, связанные с преследованиями педофилов. Описанные случаи преступного обращения с детьми требуют рассмотрения компетентными органами наравне с аналогичными преступлениями граждан по отношению к детям, рождённым без применения вспомогательных репродуктивных технологий», – объясняют представители ассоциации.

Они предложили не запретить, а усилить «контроль за использованием программ суррогатного материнства для иностранцев путём создания комиссий, в состав которых входили бы, наряду с медиками, юристы, представители детского омбудсмена и других компетентных организаций, в полномочия которых входила бы выдача разрешения (направления) на лечение на основании заключения о корректности установленного диагноза, обоснованности выбранного пути преодоления бесплодия и установление достоверности документов, подтверждающих семейный статус пациентов».

Кроме того, РАРЧ обратила внимание депутатов на то, что законопроект ущемляет права российских граждан, находящихся в браке с иностранными гражданами, на получение медицинской помощи. Также в заключении сообщается, что авторы законопроекта «не вполне владеют терминологией в области репродуктивной медицины» – они путают слова «генетический» и «биологический».

Игорь КОРАБЛЁВ,  
МИА Сити!

Взгляд

# Костный и просто мозг

Организмы «входят» в опасный мир, и это требует максимальной мобилизации их защитных сил, обеспечивающих невосприимчивость. И. Мечников, открывший макрофаги (клетки, «пожирающие» различные микробы и вирусы), за что получил Нобелевскую премию, назвал невосприимчивость к болезням иммунитетом. Мечниковские макрофаги и нейтрофилы могут убивать бактерии и раковые клетки самостоятельно. Для этого у них с помощью фермента миелопероксидазы (MPO) синтезируется хлорноватистая кислота HOCl (гипохлористая). Кислота подавляет клеточный рост и включает иммунные лимфоциты на борьбу с изменёнными клетками, о чём написали иммунологи из Университета Хьюстона.

Органом кроветворения как известно является костный мозг с его стволовыми клетками, дающими три ростка: клетки красной (эритроциты), белой (лейкоциты) и «серой» миелоциты. Греческое MYE/OC означает мышный серый цвет, поэтому спинной мозг с его «бабочкой» серого вещества называется миелэнцефалон, а его воспаление полиомиелитом (сравни: миелиновая оболочка нервных отростков-аксонов). К клеткам третьего ростка относятся миелоциты, главными из которых являются нейтрофилы, обеспечивающие первую линию обороны быстрого неспецифического ответа при ранениях, кровоизлияниях и т.д. нейтрофилы известны тем, что выбрасывают из

себя белки в виде так называемых ловушек-сетей (NET – Neutrophil Extracellular Traps), а также ДНК, в которых гибнут патогены.

Через век после Мечникова клетки с функцией его макрофагов были открыты в органах и тканях, за что была вручена Нобелевская премия. За свои ветвящиеся подобно ветвям деревьев отростки их назвали дендритные, или сокращённо ДК (сравни: дендриты нейронов, олигодендроциты глии, или «клея» белого вещества мозга, дендрарий). В кишечнике ДК в больших количествах присутствуют в пейеровых бляшках, являющихся аналогами лимфатических узлов, в которых ДК представляют различные антигены как чужих, так и своих клеток, способствуя тем самым «обучению» иммунных Т-лимфоцитов. Те в свою очередь помогают запустить иммунных ответ в виде синтеза специфических антител и включения лимфоцитарных «акторов», называемых натуральными киллерами (NK) и цитотоксическими лимфоцитами (CTL). Но в кишечнике есть и собственный древний механизм защиты от враждебной атаки в виде сокращения слоя его поверхностного эпителия. Оно обеспечивается собственными мышечными клетками с их сократительным белком актомиозином, «чувствующим» бактериальные жгутики. Дополнительным сенсором бактериальной инфекции служит гасдермин, или белок распознавания «угрозы», который сначала был открыт в желудке (сравни: гастрит) и коже – дерме. Гасдермин известен тем, что способствует образованию в оболочке

эпителиальных клеток пор, через которые «устремляются» ионы, вызывающие сокращение мышечных клеток, защищающее эпителий от микробов. Под микроскопом видно, что сокращение мышечных клеток приводит к увеличению плотности эпителиальных клеток, что предупреждает дезинтеграцию слизистой в присутствии микробов, о чём учёные Уппсальского университета написали в журнале PNAS.

