

Медицинская

8 мая 2024 г.
среда
№ 18 (8138)

Газета®

ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ВРАЧЕБНОЕ ИЗДАНИЕ

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

www.mgzt.ru



Эндокринологическая служба в России стремится к максимальной персонализации диагностики и терапии заболеваний.

Стр. 4

В Башкирии профсоюз последовательно отстаивает интересы работников скорой помощи.

Стр. 6

В Санкт-Петербурге прошли Поленовские чтения.

Стр. 10

Память

С Днём Победы!

Завтра Россия отметит главный праздник страны



Этот день особо дорог каждому. В нём не только наша дань уважения всем, кто сражался на фронтах Великой Отечественной, гордость за свою Родину, правда и сила любви к героям, которых уже нет с нами, но и признательность за подвиг старшим поколениям.

В Самарском клиническом госпитале для ветеранов войн традиционно пройдёт концерт для пациентов и медицинских работников. «МГ» не раз писала об этом уникальном лечебном учреждении, признавшемся в течение десятилетий лучшим профильным учреждением в стране. Сегодня клиника носит имя Олега Григорьевича Яковлева, возглавлявшего многопрофильный стационар около 30 лет.

Перед пациентами выступят солисты Самарского театра оперы и балета им. Д.Д.Шостаковича. Главный врач клиники кандидат медицинских наук Александр Каширин вместе с членами попечительского совета будет вручать подарки и награждать сотрудников, которые сегодня занимаются диагностикой и лечением заболеваний не только воинов той

далёкой прошедшей войны, но и участников локальных конфликтов и бывших военнослужащих, проходивших службу в зоне СВО. Кстати, накануне прошёл общегоспитальный субботник, медицинские работники навели идеальный порядок в своём лечебном учреждении совместно с сотрудниками управления Следственного комитета по Самарской области. Такое отношение к специализированной больнице редко встретишь. Руководство госпиталя более 3 лет назад подписало с региональными правоохранителями соглашение о взаимодействии, включающее в себя вопросы помощи в решении различных проблем.

– В День Победы в концерте принимают участие не только сотрудники, но и пациенты, которые готовы подняться на сцену и декламировать стихи или спеть патриотическую песню, – поясняет А.Каширин. – Царит особая атмосфера. Думаю, праздничный концерт можно назвать ещё и арт-терапией, повышающей мотивацию пациентов на излечение, выздоровление и веру в собственные силы.

Корреспонденты «МГ» стали свидетелями и предпраздничного обхода начальника госпиталя А.Каширина и заведующей гериатрическим отде-

лением Светланы Брыляковой. Они посетили в палате участника ВОВ 97-летнего Владимира Нечаева, сражавшегося на фронте в последние месяцы Отечественной и затем прошедшего войну с милитаристской Японией, закончившего службу на Курильских островах. Конечно, разговор пошёл не только о здоровье ветерана, но и об огненных дорогах войны. Было поучительно послушать Владимира Ивановича, как нелегко доставалась победа. Момент беседы зафиксирован на снимке. Кстати, днём раньше из госпиталя выписали 99-летнего ветерана, стремившегося провести праздники дома, с родными. Что скажешь: воины, участники прошедшей войны, не стареют душой. Хотя их остались единицы, а возраст достиг вековой отметки или приближается к ней.

Администрация госпиталя поздравила всех пациентов с наступающим праздником – Днём Великой Победы!

Алексей ПИМШИН.

Фото
Александра ХУДАСОВА.

P.S. Корреспонденцию о работе госпиталей для ветеранов войн читайте на стр. 12.

Особые условия

Пострадавшим при атаке ВСУ оказывается помощь

В Белгородской области ВСУ с помощью дронов-камикадзе атаковали автомобиль, перевозящий сотрудников предприятия «Агро-Белогорье» на работу, а также легковую машину. Погибли семь человек, 40 пострадали. Среди пострадавших – двое детей с поверхностными травмами.

«Две движущиеся по дороге «газели», везущие сотрудников предприятия на работу, и легковой автомобиль подверглись атаке со стороны ВСУ с помощью дронов-камикадзе. Инцидент произошёл в районе села Берёзовка Борисовского района. К большому сожалению, в результате взрыва шесть человек скончались на месте от полученных травм. Выражаю искренние соболезнования родным и близким погибших жителей», – сообщил губернатор Белгородской области Вячеслав Гладков.

Он добавил, что мужчине в тяжёлом состоянии с проникающим ранением брюшной полости проведена операция. Остальные пострадавшие с осколочными ранениями разной степени тяжести бригадами скорой доставлены в медицинские учреждения региона, всем оказывается необходимая помощь. Позднее появилась информация, что число погибших возросло до семи.

«По оперативным данным, в результате атаки украинских националистов с применением дронов в Белгородской области 40

человек получили ранения, среди них трое детей. Из них 30, в том числе дети, госпитализированы, 10 получили медицинскую помощь амбулаторно», – сообщил журналистам помощник министра здравоохранения РФ Алексей Кузнецов.

И добавил, что министр здравоохранения России Михаил Мурашко взял под личный контроль оказание медицинской помощи пострадавшим. Им оказывается вся необходимая медицинская помощь, организованы телемедицинские консультации со специалистами ведущих федеральных медицинских центров.

Позднее в Борисовском районе произошла повторная атака ВСУ дроном-камикадзе. Движущийся легковой автомобиль был атакован на участке автодороги в районе села Берёзовка. Один человек пострадал – у мужчины осколочные ранения нижней конечности. Бригадой скорой помощи пострадавший доставлен в центральную районную больницу, где ему была оказана вся необходимая медицинская помощь.

Следственный комитет РФ расследует факт атаки вооружённых формирований Украины на территории Белгородской области. Об этом сообщили в пресс-службе ведомства. «Следственный комитет установит все обстоятельства произошедшего и лиц, причастных к совершению данного преступления», – говорится в сообщении.

Юрий ДАНИЛОВ.

ИТОГИ И ПРОГНОЗЫ

Роман КОЗЛОВ

Ректор Смоленского ГМУ, главный специалист по клинической микробиологии и антимикробной резистентности Минздрава России, член-корреспондент РАН:

Создание межвузовского кампуса – это фантастическая инициатива со стороны руководства страны и региона, а для нас уникальный шанс сделать Смоленщину центром не только молодёжного движения, но и науки.



Стр. 11

Новости

Восстановили функцию конечности

Мальчику, которому год назад оторвало руку стиральной машиной, врачи Приволжского исследовательского медицинского университета (ПИМУ) восстановили функции конечности.

Трагедия произошла чуть более года назад в Семёнове Нижегородской области. Тогда четырёхлетний Даниил засунул руку в работающую стиральную машинку. Ему оторвало руку в области локтевого сустава. В тот же день он был доставлен в Университетскую клинику ПИМУ, к моменту госпитализации была развёрнута операционная. Операция по реплантации длилась четыре часа. На протяжении года поэтапно в клинике продолжалось лечение мальчика. На сегодняшний день рука двигается, сгибается в локтевом суставе, кисти, восстановлена крупная моторика. Сами врачи называют этот случай чудом.