Воспаление может быть не только бактериальным и вирусным. Известно, что после внутримозгового кровоизлияния может развиваться крайне нежелательное нейровоспаление, защитой от которого становится «сдвиг» – bias образования клеточных линий в костном мозге. Сотрудники Тяньцзиньского и Аризонского университетов установили, что сдвиг приводит к образованию большего числа клеток миелоидного ряда, что способствует подавлению нейромимунной реакции в виде воспаления, вызываемого проникновением в мозг агрессивных лейкоцитов периферической крови из разорванных сосудов. Новообразованные клетки костного мозга обретают в мозгу свойства активированных макрофагов, которые подавляют нейровоспаление и снижают степень повреждения мозга. Воспаление подавляется адреналином, действующим на приходящие из костного мозга моноциты (дающие макрофаги). Авторы помогли антивоспалительным клеткам мирабегроном (Mirabegron), активирующим агонистом клеток, синтезирующих адреналин (адренергических).

Выводы

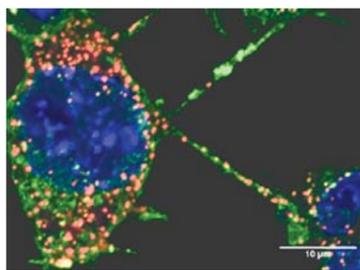
# Клеточная связь

Парижский институт Пастера, где в своё время директорствовал И. Мечников, показал в 2016 г., что цитоплазматические тоннели между нейронами, помимо клеточной коммуникации, способствуют распространению болезни Паркинсона с помощью лизосом. Их в своё время открыл в «своих» макрофагах Мечников, считавший, что в этих цитоплазматических «тельцах» перевариваются патогены. На этом он и остановился, поскольку в его время не было возможностей продолжить цепочку молекулярных событий.

Сегодня известно, что в лизосомах действительно идёт лизис, или растворение фагоцитированных частиц, фрагменты которых затем в виде специфических антигенов предьявляются хелперам, или лимфоцитам, которые помогают запустить иммунный ответ. В Париже однако выяснили, что лизосомы могут передаваться между клетками по тоннелям и тем самым «разносить» скопления-агрегаты альфа-синуклеина (аС). Последний является протеином, который необходим для поддержания нормального состояния синапсов, с помощью которых осуществляется контакт между нервными клетками. Мутантный белок является токсичным для нейронов, что ведёт к нейродегенеративным заболеваниям (EMBO J). Сотрудники Токийского университета показали, что разные варианты нейротоксинов в результате повреждения протеасом (eLife). Протеасомы представляют собой большие протеиновые комплексы, в которых идёт «переработка» отработавших своё протеинов. Японцы даже получили два вида нитей-фибрилл аС из идентичных мономеров, после чего использо-

вали их у мышей и в культурах нейронов. Один тип фибрилл вызывал накопление аС, другой же – нет.

Болезни Паркинсона и Альцгеймера «роднит» амилоид, представляющий собой нейротоксичный

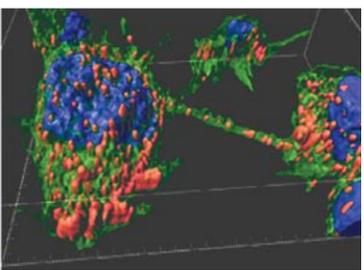


Нейронные тоннели

пептид (цепочку аминокислот), выпадающий в виде бляшек или телец Леви. Однако исследователи Университета Северной Каролины в Чапел-Хилле (США) показали, что одна из микроРНК (miR-29) может нарушать созревание мозга у мышат после их рождения. Связано это с нарушением работы фермента, который необходим для метилирования ДНК, то есть добавления к ней метильных групп –СН<sub>3</sub>. Ещё 5 лет назад нейробиологи Калифорнийского университета в Лос-Анджелесе показали в Nature роль одной из miR в развитии аутизма. Эти результаты показывают, что не всё так просто и с нейрпатологией, которые на молекулярном уровне могут показывать связь с отклонениями вроде бы совсем иной природы.

Приложение Nature посвятило большой обзор изложению того, что архитектура ткани (tissue architecture) может определять характер опухолевого роста – нейтральный или клональный. Последний объясняет известную гетерогенность клеточно-

го состава даже у одного человека. Сотрудники Исследовательского института во флоридском городе Тампа считают, что им удалось прояснить большую вариабельность клеточных мутаций и ключевой механизм гетерогенности, которая, по их мнению, возникает в результате конкуренции за пространство для роста. Выступавшие на весенней



встрече Американского химического общества сотрудники Института сердца, лёгких и крови в Вашингтоне были скромнее и ограничились лишь показом связи болезни Паркинсона с... меланомой, в клетках которой определяется повышенный уровень аС. Своё выступление учёные начали с того факта, что у паркинсоников меланома встречается в 2-6 раз чаще, чем у здоровых. Известно также, что аС «давит» синтез меланина в меланоцитах, активность которых ярко проявляется летом и в соляриях. Меланин концентрируется в меланосомах с их премеланосомальным протеином (Pmel). Авторы сообщения обращали внимание коллег на то, что Pmel даёт амилоидные бляшки при болезнях Паркинсона и Альцгеймера. Обращается также внимание на то, что при болезни Паркинсона часто отмечается потеря пигментации кожи, что также повышает риск развития меланомы. Авторы назвали своё сообщение «Определение амилоидной связи между болезнью Паркинсона и меланомой».

Исследования

# Человек меняет кожу

**«Ковидная» проблема обострилась вследствие неадекватности мониторингового оборудования с его проводами, прикроватными аларм-системами и т.д. Было бы идеально «оснащать» пациентов накожными сенсорами, регистрирующими температуру и частоту сердцебиения, а также важные параметры, передаваемые по блютузу (bluetooth) на приёмник-ресивер и далее на пост к медсёстрам и врачам. В какой-то мере гибридные технологии обещают прогресс в этой и других областях медицинского ухода, который не менее важен, чем таблетки и капельницы.**

Все знают о том, что ртуть при комнатной температуре пребывает в жидком состоянии, однако менее известно, что этим же свойством обладают и некоторые другие металлы и в частности перцептирующие актуаторы, то есть воспринимающие давление и прикосновение для роботов. Соединение механической «чувствительности» и электро-температурных свойств жидких металлов с пластическими эластомерами позволило создать при использовании сходного подхода в деле создания электронной «кожи» (е-кожа) специальную перчатку для робота, с помощью которой он может снимать ягоды малины с ветки, не давя и не деформируя её. Но это, конечно, же рекламная демонстрация возможностей, которые предоставляет е-кожа, «чувствующая» прикосновение и давление. Для её успешного создания в Северо-Западном университете в Эванстоне (Канада) использовали полимер PDMS (PolyDiMethyl-Siloxan), который при растяжении на 15-20% сохраняет электропроводящие свойства, обеспечиваемые сетью золотых нитей, диаметр которых не превышает 0,3-0,5 микрон.

Учёные используют также и другие подходы, сочетая все известной силикон с пористой неорганической основой, пропускающей пот и не вызывающей раздражение кожи. Благодаря развитию технологии е-кожи для недоношенных детей создан браслет, позволяющий ежеминутно оценивать их состояние. Другое устройство регистрирует не только выделение у человека, находящегося под воздействием стресса, пота, но и уровень кортизола. Информационные пластики применяют для «обёртывания» нервов и сосудов, что очень важно после операций. Многообещающими являются и окислы металлов – стронция, ванадия и титана, – благодаря которым материал не только прозрачен, но и проводит ток. Одна из токийских фирм предлагает «смарт»-ткани для изготовления одежды самого разного назначения, например пижам, «общающихся» с кондиционером и регулирующих интенсивность их работы. Для людей с заболеваниями такая одежда может «сигнализировать» о возникновении сердечного приступа или падения человека.

Для «слежения» за «ковидными» больными в Эванстоне предложили небольшой патч-наклейку, помещаемый в ямку между длинными мышцами, идущими на передней поверхности шеи. С помощью патча в режиме реального времени идёт информация о пульсе и частоте дыхания, которое нарушается в результате развивающегося фиброза под слизистой дыхательных путей. Но помимо аномальной реакции подслизистых клеток фибробластов, синтезирующих коллагеновые фибры-волокна, большую опасность представляет и аутоиммунная реакция, проявляющаяся печально знаменитым цитокиновым штормом и приводящая к тромбозам. Всё это считается следствием образования в клетках «могучих» протеиновых комплексов под названием инфламмосомы (от – пламя, сравни: фламинго – «пламенно-красные», фламины – поддерживающие вечный пламя-огонь и ходившие с фламами-факелами).

Инфламмосомы были открыты в 2001 г. и получили официальное название NLRP (NOD-Like Receptor Protein, NOD – домен олигомеризации нуклеотидов) по их белку, мутации которого вызывают воспалительные, сердечные и нейродегенеративные заболевания, например болезнь Альцгеймера, фиброз печени и лёгких, боли при подагре и даже меланоме. Белок содержит домен-участок с характерным названием пирин, нарушения которого были открыты у людей, страдающих средиземноморской лихорадкой. Он синтезируется в активных иммунных нейтрофилах и макрофагах. Не так давно было получено 3D-изображение инфламмосомы, что облегчило создание малых молекул с функцией ингибитора NLRP, стимулирующего синтез двух интерлейкинов, приводящих к цитокиновому шторму. Первым ингибитором стала анакирина (Kineret), применяемая для подавления воспаления при артрите, но потом была создана более специфическая малая молекула CRID (MCC), подавляющая синтез интерлейкина. Сегодня ещё несколько средств проходят клинические испытания, сводная таблица которых представлена в Scientist. В июле 2020 г. Управление по контролю качества пищевых продуктов и лекарственных средств США (FDA) одобрило использование одного из них для пациентов с болезнями Альцгеймера и Паркинсона.