Позади четыре операции, последняя из которых заключалась в восстановлении лучевого нерва. Была выполнена пластика дефекта 6 см суральным нервом, который взяли с голени пациента. Благодаря усилиям врачей микрохирургического отделения, реабилитологов появился хороший функциональный результат: есть активное сгибание и разгибание предплечья, сгибание пальцев и кисти в лучезапястном суставе, мальчик может брать крупные предметы. Восстановлены срединный и локтевой нерв, выполнена пластика мышц-сгибателей предплечья.

– Восстановление иннервации – это очень сложный процесс после таких травм. Это, конечно, сложный случай – полный отрыв конечности. Можно сказать, что почти полностью восстановился объём движений в локтевом суставе, кисть работает на сгибание, сгибаются пальцы. Что будет в дальнейшем – надо наблюдать, потому что определённые проблемы могут возникнуть по мере роста ребёнка. Дополнительные вмешательства потребуются, но уже только ортопедического характера – нервы и сосуды восстановлены, – говорит Сергей Петров, травматолог-ортопед Института травматологии и ортопедии ПИМУ.

Сергей ПАВЛОВСКИЙ.

Нижний Новгород.

Югорчане и москвичи во мнении едины

В Сургуте прошла научно-практическая конференция «Рак молочной железы и меланома кожи», объединившая онкологов, хирургов, генетиков, патологоанатомов, дерматологов.

Показательные радикальные операции при раке молочной железы и меланоме кожи с использованием современной методики – биопсии сигнального (сторожевого) лимфатического узла совместно с югорскими онкологами выполнили московские специалисты. В рамках мастер-класса использованы два распространённых метода диагностирования сторожевых лимфоузлов – радиоизотопная и флуоресцентная лимфография.

«Один из часто применяемых и стандартизованных методов – радиоизотопный, когда вводится радиофармпрепарат и через некоторое время он накапливается в лимфатическом узле. С помощью специального гамма-детектора его обнаруживают интраоперационно, – рассказывает профессор кафедры онкологии и рентгенодиагностики им. В.П.Харченко МИ Российского университета дружбы народов, ведущий научный сотрудник городской клинической больницы им. С.П.Боткина, доктор медицинских наук Константин Титов. – Вторая, альтернативная методика – биопсия сигнального лимфоузла флуоресцентным методом, когда вводится специальный краситель, который в лазерном свете начинает давать характерное свечение».

По словам К.Титова, в нашей стране налажено производство такого красителя и аппаратуры, которая его детектирует. Помимо участия в практической части К.Титов сделал доклад «Ранний рак молочной железы. На стыке хирургии и химиотерапии – что мы можем сделать лучше?»

С докладом «Выбор терапии первой линии мелкоклеточного рака лёгкого: хороший старт-залог успеха» выступил руководитель окружного онкологического центра Сургутской областной клинической больницы Алексей Аксарин, подчеркнувший: «всё, что есть технологически новое в России, у нас тоже применяется».

Тему биопсии сторожевого лимфатического узла – процедуры, определяющей тактику лечения меланомы кожи, блестяще раскрыл заведующий онкологическим отделением № 5 онкологического центра № 1 ГКБ им. С.С.Юдина, профессор Дмитрий Кудрявцев.

Алёна КСЕНИНА.

Сургут.

Сообщения подготовлены корреспондентами «Медицинской газеты» (inform@mgzt.ru)

Подписка на «МГ» продолжается

К сожалению, расходы на услуги почты, полиграфию, хозяйственные нужды возрастают. И как бы ни хотелось сделать газету более доступной – это непросто, но мы стараемся.

Оставить заявку на оформление подписки можно по адресам электронной почты:

mg.podpiska@mail.ru,
mg.podpiska@mail.ru.

Контакты
издательского отдела «МГ»:
8 (495) 608-85-44,
8 (916) 271-08-13.

Оплатить подписку можно и онлайн. Платежи по QR-кодам безопаснее.



Отсканируйте этот QR-код для оплаты



СБП

Работают мастера

Стала мамой с пересаженным сердцем

Это первый подобный случай в практике врачей Самарской области

Молодая женщина в период беременности находилась под наблюдением врачей медуниверситета Самары и специалистов федеральных медицинских центров.

В возрасте двух лет жительнице Тольятти Ирине был поставлен диагноз «дилатационная кардиомиопатия». С возрастом заболевание прогрессировало и сердце не справлялось с минимальной физической нагрузкой. В 2022 г. наступила декомпенсация сердечной недостаточности. Врачи приняли решение о срочной трансплантации. Пациентка была доставлена службой санавиации на реанимобиле в НИИЦ трансплантологии и искусственных органов им. В.И.Шумакова Минздрава России, где была проведена пересадка сердца.

«После такой серьёзной операции, как трансплантация сердца, не рекомендуется планировать беременность в течение года, но наша пациентка забеременела менее чем через год, и обратилась к нам для определения дальнейшей тактики. Мы провели консилиум совместно с врачами Клиник Самарского государственного медицинского университета, где женщина наблюдалась



ранее. Кроме того, были проведены телемедицинские консультации с федеральными медицинскими центрами. Были высокие риски отторжения трансплантированного органа и невынашивания беременности. К счастью, благодаря усилиям команды врачей, всё прошло благополучно. Гордость и радость переполняет, что мы совместно с коллегами из федеральных центров смогли помочь женщине с серьёзным заболеванием стать мамой», – рассказала заведующая

кардио-акушерским дневным стационаром, акушер-гинеколог Самарского областного клинического кардиологического диспансера им. В.П.Полякова Людмила Гулецакая.

После 20 недель беременности врачи направили пациентку в Москву. На 36-й неделе беременности у 28-летней Ирины родилась здоровая девочка весом 2780 г.

Виктор КОТЕЛЬНИЧЕСКИЙ.
Самарская область.

Деловые встречи

Гематологи делятся опытом

В Мордовии состоялось совещание на тему «Вопросы организации оказания медицинской помощи пациентам с заболеваниями крови (гематология)».

Для участия в совещании прибыли специалисты из Национального медицинского исследовательского центра гематологии Минздрава России – руководитель управления регионального и межведомственного сотрудничества по профилю «гематология» Ольга Лазарева, начальник организационно-методического отдела по работе с субъектами РФ Елизавета Малолеткина, руководитель группы гуморального иммунитета Центриализованной клинко-диагностической лаборатории, врач клинической лабораторной диагностики Салия Марьяна совместно с главным гематологом Минздрава России в Приволжском федеральном округе Ольгой Самойловой. Они посетили Республиканскую клиническую больницу № 4, Центральную республиканскую клиническую больницу, республиканский онкологический диспансер.

Эксперты рассмотрели, как организована работа профильных и смежных структурных подразделений. Особое внимание уделили вопросам доступности современных методов диагностики и лечения заболеваний системы крови. Был проанализирован уровень обеспеченности гематологических пациентов лекарственными препаратами, в том числе из перечня высокотехнологичных, укомплектованность кадрами, цифровизация медицинских организаций и работа гематологов в едином цифровом контуре.

На базе Республиканской клинической больницы № 4 для повышения компетенции в области лабораторной диагностики руководитель группы гуморального иммунитета Центриализованной клинко-диагностической лаборатории, врач клинической лабораторной



диагностики Салия Марьяна провела для коллег семинар «Электрофорез. Простая диагностика сложных заболеваний».

В ходе совещания по итогам визита федеральные эксперты обсудили с представителями Минздрава Республики Мордовия, руководителем территориального ФОМС и Росздравнадзора итоги проведённой работы и наметили ключевые точки развития здравоохранения республики согласно Стратегии развития гематологической службы РФ.

В республике планируется внедрение стационарзамещающих технологий. Уже принято решение об открытии дневного стационара при отделении гематологии, где пациентам смогут выполнять диагностические исследования и проводить лечение. Визит московских специалистов в республику стал возможен благодаря федеральному проекту «Развитие сети национальных медицинских исследовательских центров и внедрение инновационных технологий».

«Для нас очень важным моментом на выездных мероприятиях является налаживание взаимодействия не только с гематоло-

гами, с которыми мы работаем в режиме нон-стоп, но и со всеми участниками процесса оказания медицинской помощи, – отметила Ольга Лазарева. – Это и органы исполнительной власти в сфере охраны здоровья, территориальные фонды, главные врачи больниц, под крышей которых развивается гематологическая служба в субъектах Российской Федерации».

Учитывая иммунные дефициты таких пациентов, их лечение в амбулаторных условиях в том числе снижает инфекционную нагрузку. Ключевая задача для гематологической службы Республики Мордовия – усилить амбулаторный этап», – отметила Ольга Вениаминовна.

Ещё одна рекомендация касается высокотехнологичных методов лечения. В республике по профилю «гематология» оказывается только специализированная помощь. Учитывая повсеместное внедрение новых технологий, необходимо в целом повышать уровень оказания медицинской помощи пациентам в стране.

Инга КАТАРИНА.
Республика Мордовия.

Аномалии

Преодолевающая последствия паводков

Более 7,9 тыс. человек из Оренбургской, Курганской и Тюменской областей обратились за медицинской помощью из-за последствий паводков, сообщили в Минздраве России.

«В Тюменской области в связи с паводками за медицинской помощью обратились 188 человек, из них 16 человек, в том числе 10 детей, были госпитализированы. Продолжают получать медицинскую помощь в стационаре 6 человек. Амбулаторно оказана медицинская помощь 172 обратившимся. В Курганской области медицинская помощь в связи с паводками оказана 444 жителям, 109 из них, в том числе 18 детей, были госпитализированы, на стационарном лечении

остаются 26 человек. Медицинскую помощь амбулаторно получили 333 человека», – сообщил помощник министра здравоохранения России Алексей Кузнецов.

И добавил, что в Оренбургской области помощь в период паводков оказана 7301 человеку, 447 из них были госпитализированы. На стационарном лечении остаются 10 детей.

Кроме того, более 224 тыс. человек из пострадавших от паводка Оренбургской, Курганской и Тюменской областей вакцинированы против гепатита А.

«В Тюменской области проведена вакцинация против гепатита А более 34 тыс. жителей области. В Курганской области вакцинацию прошли более 30 тыс. человек. Бо-

лее 160 тыс. жителей в Оренбургской области, в том числе более 70 тыс. детей», – сказал помощник министра здравоохранения.

В Оренбургской, Курганской и Тюменской областях специалисты Роспотребнадзора продолжают ежедневный контроль за санитарно-эпидемиологической обстановкой и вакцинацию населения. После схода воды сотрудники ведомства уделяют особое внимание дезинфекции, а также профилактике инфекций, передающихся грызунами и насекомыми. Продолжается контроль за условиями пребывания людей в пунктах временного размещения и проверка качества воды.

Анатолий ПЕТРЕНКО.

Инцидентива

Элита российской медицины

Лидер партии и думской фракции «Справедливая Россия – За правду» Сергей Миронов поздравил работников скорой помощи с профессиональным праздником, назвал эту службу элитой российской медицины и призвал увеличить её финансирование и оснащение.

«Работники скорой помощи первыми приходят на помощь, спасают жизни людей и сохраняют здоровье. Работать приходится в любую погоду и в любое время суток, – отметил лидер фракции. – Излишне напоминать, сколь многое зависит от их профессионализма, участия, выдержки, а порой и мужества. Ведь иногда в прямом смысле слова они работают на

передовой, если говорить о приграничных с Украиной областях. Да и в глубоком тылу сотрудники «службы 03» сталкиваются с многочисленными рисками, начиная от инфекционных заболеваний, заканчивая буйными пациентами и дорожно-транспортными происшествиями».

Оплата труда и оснащение этой службы должны быть на самом высоком уровне, чего сегодня, к сожалению, нет. На днях лидер социалистов направил письмо председателю Правительства РФ Михаилу Мишустину с просьбой распространить социальные надбавки на работников «службы 03», а также на сотрудников межрайонных и межрайонных клинических больниц.

«Принципиальная позиция нашей партии в том, что зарплаты медицинских работников должны быть на уровне 100–200% от средней по региону, а склад должен составлять не менее 70% от общей суммы. Также в отрасли должна быть введена единая система оплаты труда, чтобы не было огромной разницы по доходам в разных субъектах РФ. И наконец необходимо расширить набор социальных льгот, включая дополнительный отпуск и досрочный выход на пенсию», – отметил политик.

Все эти меры должны в приоритетном порядке касаться скорой помощи, так будет справедливо, добавил он.

Игорь СОКОЛОВ.

Ситуация

Отгрузка вакцин идёт в плановом режиме

Холдинг «Нацимбио» Госкорпорации «Ростех» передал в регионы 50% от всех запланированных отгрузок вакцин для профилактики восьми инфекционных заболеваний, в том числе кори, краснухи и паротита. Общий объём поставок препаратов для плановой иммунизации в 2024 г., без учёта вакцин против гриппа, составит 37,2 млн доз.

Поставки препаратов для профилактики столбняка, коклюша, дифтерии, гепатита В, туберкулёза ведутся в соответствии с Национальным календарём профилактических прививок (НКПП) в плановом режиме. Оперативно отгружаются и вакцины против кори, краснухи и паротита. С начала года российские регионы получили 1,7 млн доз тривакцины «Вактривир». Также в апреле субъектам были переданы 210 тыс. доз коревой моновакцины.