Особо журнал обратил внимание на COVID и вызываемый вирусом иммунный шок. В январе 2020 г. одна из компаний представила результаты завершившихся испытаний её продукта DFV с участием 143 больных с вирусной пневмонией и нарушениями дыхательной функции. Другая компания начала вторую фазу испытаний, но возникает вопрос об эффективности предложенного спектра ингибиторов инфламмосом против новых вирусных вариантов, что беспокоит создателей противовирусных вакцин.

Подготовил Игорь ЛАЛЯНИЦ,  
кандидат биологических наук.

По материалам Applied Material Interfaces, Nature, Scientist, Cell, Science Signaling, Science Translational Medicine, Cell Reports, eLife, Nature Communications, Nature Neuroscience, Physorg.

**В преддверии Всемирного дня борьбы с малярией, отмечаемого ежегодно 25 апреля, ВОЗ выразила удовлетворение в связи с ростом числа стран, которые уверенно приближаются к цели по достижению нулевой заболеваемости малярией или достигают её. Объявленная новая инициатива направлена на прекращение распространения этой болезни ещё в 25 странах к 2025 г.**

В 46 из 87 стран, где присутствует малярия, в 2019 г. было зарегистрировано менее 10 тыс. случаев заболевания. Для сравнения, в 2000 г. таких стран было только 26. К концу 2020 г. в 24 странах число новых случаев заболевания малярией держалось на нулевой отметке на протяжении трех или более лет подряд. Одиннадцать из них были официально сертифицированы ВОЗ как свободные от малярии.

«Многие из стран, успехи которых мы отмечаем сегодня, когда-то очень сильно страдали от малярии. Их успех дался им трудно и стал результатом согласованной работы на протяжении десятилетий, – заявил Генеральный директор ВОЗ Тедрос Гебрейесус. – Вместе все они продемонстрировали миру, что элиминация малярии является достижимой целью в любой стране».

### Основные факторы успеха

Несмотря на то что путь каждой страны к элиминации малярии имеет свои особенности, во всех регионах были отмечены общие факторы успеха.

«Прежде всего, главным его фактором является наличие в эндемичных по малярии странах политической воли к победе над малярией, – заявил директор Глобальной программы ВОЗ по борьбе с малярией Педро Алонсо. – Наличие этой политической воли выражается в выделении финансирования из внутренних источников, которое нередко сохраняется в течение многих десятилетий даже после элиминации малярии».

В большинстве стран, достигших элиминации малярии, существует прочная система первичной медико-санитарной помощи, которая обеспечивает доступ всех жителей страны независимо от их национальности или юридического статуса к услугам по профилак-

тике, диагностике и лечению малярии без создания непосильного финансового бремени в связи с получением этих услуг.

Также важным слагаемым успеха является наличие эффективных систем сбора и анализа данных и эффективное взаимодействие с населением. Многие страны, которым удалось ликвидировать малярию, в выявлении и лечении

этим странам будет предоставляться специализированная поддержка и техническая консультативная помощь для достижения нулевого показателя заболеваемости малярией.

### Борьба в условиях пандемии

В 2020 г. пандемия COVID-19 создала серьезные трудности для

ровав методы предоставления услуг по борьбе с малярией к ограничительным мерам, введенным государствами для профилактики заражения COVID-19. В результате этих усилий наиболее пессимистичный сценарий, смоделированный ВОЗ, по-видимому, не реализовался. Согласно прогнозам по итогам моделирования, в странах Африки к югу от Сахары

предоставлении услуг в области профилактики, диагностики и лечения малярии в I квартале 2021 г.

Во многих странах введение противозидемических ограничений, в том числе ограничений на передвижение людей и товаров привело к задержкам с доставкой обработанных инсектицидами противомоскитных сеток или с проведением кампаний по обработке инсектицидами помещений. Оказание услуг по диагностике и лечению малярии было прервано, поскольку многие люди не могли – или не стремились – обращаться за помощью в медицинские учреждения.

ВОЗ призывает всех людей, живущих в странах, где отмечаются случаи малярии, «победить страх» и в случае повышения температуры тела обращаться в ближайшее медицинское учреждение, где им будут предоставлены услуги по диагностике малярии и необходимая помощь с соблюдением национальных протоколов профилактики COVID-19.

### Глобальное и региональное бремя болезни

По оценкам, в 2019 г. в 87 странах насчитывалось 229 млн случаев заболевания малярией и 409 тыс. – смерти от малярии. В странах Африки к югу от Сахары на долю детей в возрасте до 5 лет по-прежнему приходилось примерно две трети всех случаев смерти от малярии, зарегистрированных во всем мире.

В 2019 г. на страны Африканского региона ВОЗ приходилось 94% всех случаев заболевания малярией и смерти от малярии, зарегистрированных во всем мире. Около 3% случаев заболевания малярией в 2019 г. были зарегистрированы в странах Региона Юго-Восточной Азии и 2% – в регионе Восточного Средиземноморья. На регион ВОЗ для стран западной части Тихого океана и регион ВОЗ для стран Америки приходилось менее чем по 1% всех случаев.