Поставки препаратов будут продолжены в течение всего года.

Вакцины для плановой иммунизации производятся на предприятиях компании по полному технологическому циклу – от самостоятельной наработки антигена до готовой лекарственной формы. Препараты выпускаются в гражданский оборот, проходят государственный контроль качества и отправляются в регионы России с соблюдением федеральных требований, предъявляемых к перевозкам термолабильных лекарственных препаратов.

«Ежегодно мы обеспечиваем до 90% потребности в препаратах для НКПП. Так, с 2015 по 2023 г. компания передала в государственные медицинские учреждения более 1 млрд доз вакцин. В этом году общий объём законотрахованных вакцин для профилактики столбняка, коклюша, дифтерии, гепатита

В, туберкулёза, кори, паротита и краснухи составит 37,2 млн доз. Без учёта препаратов для защиты против гриппа, поставки которых начнутся в августе, мы уже передали половину от всех запланированных отгрузок», – рассказал генеральный директор холдинга Андрей Загорский.

По данным Всемирной организации здравоохранения, иммунизация позволяет ежегодно предотвращать от 2 до 3 млн случаев смерти от дифтерии, столбняка, коклюша и кори. В России иммунизация проводится в соответствии с НКПП. Обязательной является вакцинопрофилактика 12 инфекционных заболеваний – туберкулёза, гепатита В, пневмококковой инфекции, дифтерии, коклюша, столбняка, гемофильной инфекции, полиомиелита, кори, краснухи, эпидемического паротита, гриппа.

Павел БАЛАГИН.

Награды

Почётное звание

Президент России Владимир Путин присвоил ректору Казанского государственного медицинского университета Алексею Созинову почётное звание заслуженного работника здравоохранения РФ.

Соответствующий указ размещён на сайте официального опубликования правовых актов. В документе говорится, что руководитель вуза отмечен «за заслуги в

области здравоохранения и многолетнюю добросовестную работу».

А.Созинов занимает пост ректора вуза с 2009 г. и является депутатом Госсовета Республики Татарстан VI созыва. Он также имеет медаль «За трудовое отличие» и медаль Российского научного общества фармакологов.

Звание «Заслуженный работник здравоохранения РФ» присваивается высокопрофессиональным работникам клинических, лечеб-

но-профилактических, санитарно-профилактических, санаторно-курортных, инженерно-технических, научных, фармацевтических и других медицинских организаций за личные заслуги: в организации высококачественной медицинской помощи, в подготовке квалифицированных кадров для российских медицинских организаций, в разработке и внедрении в российских медицинских учреждениях современного высокотехнологичного медицинского оборудования.

Сергей ФЁДОРОВ.

Сотрудничество

Рабочая поездка с инновационными подходами

Специалисты НМИЦ детской травматологии и ортопедии им. Г.И.Турнера Минздрава России посетили Узбекистан для обмена научным и практическим опытом. В рамках рабочей поездки в Ташкент специалисты провели совместные лекции, консультации и мастер-классы, демонстрирующие передовые разработки и инновационные подходы отечественной медицины.

В ходе визита обсуждалось внедрение передовых технологий Союзного государства России и Белоруссии в практику специалистов Узбекистана. Специалисты продемонстрировали совместные научные разработки, новаторские подходы и инновационные технологии хирургического лечения врождённых заболеваний позвоночника у детей.

Российские хирурги совместно с коллегами из Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра травматологии и ортопедии Ташкента выполнили три операции детям с врождёнными заболеваниями позвоночника. Кроме того, в ходе поездки более 50 детей Узбекистана с патологией опорно-

двигательного аппарата получили консультативную и хирургическую помощь.

Хирургические методики российских специалистов помогают за одну операцию, проведённую в раннем возрасте, полностью вылечить врождённое искривление позвоночника.

– Продемонстрированные на практике методы коррекции позвоночника – результаты Союзной программы «Спинальные системы», которая стала ярким примером эффективности совместной работы учёных и врачей России и Белоруссии. Мы работаем над расширением международного научного взаимодействия и надеемся на организацию совместных исследований и проектов с узбекскими коллегами», – отметил директор НМИЦ детской травматологии и ортопедии им. Г.И.Турнера Сергей Виссарионов.

Во время визита стороны договорились о дальнейшем сотрудничестве, обмене опытом, совместных образовательных курсах для укрепления медицинских международных связей и повышения доступности высокотехнологичной медицинской помощи для населения обеих стран.

Владимир ЧЕРНОВ.

Визиты

Непрерывному обучению особое внимание

Делегация специалистов Национального медицинского исследовательского центра кардиологии им. Е.И.Чазова Минздрава России во главе с главным специалистом кардиологом Минздрава России Сергеем Бойцовым посетила медицинские организации Луганской Народной Республики и оказала коллегам методическую помощь.

Медики посетили Луганскую республиканскую клиническую больницу, городскую многопрофильную больницу № 7, городскую поликлинику № 11, а также Старобельскую, Алчевскую и Северодонецкую городские больницы. В ходе визита сотрудники центра совместно с министром здравоохранения ЛНР Наталией Пашенко и главным специалистом кардиологом региона Жанной Головановой провели совещание с руководителями медицинских организаций. Участники встречи обсудили организацию диспансерного наблюдения и льготного лекарственного обеспечения кардиологических пациентов, а также возможности

оказания высокотехнологичной медицинской помощи пациентам высокого сердечно-сосудистого риска.

Специалисты НМИЦ кардиологии им. Е.И.Чазова отметили приоритетные направления в развитии кардиологии в ЛНР. Запланированы дооснащение и переоснащение медицинским оборудованием регионального сосудистого центра, совершенствование процессов маршрутизации пациентов. Особое внимание уделено вопросам организации непрерывного обучения терапевтов, кардиологов, анестезиологов-реаниматологов.

В конце апреля на базе Луганской республиканской клинической больницы заработал первый региональный сосудистый центр. В дальнейшем ожидается развёртывание дополнительных 30 кардиологических коек и второй рентгенохирургической операционной цены регионального сосудистого центра для оказания медицинской помощи при остром коронарном синдроме, а также сети первичных сосудистых отделений.

Дмитрий ДЕНИСОВ.

Криминал

Опять взятка

Московский суд Санкт-Петербурга приговорил к девяти с половиной годам лишения свободы в колонии строгого режима сотрудника Санкт-Петербургского научно-исследовательского института вакцин и сывороток Андрея Васильева, признав его виновным в получении взятки при закупке инкубационных яиц, сообщила объединённая пресс-служба судов Петербурга.