Несмотря на то что в последние годы темпы глобальной борьбы с малярией стагнировали, всё большее число стран с низким уровнем заболеваемости малярией приближаются к нулевому показателю заражения малярией или достигли его.

Инга КАТАРИНА.

### Профилактика

# Всемирный день борьбы с малярией

ВОЗ выступает с инициативой по её элиминации ещё в 25 странах к 2025 г.

этого заболевания в отдалённых и труднодоступных районах полагаются на специально сформированные сети медиков-волонтеров.

### Выход на нулевой показатель

В рамках инициативы E-2020, начатой в 2017 г., ВОЗ оказала поддержку 21 стране в достижении нулевого показателя заболеваемости малярией к 2020 г. В новом докладе ВОЗ обобщаются сведения о достигнутом прогрессе и уроках, извлечённых в этих странах за последние 3 года.

Согласно докладу, к концу 2020 г. об отсутствии местных случаев заболевания малярией человека сообщили 8 стран, участвовавших в инициативе E-2020: Алжир, Белиз, Кабо-Верде, Китай, Сальвадор, Исламская Республика Иран, Малайзия и Парагвай. В Малайзии в 2020 г. у порядка 2600 человек было выявлено заражение паразитом *P.knowlesi*, который обычно поражает обезьян. Крупных успехов достигло ещё несколько стран.

С опорой на успехи инициативы E-2020 ВОЗ выделила новую группу из 25 стран, в которых есть потенциал для элиминации малярии в ближайшие пять лет. На всем протяжении реализации представленной сегодня инициативы E-2025



Род двукрылых насекомых – переносчиков *Plasmodium vivax*

борьбы с малярией во всём мире. С самого начала пандемии ВОЗ настоятельно призывала страны к поддержанию бесперебойной работы основных служб здравоохранения, в том числе в сфере борьбы с малярией, с параллельным обеспечением защиты населения и медицинских работников от COVID-19.

Прислушавшись к этому призыву, многие эндемичные по малярии страны приняли масштабные меры реагирования на пандемию, при этом адапти-

серьёзное ограничение доступности противомоскитных сеток и противомаларийных лекарственных средств могло бы привести в 2020 г. к удвоению числа случаев смерти от малярии по сравнению с показателями 2018 г.

Однако по прошествии более одного года после начала пандемии в работе служб здравоохранения во всём мире по-прежнему отмечаются серьёзные сбои. Согласно результатам нового обследования ВОЗ, примерно треть стран мира сообщили о наличии сбоев в

### Особый случай

**В больнице медицинского факультета японского Университета Киото произведена уникальная трансплантация лёгких от двух живых доноров пациентке, у которой лёгкие потеряли функциональность из-за инфекции COVID-19. Операция продолжалась около 11 часов. Удалены почти полностью поражённые лёгкие пациентки. Их заменили пересаженными частями здоровых лёгких её мужа и сына. Оба донора в стабильном состоянии, а пациентка помещена в реанимационную палату. Как ожидается, если всё пойдёт без осложнений, она будет выписана из больницы через два месяца.**

## COVID-19 не помешал трансплантации лёгкого

До операции женщина прошла сложный период борьбы с COVID-19. Она была практически здорова по всем показателям и анализам до помещения в декабре прошлого года в больницу с диагнозом острая пневмония. Тест на COVID-19 сразу оказался положительным. Состояние быстро ухудшилось, пневмония развилась, затруднялось дыхание, функциональность лёгких утрачивалась.

Женщину перевели в другую больницу с более широкими возможностями. Поражение лёгких прогрессировало, несмотря на медикаментозную и кислородную терапию. Пациентку поместили на аппарат экстракорпоральной мембранной оксигенации (ЭКМО). Стало ясно, что шансов на выздоровление у неё практически нет, и только пересадка может спасти жизнь.

Муж и сын предложили себя в качестве доноров. Были оформлены соответствующие документы, в том числе об осознании

возможных рисков. Следует пояснить, что пересадка органов в грудную клетку в Японии и большинстве стран мира по законам возможна только при констатации смерти мозга у доноров. По данным медицинских организаций Японии, за рубежом (в Китае, США, странах Европы и многих других) были выполнены десятки операций с использованием органов граждан и во всех случаях по местным регламентам констатирована смерть мозга доноров.

Время ожидания доноров в Японии в среднем достигает двух и более лет. Состояние женщины продолжало усугубляться. Поэтому на семейном совете было решено кому-то добровольно стать донорами, пожертвовать части своих лёгких. Женщина находилась в полном сознании и приняла жертву. Других проблем со здоровьем у неё не имелось, а проверки на COVID-19 были многие месяцы отрицательными.

Учитывая, что в Японии очень мало потенциальных доноров с диагнозом «мёртвый мозг», руководство больницы университета Киото предложило совершенно законную трансплантацию от живых доноров, как наиболее доступный вариант. Тем более, что у реципиента не было каких-либо ранее существовавших проблем со здоровьем.

5 апреля больницу перевели в университетскую больницу Киото, а через два дня была проведена трансплантация части левого лёгкого мужа и части правого лёгкого сына. Сейчас женщина восстанавливается в отделении интенсивной терапии, как ожидается, выйдет из больницы примерно через два месяца и возобновит свою прежнюю жизнь через три месяца.

Руководство больницы посчитало, что риска заражения для медицинского персонала практически не было, поскольку прошло по крайней мере два месяца с тех пор, как у больной постоянно регистрировался отрицательный результат ПЦР-теста.

При проведении трансплантации есть рекомендации об осторожности в случае ряда болезней, возраста и физического состояния реципиентов. В данной ситуации впервые реплантация проведена в случае уже развившегося поражения от COVID-19. Профессор медицинского факультета университета Киото Хироси Датэ, торакальный хирург, который руководил операцией, считает, что операция может открыть новые направления борьбы с болезнью. Однако использование такой методики будет весьма ограничено, поскольку пациенты, помещённые на устройства ЭКМО, не могут долго ждать доноров с констатацией смерти мозга.

Николай ТЕБИН,  
журналист-международник.

### Ну и ну!

## Хлорка нейтрализует вирус

**Хлорированная по всем правилам вода из общественных бассейнов нейтрализует практически все частицы SARS-CoV-2, показало исследование Имперского колледжа Лондона. Известно, что жизнеспособность вируса вне тела человека сильно зависит от типа среды, температуры, степени влажности и прочих кондиций. Ранее вирусные частицы находили в сточных водах. Опасность хлорированных бассейнов решили проверить британские учёные.**

Были собраны образцы воды в нескольких популярных общественных бассейнах Лондона. К ним добавили коронавирус. Оказалось, хлорка нейтрализовала более 99,99% частиц коронавируса и уничтожила следы его присутствия во всех образцах, кроме одного, где вода была недостаточно хлорированной. Но даже в этом случае в образце остались лишь следовые количества частиц SARS-CoV-2. Степень их заразности упала более чем в 50 раз.

Получается, при соблюдении норм хлорирования и очистки воды от загрязнений бассейн не может стать источником распространения инфекции. Но, по словам специалистов, это не означает, что источником заражения не могут быть инфицированные люди, посещающие бассейн (воздушно-капельный путь распространения).

Павел АЛЕКСЕЕВ.

**Несколько десятилетий назад мир вступил в пору перманентного карнавала и теперь существует в этой карнаваловой культуре, которая всегда всё ставит вверх ногами. Место головы занимает зад; мужчины надевает женское платье; личина скрывает лицо; шут становится главным персонажем... Карнавал – отголосок язычества в христианской культуре, трансформированное дионисийство, гимн вседозволенности.**

В 1970-е годы, когда процесс всеобщей «карнавализации» ещё только начинался, когда планета, в основном, жила, имея своими социально-культурно-политическими приоритетами традиционные ценности, в бедных негритянских кварталах возникла культура хип-хопа, частью которой является рэп. Постепенно эта музыка распространилась через коммерческие негритянские радиостанции, обретая популярность. Изначально это был продукт, не предназначенный для исполнения в Колонном зале Дома союзов или в Метрополитен-опера и даже для ротации в мало-мальски приличных радиопрограммах.

Рэп-мелодекламация была антиподом так называемых трудовых песен – work songs, под которые некогда работали на плантациях Юга (США). Work songs были ритмически ориентированы именно на работу: сильные доли музыкальных фраз синхронизировали общие усилия (в духе: «Эх, дубинушка, ухнем!»). Под рэп-декламацию работать было уже нельзя. А среди любителей рэпа к этому времени уже почти никто и не работал. Рэп-исполнители оркестровали безделье, на работу времени не оставалось. Поначалу эта музыка и интересовала, в основном, люмпенов, тунеядцев и бандитов. У рэперов и имён-то своих почти нет: клички – лексические маски карнаваловой культуры, осуществлённой в рэперском изводе и напоминающие уголовные традиции... А татуировки – модифицированные карнаваловые костюмы. Со временем популярность рэпа выросла настолько, что он обрёл коммерческую составляющую и с этой поры был влётён в индустрию поп-культуры. Ритмические скороговорки и бубнилки обрели известную уважительность, а самые известные рэп-исполнители вошли в круг наиболее богатых деятелей музыкального бизнеса.

При ближайшем рассмотрении неожиданно обнаруживается сходство между основными приёмами рэперов и балаганной стилистикой русских скоморохов – вплоть до мелких деталей (что подчёркивает их общий карнаваловый генезис).