Как следует из материалов дела, А.Васильев на посту заместителя директора по экономике и финансам Санкт-Петербургского НИИ вакцин и сывороток ФМБА России

с 29 ноября 2018 по 11 июня 2020 г. незаконно получил от заместителя генерального директора ООО «Стадиум» деньги на общую сумму не менее 30 млн руб. За эти деньги, по версии следствия, он обеспечил ООО «Стадиум» победу в закупке на поставку инкубационного куриного яйца, проводимой НИИ вакцин и сывороток с начально-максимальной ценой контракта 153,8 млн руб.

Помимо лишения свободы, суд также назначил ему штраф в 29,9 млн руб. и отказал в праве занимать должности на госслужбе сроком на 10 лет. Подсудимый вину не признал.

Юрий ДАНИЛОВ.

Открывая XXXI Российский национальный конгресс «Человек и лекарство» министр здравоохранения Российской Федерации Михаил Мурашко подчеркнул важность разработки, внедрения и регулирования обращения лекарственных средств, медицинских изделий и вакцин. «Необходимо уделить особое внимание вопросам применения отечественных лекарственных препаратов, повышения доверия к ним со стороны врачебного сообщества и граждан, – отметил он. – Задачей отрасли остаётся совершенствование мер по формированию здорового образа жизни граждан, профилактике и контролю неинфекционных заболеваний».

Остановить диабет!

Одними из наиболее распространённых неинфекционных заболеваний в мире являются заболевания эндокринной системы. По словам директора НМИЦ эндокринологии Минздрава России, заведующей кафедрой персонализированной и трансляционной медицины, члена-корреспондента РАН Натальи Мокрышевой, в ряде случаев (например, в отношении заболеваний околощитовидных желёз) эта тенденция связана с совершенствованием системы выявления и учёта таких больных. С другой стороны, прогрессирующая динамика эндокринопатий отражает реальное положение дел со здоровьем населения, причём наблюдается устойчивый тренд его ухудшения.

Особое беспокойство эндокринологического сообщества вызывает рост заболеваемости ожирением – сегодня это самая распространённая эндокринная патология в российской популяции. Данные о её распространённости служат основой для планирования объёмов лекарственного обеспечения.

«Особую значимость в этом отношении имеет сахарный диабет (СД), распространённость которого в мире достигла масштаба неинфекционной пандемии, – говорит Наталья Георгиевна. – Об этом красноречиво говорят кривые роста численности граждан с СД-1 и СД-2. По состоянию на 12 апреля 2024 г. в Российской Федерации зарегистрировано более 5 млн пациентов с СД, а новых случаев за год – более 215 тыс. И это только верхушка айсберга, поскольку реальные цифры заболевших значительно больше, и это нас очень тревожит. По данным НМИЦ эндокринологии, 50% пациентов с СД совершенно не подозревают о своём диагнозе.

Основополагающими принципами лекарственного обеспечения пациентов являются подбор оптимальной терапии и возможность льготного обеспечения назначенными препаратами».

В перечень ЖНВЛП эндокринологического профиля входят 60 международных непатентованных наименований (МНН), из них 31 МНН – фактически половина предназначена для терапии СД. При формировании заявок на инсулины приоритет отдаётся препаратам отечественного производства. К этому обязывает Указ Президента Российской Федерации № 598 от 07.05.2012 «О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения», в соответствии с которым введена Государственная программа импортозамещения. На это нацелен реализуемый с 2023 г. Федеральный проект «Борьба с сахарным диабетом».

Эндокринологическая служба в России стремится к максимальной персонализации в диагностике эндокринных нарушений и назначении медикаментозной терапии. Учитываются индивидуальные особенности течения СД

Ориентиры

«Нам есть куда расти!»

Проблемы лекарственного обеспечения эндокринологических пациентов



и его осложнений у конкретного пациента. Во главу угла ставится чёткое следование актуальным клиническим рекомендациям, так как они выступают руководством в лечебной деятельности во всех регионах страны.

«Важным фактором медикаментозной тактики является оценка переносимости лекарственных препаратов, здесь мы стремимся к оптимуму. Из имеющихся вариантов выбор препарата производится на основании лучшей переносимости, то есть отсутствия побочных эффектов», – отмечает Н.Мокрышева.

Однако ситуация с назначением инсулинов и других сахароснижающих препаратов в субъектах Федерации разная. Данные Федерального регистра СД от 1 января текущего года, который ведёт НМИЦ эндокринологии, говорят о том, что назначение инновационных пероральных сахароснижающих препаратов (ПССП) увеличивается, хотя и не по всем классам препаратов.

К счастью, не наблюдается проблем в лечении детей с СД. «Все дети и подростки, больные СД, во всех регионах получают бесплатное лекарственное обеспечение инсулинами, – говорит Н.Мокрышева. – В настоящее время они обеспечиваются аналогами инсулина ультракороткого и пролонгированного действия».

По статистике, сахарным диабетом в России болеют 58 783 детей в возрасте до 18 лет, из них 58 086 – это дети с СД-1. 28% детей используют инсулиновые помпы, 100% детей с СД-1 обеспечиваются необходимыми расходными материалами к инсулиновой помпе в полном объёме. По этому вопросу действует специальное распоряжение Правительства РФ № 3053-р от 21.12.2018. Все дети без исключения обеспечиваются тест-полосками для глюкометра, из расчёта 4 тест-полоски в день.

Также, согласно распоряжению Правительства РФ от 20.02.2019 «О порядке и условиях признания лица инвалидом», каждая семья, в которой есть дети с СД-1, обеспечивается социальной защитой в категории «ребёнок-инвалид» до достижения возраста 18 лет.

В НМИЦ эндокринологии особым образом прописан алгоритм передачи детей с СД-1 по достижении 18 лет от детских эндокри-

логическим Правительства РФ № 2497 от 29.12.2022 программу государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи.

Одной из проблем также стала частая смена препаратов в зависимости от закупок по торговым наименованиям (ТН) в рамках одного МНН; отсутствие оценки терапевтической эквивалентности препаратов в рамках одного МНН; вариативность в рамках МНН, приводящая к повышению риска нарушения контроля СД. В результате у пациентов возникают психологические проблемы, связанные со сменой ТН, а у врача отсутствие выбора лекарственного препарата не позволяет осуществлять гибкую систему учёта особенностей пациента.

Часть причин имеет исключительно финансовый и организационно-закупочный характер: например, отсутствие финансирования и финансирования для закупки расходных материалов к инсулиновым помпам

физарной области, численность которых, по данным соответствующего регистра, превышает 11 тыс. человек (с акромегалией, болезнью Иценко – Кушинга, пролактинами).

Особое значение в НМИЦ эндокринологии придать лекарственному обеспечению при орфанных (редких и редчайших) заболеваниях. Не случайно именно он стал инициатором федерального проекта по аутоиммунным и орфанным заболеваниям.

«Статус редкой нозологии порождает две главные проблемы, – подчёркивает Наталья Георгиевна, – это невозможность лекарственного обеспечения при отсутствии группы инвалидности и длительность ожидания лекарственной терапии».