Скоморохи и рэперы – развлекатели, энтертейнеры. Только скоморохи шутили и веселили, рэперы тревожат и будоражат. Шутят они нечасто и довольно мрачно. Их тирады и речитативы гневны и яростны. Тематика их текстов часто драматична и говорит о проблемах, а не о развлечениях. Это не веселит, а озлобляет, по крайней мере, нервнует и беспокоит. Если праздник карнавала длится бесконечно, то он неминуемо утрачивает веселье: невозможно протрагировать радость на месяцы и годы. Когда в календаре – сплошные «красные дни», то на каком-то этапе они непременно станут буднично-обычными. Тексты рэперов уже не слишком близки к маскарадной комедии dell'arte. Часто они имеют социальные акценты и отмечены рефлексией исполнителя, поиск им каких-то персональных смыслов; притом что из зрителей никто и никогда не задавался вопросом о внутреннем психологическом мире скомороха, маска которого никем не воспринималась как его

личность. Он и был-то визитёром, кратким гостем, куда-то исчезающим вслед за карнавалом.

Рэперы – я имею в виду именно талантливых исполнителей этого жанра – харизматичны. Их настроение заражает. Производимые ими Sound and Fury становятся почти шаманской процедурой. Этот эффект усиливают и все те цепочки-побрякушки, каковые рэперы часто цепляют на себя – блестящие предметы воспроизводят не только эстетику карнаваловой мишуры, но и атрибутику первобытного колдуна-шамана и работают как усилители его гипнотического воздействия, утомляя зрительный анализатор

прекращение приёма веселящих субстанций чревато психозом, что ярко демонстрирует, к примеру, резкий обрыв алкогольного запоя, выливающийся в делирий). Но – нет. Сложить один и один человек с кличкой Гуф не в состоянии. «Биполярное расстройство и шизофрения» и никак иначе («шизофрения, как и было сказано»). Между тем, психиатры былых времён говаривали: «Для того, чтобы сойти с ума, нужно его иметь»... Представляется, что Гуф многовато на себя берёт. Безусловно, в некоторых случаях такие заявления – обычный PR недалёкого человека, рассчитанный на конгениального ему

наполняя логически понятным социальным контентом эндогенный эмоциональный спад.

О своём биполярном психозе («биполярочке») сообщил и рэпер Oxxxymiron (Мирон Фёдоров), сын профессора теоретической физики, выпускник Оксфорда (специальность «Средневековая английская литература»), образованный человек, постмодернистски и рафинированно вставляющий в свои тексты цитаты из Н.Гумилёва и других известных поэтов (и, надо признать, что это часто приходится к месту, усиливая общий эффект произведения), но тут же соотносящий их с обценными рифмами, что, вроде бы, не

эмоции; энергичность; неутомимость; ускорение хода мысли, столь удобного для молниеносной импровизационной рифмовки в баттлах; быстрая речь («это не я быстро читаю, это ты медленно слушаешь» – Oxxxymiron); поверхностность мышления, которую подтверждает частая погоня рэперов за аллитерациями и ассонансами в пику смыслу; конгруэнтность поведения автора – содержание его текстов; искренняя вовлечённость в процесс; соответствие текущего настроения исполняемому произведению... Даже известная откровенность, расторможенность и брызжащая слюна гипоманиакального пациента коррелирует с его образом – имиджем человека, которому море по колено, который прошёл огонь, воду и медные трубы и ничего не боится, которого не стесняют никакие ограничения... Сочетание всех этих факторов создаёт энергетическое цунами, влияющее на восприятие исполнения рэпа потребителями этого продукта. Вовлечённость в процесс большого числа участников, попавших в единую волну эмоций и резонансно совпавших с ней, формирует феномен трансовых состояний по типу психической эпилепсии.

Но введение в транс – обоюдоострое лезвие: влияя на кого-то, протагонист рэп-процесса невольно заводит и сам. А выход из такой, всё туже завивающейся спирали, не всегда прост и естественен. По существу, человек должен возвратиться из антимира, в котором оказался, когда вошёл в резонанс с камланиями рэпера-шамана, с его обценными заклинаниями и ворожкой (о чём тот и не подозревает). И сам музыкант находится в той же ситуации, ибо не обладает должными сакральными знаниями и не владеет практиками. И тут – уже как кому повезёт...

Биполярное расстройство циклично, как календарь и диалектично, как китайская дихотомия Инь-Ян. Мания и депрессия. Талия и Мельпомена. Плюс и минус. Аверс и реверс. Двуйкий Янус, объединивший две противоположных ипостаси и стилистики бытия, бегущие гуськом по замкнутому кругу. «Волна и камень, стихи и проза, лёд и пламень...» То, что горело, «сияло и рвалось», летело... может гаснуть, тускнеть и замерзает. И тогда время замедляет ход, и одинокая мысль ме-е-едленно бредёт от одной извилины мозга до другой, спотыкаясь на каждом шагу, забывая сама себя. И тогда настроение опускается с Джомолунгмы в Марианскую впадину. И тогда движение становится заторможенным, словно они совершаются под водой. На мысли падает вязкая траурная вуаль: бесперспективность, бесполезность, ничьёмность, «мы все умрём»... Это состояние тоже может тянуться долго, особенно без надлежащей терапии.