Какие здесь видятся пути решения? По её мнению, в первую очередь необходимо законодательное урегулирование лекарственного обеспечения пациентов с орфанными заболеваниями



нологов к «взрослым». Это очень важный и ответственный для врачебного сообщества, родителей и, конечно, самих пациентов момент. На переходном этапе с ребёнком, достигшим совершеннолетия, вплотную работают как детские, так и «взрослые» эндокринологи, командная работа ведётся до тех пор, пока окончательно не завершится адаптация к взрослой жизни.

Причины и следствия

Директор НМИЦ эндокринологии называет основные проблемы в лекарственном обеспечении пациентов с СД. Прежде всего, это несоответствие структуры терапии стандартам оказания помощи пациентам с СД и клиническим рекомендациям. Такая диспропорция объясняется недостаточным обеспечением современными сахароснижающими препаратами, имеющими доказанный эффект в отношении снижения частоты неблагоприятных сердечно-сосудистых событий.

Второй причиной несоответствия является дефицит денежных средств, выделяемых на лекарственное обеспечение, несмотря на принятую постанов-

пациентам с СД, не имеющих инвалидности; дублирование льгот (монетизация) и высокая доля несостоявшихся аукционов. В поиске путей решения проблем эндокринологическое сообщество России во главе с НМИЦ эндокринологии считает: необходимо изменить соотношение групп лекарственных препаратов в структуре их закупок с учётом соответствия клиническим рекомендациям. Нужно законодательно закрепить, чтобы при выборе монетизации федеральной льготы пациент не использовал льготу региональную. Следует разработать обязательное лекарственное страхование, чтобы у врача и пациента была возможность выбора лекарственного препарата. Наконец нужен обязательный мониторинг безопасности их с заполнением форм регистрации побочных действий, не указанных в инструкции, а также серьёзных нежелательных явлений и непредвиденных реакций.

Говоря о медикаментозной терапии других эндокринных заболеваний, Н.Мокрышева приводит в пример подходы к лечению пациентов с первичным гиперпаратиреозом и гипопаратиреозом, с опухолями гипоталамо-гипо-

за счёт регионального бюджета (в этом отношении показателен пример Санкт-Петербурга). Вот-вторых, – внесение в список высокосоздаваемых нозологий непосредственно акромегалии – тяжёлой нейроэндокринной патологии, связанной с нарушением функции передней доли гипофиза из-за избыточной продукции гормона роста соматотропина у людей с законченным физиологическим ростом.

«В направлении орфанетики нам определён есть куда расти, развиваться и предметно взаимодействовать не только в рамках медицинской отрасли, не только в тандеме с фармацевтической промышленностью, но и значительно шире – с различными фундаментальными научными учреждениями, государственными ведомствами, пациентскими и медицинскими сообществами, бизнесом, культивируя при этом междисциплинарный подход и создавая эффективную межотраслевую и межведомственную кооперацию», – считает Н.Мокрышева.

Алёна ЖУКОВА,
корр. «МГ».

Москва.

Пироговский университет является центром науки и медицинских технологий. Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И.Пирогова Минздрава России открыл свои двери для всех, кто хотел познакомиться с единственным национальным исследовательским медицинским университетом страны. В этом году день открытых дверей прошёл в новом формате двухдневного фестиваля «Пирогов фест».

Пространство без границ

Задача фестиваля – рассказать гостям вуза о правилах приёма, но дать ребятам возможность почувствовать вкус современной медицинской науки и испытать те ощущения, с которыми они столкнутся в процессе обучения. Помимо кампуса, площадки фестиваля стали три павильона Международной выставки-форума «Россия» на ВДНХ. С изменением формата и пространством Дня открытых дверей тоже заметно расширилось. Абитуриенты из других регионов и стран получили возможность присутствовать на всех лекциях и панельных дискуссиях «Пирогов фест» в онлайн-формате, в режиме реального времени. В результате за два дня площадки университета посетили 12 тыс. человек.

Гостей фестиваля ждали встречи с будущими преподавателями, руководителями институтов и факультетов, мастер-классы и интерактивы, а главное – возможность выбрать собственный путь в науку и медицину и вдохновиться общением с выдающимися деятелями российского здравоохранения.

Главные события

Ключевыми событиями фестиваля стали панельные дискуссии с участием лидеров российского здравоохранения и экспертов отечественной медицины. Среди них – ректор РНИМУ им. Н.И.Пирогова академик РАН Сергей Лукьянов, президент НМИЦ детской гематологии, онкологии и иммунологии им. Дмитрия Рогачёва академик РАН Александр Румянцев, главный специалист по анестезиологии-реаниматологии, директор ММКЦ «Коммунарка» Денис Проценко, главный специалист-гериатр, директор Российского геронтологического научно-клинического центра РНИМУ им. Н.И.Пирогова Ольга Ткачёва, главный врач ГКБ № 15 им. О.М.Филатова Валерий Вечорко и многие другие.

Они рассказали, что такое современный медицинский университет, что такое профессия врача и какими качествами необходимо обладать абитуриенту, чтобы поступить в вуз и стать первоклассным специалистом. И, конечно, обсудили новации в здравоохранении и медицинском образовании. Тема, посвящённая синергии науки и медицины и медицине будущего, прозвучала рефреном всей программы мероприятия.

Хедлайнером фестиваля стал российский писатель, драматург, сценарист и публицист Александр Цыпкин, который прочитал гостям свой рассказ «Список Феде», а также выступил с публичным токеном на тему профессионального самоопределения. Ведь сам Александр из семьи потомственных врачей, которые и представить не могли, что их сын выберет иное призвание.

Из первых уст

Ректор РНИМУ им. Н.И.Пирогова С.Лукьянов познакомил с проектами в области биомедицины, которые сегодня реализуются в вузе, поделился видением раз-

вития современной науки, рассказал о том, куда устремлены взгляды учёных и где можно ожидать настоящих научных прорывов. Он отметил, что Пироговский университет – один из ведущих исследовательских медицинских центров страны, который не только участвует в этой работе, но и находится на острие фундаментальных научных прорывов.

В вузе создан высокотехнологичный научно-исследовательский комплекс, где работают выдающиеся учёные мирового уровня. Научная деятельность РНИМУ – это оригинальные исследования по приоритетным



А.Цыпкин

ентов популярны программы по педиатрии и лечебному делу, но всё более востребованы и новые по биохимии и биофизике, в рамках которых ребята работают с медицинским оборудованием, не только учатся его обслуживать, но и конструировать. Например, уже сейчас в передовой инженерной школе Пироговского университета фактически полностью создаётся отрасль отечественного геномного секвенирования. Также большой интерес вызывают медицинская кибернетика и информатика – всё, что касается искусственного интеллекта, нейросетей, цифровой трансформа-

Национального проекта «Наука и университеты», цель которой сформировать в России более 100 прогрессивных современных университетов – центров научно-технологического и социально-экономического развития страны.

Здесь нацелены на то, чтобы в университете приходили учиться ребята, которым интересно развитие, которым хочется оставить свой след в истории. Благодаря такой подготовке трудоустройство выпускников РНИМУ возможно в самые современные больницы и научно-медицинские исследовательские центры. Это также могут

Акция

День открытых дверей в формате фестиваля

Он прошёл в РНИМУ им. Н.И.Пирогова



В.Вечорко

направлениям науки и прикладные инновационные разработки. Новые фармакологические препараты, средства диагностики, новые биомаркеры и медицинские изделия и, наконец, новые фундаментальные знания и концепции – всё это РНИМУ им. Н.И.Пирогова.

В медицину XXI века очень активно приходят молекулярные технологии, базирующиеся на знании структуры молекул и нарушений в этих молекулах, которые выявляются при заболеваниях.

«У нас порядка 25 тыс. генов, и уникальность нашего организма в том, что все эти сложные молекулы непрерывно взаимодействуют друг с другом, осуществляют реакции, катализируют химические процессы. По сложности эта система является несопоставимой ни с какими нейросетями, космическими кораблями, суперкомпьютерами. По сравнению с организмом всё это – детские игрушки. Поэтому мы имеем структуру, которую нам приходится почти ощупью, почти вслепую изучать, делая очень робкие шаги, которые приводят к успехам. Но на вопрос – а почему мы до сих пор не преодолели все болезни, умираем от рака, стареем – ответ один: сложность задачи не позволяет и ещё долгое время не позволит решить её, много поколений будут разгадывать этот уникальный ребус», – отметил С.Лукьянов в своей лекции «Трансляционная медицина в Пироговском университете: от

фундаментальной науки к практической медицине».

Более того, вуз не только готовит научные медицинские кадры, которые имеют возможность присоединиться к научно-исследовательской деятельности уже со студенческой скамьи, но и реализует амбициозные научные проекты. Один из них – проект по созданию собственного секвенатора следующего поколения, позволяющего, по выражению С.Лукьянова, «видеть стих целиком, а не отдельные его слова».

Серьёзнейший прорыв, который Пироговский университет сделал не просто в российской, но и мировой медицине, – это создание новой технологии лечения аутоиммунных заболеваний, позволяющей учёным РНИМУ приблизить излечение болезни Бехтерева.

Проба сил

Участников фестиваля ждала возможность попробовать себя в роли врачей различных специальностей. Так, на территории кампуса Пироговского университета было проведено более 50 мастер-классов, на которых ребят учили шить хирургической нитью, ухаживать за полостью рта, делать УЗИ, создавать лекарства в таблетках, оказывать первую помощь.

Также в насыщенной программе важное место было отведено экскурсиям по одному из красивейших университетов России с посещением не только основных кафедр и институтов вуза, но и самых известных архитектурных достопримечательностей, находящихся на его территории.

Традиционно среди абитури-



С.Лукьянов

ции медицины, телемедицины, медицинских информационных систем. И, конечно, стоматология и фармация. К последней в вузе особое отношение, поскольку в настоящее время здесь разрабатываются инновационные препараты, создана инновационная платформа, которая поможет в лечении многих болезней, связанных с иммунитетом человека.

Формирование научного мышления

Традиции и практики образования Пироговского университета – обеспечение условий формирования у студентов особого типа мышления, который позволяет в будущем создавать новые направления медицины и науки, вести за собой медицинское и научное сообщества. В продолжение этой традиции вуз стал участником программы «Приоритет-2030»

быть самые передовые и вновь открывающиеся научные организации, занимающиеся генетическими технологиями, нейробиологией, другими современными направлениями медицины.

«Мы живём в удивительную эпоху, когда развитие медицины идёт гигантскими скачками. Видим, какие прорывы нас ждут в области онкологии, в области лечения аутоиммунных заболеваний, но и появляются абсолютно новые направления, то, что ещё недавно было в принципе немыслимо. Сегодня мы начали оказывать помощь людям с генетическими заболеваниями. Ещё недавно такие пациенты были просто обречены на то, чтобы никогда не выздороветь, а сегодня появляются технологии, которые могут им помочь. Появление этих технологий стало возможно только благодаря тесному сотрудничеству учёных из фундаментальной науки и врачей. Для ребят, мне кажется, самым интересным является то, что просто на их глазах будет идти развитие, появятся методы, несущие спасение людям, и им предстоит участвовать в создании и развитии этих методов. Это поистине фантастически интересный процесс», – отметил С.Лукьянов.

История Пироговского университета славна тем, что поколения его выпускников всегда были первопроходцами: здесь создавалась педиатрия, первым в мире вуз открыл уникальный медико-биологический факультет, где уже больше 50 лет готовят врачей-исследователей. Впервые тут построили и свой специализированный научно-исследовательский комплекс, а в ближайшее время по поручению Президента Российской Федерации Владимира Путина начнётся строительство производства генотерапевтических лекарств на базе РНИМУ.

Таким образом, современный Пироговский университет представляет собой единый научно-технологический центр, где учёные могут заниматься наукой, делать открытия и преподавать. Неизменно одно – ребята, которые обучаются здесь, находятся в эпицентре науки и медицинских исследований и непременно погружаются в атмосферу создания медицины будущего.

Александр МЕЩЕРСКИЙ.



Сотрудники «скорой» первыми приходят на помощь, они испытывают большие физические и эмоциональные нагрузки. Не зря говорят: фельдшер СМП – это не профессия, а образ жизни. Что волнует сотрудников, какие меры поддержки действуют в Республике Башкортостан, в том числе со стороны профсоюза, корреспонденту «МГ» рассказал председатель Республики Башкортостан профсоюза работников здравоохранения РФ Рауль Халфин.

– В Башкирии Профсоюз работников здравоохранения последовательно, из года в год, решает задачи службы. Программу страхования членов профсоюза от несчастных случаев на производстве в 2020 г. мы начали именно с сотрудников скорой. Только в прошлом году по этой программе оказана помощь 28 членам профсоюза, получившим травму на производстве.

В 2021-2022 гг. под контролем профсоюза прошло объединение службы по округам. Тогда вместе с главными врачами мы встречались с коллективами, разъясняли, как будет идти процесс объединения. Благодаря вниманию профсоюза сотрудники трудоустроены, сохранены льготы и гарантии. На многих подстанциях заработная плата выросла, улучшилась материально-техническая база. Возникающие на местах вопросы решались в диалоге с работодателем в интересах работников. Централизация службы в части защиты трудовых интересов работников прошла на высоком уровне.