Любой карнавал когда-нибудь заканчивается, впрочем, есть опасение, что вызванный им пожар ещё долго будут тушить «пирогамми, и блинами, и сушёными грибами», устанавливая мир с помощью прокси-войн; когда крупные державы используют страны-симулякры, дерущиеся между собой, как куклы, надетые на руку невидимого персонажа, оставшегося за ширмой – до поры до времени, пока карнавал, наконец-то, закончится. А потом придёт период интермиссии, который тоже не продлится вечно. Так уже было без малого сто лет назад: за весёлым «веком джаза» наступила «великая депрессия», для решения экономических проблем которой понадобилась большая война.

**Игорь ЯКУШЕВ,**  
доцент Северного государственного  
медицинского университета.  
Архангельск.

Грани

# Шум и ярость

## В чём сходство между приёмами рэперов и стилистикой русских скоморохов?



Канье Уэст

и тем облегчая введение паствы (публики) в транс. Таким же образом действует и ритмичная однообразная жестикация рэперов. Аналогичный феномен актуален и для всевозможных квакеров, шейкеров и майданных прыгунов-«немоскалей».

Но шаман сам оказывается заложником своей профессии, заводясь в процессе исполнения, вводя в транс и себя. В некоторых случаях постоянное воспроизведение рэп-камлания становится одной из причин, могущих быть для исполнителя этой музыки триггером психического расстройства или вызвать его обострение: и соломинка порой способна сломать спину верблюда. Профессия рэпера является фактором риска – она слишком близко подходит к психотехникам и психопрактикам, порой забредая на их территорию.

Некоторые среди известных рэперов сообщили о том, что страдают биполярным расстройством (с некоторых пор сделавшимся модной болезнью). Рэпер Гуф радостно заявил о своём «биполярном расстройстве и вялотекущей шизофрении». Гуф уже около десяти раз лежал в психиатрических больницах и – вот совпадение! – всякий раз после отдыха на Бали. Пребывание на этом индонезийском острове традиционно связывается не только с пляжем-морем-солнцем, но и с некоторыми другими способами времяпрепровождения. И, казалось бы, причинно-следственная связь между психическим состоянием и изменением приёма некоторых веществ (чего Гуф и не скрывает) – очевидна. (Я имею в виду абстиненцию, её хрестоматийный механизм:

кажется приёмом, без которого нипочём не обойтись; однако его применение неизбежно: оно обусловлено именно стилистикой рэпа, его лексиконом, брутальностью и социальным вызовом, ожиданиями его публики...

Sound and Fury – «шум и ярость», воспроизводимые рэперами, тоже не выбирают слов. И в этом потоке заряженных вербальных частиц брань оказывается важным подспорьем: энергетика некоторых лексем усиливает напряжение в сети, и лампы горят ярче, а спираль электроплитки раскаляется докрасна, подогревая толпу. Сакральная сила матерной брани уходит корнями в язычество, когда магические заклинания колдунов звучали именно таким образом. Это – профанное начало, противопоставленное началу сакральному. Брань применялась, как средство коммуникации в «антижизни», языком которой в этом перевернутом мире карнаваловой культуры и являлась. Это был язык «телесного низа». Язык язычества. Обценная лексика магов-ведьмаков была ещё одной важной причиной, по которой церковь преследовала скоморохов. И это обстоятельство натягивает добавочную связующую нить между рэперами – и древними психотехниками (и психопрактиками), с которыми следует обращаться крайне осторожно. Слишком много загадочных обстоятельств ещё связано с шаманством и магией, и позитивистская наука пока не в состоянии объяснить их толком.

Если рэпер не увлекает толпу, ему не стоит заниматься этой профессией (как и клоуну, над которым не смеются зрители, как и скомороху, вокруг которого не собрались ротоzeи). Харизматичность – важнейшее условие успеха некоторых профессий. Но обаяние и заразительность харизмы – ещё и одна из важных характеристик биполярного расстройства в его маниакальной (гипоманиакальной) фазе. Этот напор, этот драйв, эта искренность эмоций передаются окружающим, и для генерирующего их человека не имеет значения, кто его окружает: соседи по палате и медперсонал или аудитория концертного зала. Вероятно, это обстоятельство в существенной мере и определяет (влияет на) успех рэпера.

Харизматичность маниакальной (гипоманиакальной) фазы биполярного расстройства оказывается для рэперов существенным подспорьем: заразительность