Затем в 2022 г. профсоюз инициировал проведение «круглого стола» по вопросам СМП. Мы предлагали разработать региональную программу модернизации материально-технической базы службы, обеспечить единый размер доплат, которые различались не только по округам, но и внутри объединённых межмуниципальных отделений СМП, что создавало напряжённость в коллективах. Мы говорили, что для привлечения молодых специалистов необходимо увеличить количество бюджетных мест для студентов медицинских колледжей. Фактически тогда профсоюз впервые комплексно изучил проблемы скорой помощи и предложил региональной власти пути их решения. То, что можно было сделать на уровне субъекта.

– Одно дело предложить, другое – реализовать. Многие удалось?

– Надо понимать, что многие проблемы «скорой» многофакторные, решать их приходится во взаимодействии с республиканским правительством, различными ведомствами, органами законодательной власти. И это процесс не быстрый – десятки встреч и совещаний, обращений профсоюза, подкреплённых расчётами. Например, одним из факторов, осложняющих доезд на вызов, работники скорой называли нечи-



Выступает Р.Халфин

Что касается предложений профсоюза по подготовке кадров, то за последние два года в Башкортостане открыто 4 филиала медицинских колледжей. Количество студентов медколледжей, обучающихся за счёт бюджета республики, увеличено с 2021 г. на 400 человек, в том числе по программам обучения «фельдшер». Изменяются и программы обучения. В этом учебном году в Уфимском медколледже, например, впервые был сформирован набор – 50 человек на базе 9-х классов, а для тех, кто учится на базе 11-х, сократили на год срок обучения. Рассчитываем, что такие меры дадут эффект в ближайшие несколько лет.

помогает и наш профсоюз, например, обустроены места для приёма пищи в Бирском, Белорецком, Учалинском, Сибайском отделениях.

Необходимо сохранять темп модернизации. Уже мечтаем об отапливаемых гаражах, чтобы не проводить уборку внутри машин прямо на улице. Есть потребность в обновлении автопарка – 40% машин службы эксплуатируются более 5 лет. Нужны не только проходимость в сельской местности автомобили УАЗ, но и более современные – для обеспечения комфортной и безопасной маршрутизации пациентов на длинные расстояния, а у нас в республике это до 450 км в одну сторону.

врачами выработали подходы к решению вопросов и единую позицию по мерам поддержки СМП. Предложения «круглого стола» направлены социальным партнёрам, работа продолжается.

– Достойная заработная плата, безопасные условия труда – важный аспект работы скорой, но, судя по результатам опроса, проведённого профсоюзом, отношение населения волнует сотрудников службы не меньше?

– К сожалению, потребительское, а порой агрессивное отношение к службе среди населения есть. На встречах, например, звучало, что бывают неэстетичные случаи («сделать укол», «выплеснуть негатив»), а они отнимают

Из первых уст

Профсоюзный контроль «скорой»



Главный врач Белорецкой ЦРКБ И.Хамитов, главный врач центра СМП и МК А.Камалов, замминистра здравоохранения республики А.Можаев и Р.Халфин отвечают на вопросы работников «скорой»

щенные дворы и загромождение их автомобилями. Эту информацию мы передали в Минздрав и муниципалитеты.

Что сделано? В 2022 г. были внесены изменения в отраслевое соглашение. По всей республике минимальные выплаты за работу в ночное время были установлены не ниже 80%, введены доплаты водителям СМП за переноску пациентов. Изменения затронули 2140 фельдшеров и 973 водителей. Профсоюз обеспечил контроль за тем, чтобы в коллективных договорах медицинских организаций были внесены изменения, и данная норма выполнялась повсеместно. Эти гарантии сохранены и в новом отраслевом соглашении, действующем до 2026 г.

– В феврале-марте Республиканский профсоюз работников здравоохранения провёл акцию «Профсоюзный контроль СМП». Расскажите об этом подробнее.

– Цель акции – убедиться все ли нормы коллективных договоров, отраслевого соглашения соблюдаются на местах, в каких условиях сейчас находится служба. Идея показала свою эффективность.

Для начала была собрана и проанализирована информация по всем подстанциям службы СМП Башкортостана по вопросам оплаты, охраны труда, обеспечения бытовых условий. Затем специалисты профсоюза побывали в 14 подстанциях по всей республике – как в крупных, так и в небольших отдалённых, встретились с коллективами, на местах изучили, в каких

время и силы. Проведённый нами опрос показал, что больше всего сотрудников выездных бригад беспокоит неуважительное отношение со стороны пациентов (57,5%), ещё 29,6% сталкивались с конфликтами со стороны пациентов и их родственников. Очень беспокоит рост случаев нападения на работников «скорой». На втором месте среди «факторов напряжения» сотрудники СМП назвали переработки. Так что риски профессионального «выгорания» на скорой высоки.

Причин этому много. Отсутствие на законодательном уровне ответственности за нападение на медика, сформировавшаяся в целом в обществе потребительская культура отношения к медработникам. Позиция профсоюза, которую мы озвучиваем на всех уровнях, – необходимо на законодательном уровне приравнять медиков к представителям правоохранительных органов и МЧС, ужесточить наказание за нападение на них при исполнении своих обязанностей. Наконец сейчас всерьёз поднимается вопрос замены термина «медуслуга» на «медицинскую помощь». Сотрудники скорой не оказывают услугу, они сохраняют здоровье и спасают жизни.

Необходимо повышать престиж профессии фельдшера, врача СМП, формировать в обществе уважительное отношение к его труду. «Скорая» – это служба, которая спасает жизни, её работа ориентирована на тех, кому нужна экстренная помощь. Чтобы показать будни службы скорой помощи, Республиканский профсоюз работников здравоохранения объявил конкурс среди СМИ Башкирии на лучшее освещение труда медицинского работника. Поддержка общества, формирование через СМИ образа медика – «героя в белом халате» – важная составляющая поддержки.

Беседу вёл
Игорь НАУМОВ.

Когда материал готовился к печати, стало известно, что Р.Халфин награждён почётной грамотой Республики Башкортостан «За большой вклад в развитие институтов гражданского общества и обеспечение защиты прав и свобод человека и гражданина».

Редакция «МГ» поздравляет Рауля Магруфовича с заслуженной наградой и желает ему дальнейшей плодотворной работы по защите интересов медицинских работников.



Выезд специалистов рескома в отделение «скорой»

К слову, центр повышения квалификации дал скидку членам профсоюза по программам обучения.

– А как обстоят дела с бытовыми условиями работников СМП? Несколько лет назад это была одна из причин недовольства.

– На фоне неустанно поднимаемых профсоюзом вопросов приходит понимание, что при работе сутками, высокой напряжённости труда выездные бригады должны иметь возможность восстанавливаться. А большинство подстанций – это старые приспособленные помещения. Централизованно приобретена спецодежда. В прошлом году начался ремонт подстанций, улучшены условия более чем в 15 из них, возводится первая модульная подстанция. В чём-то

условиях работают сотрудники. В ходе акции к нам поступило более 300 обращений с мест, ни одно из которых не осталось без внимания. Прямо на встречах наши специалисты брали расчётные листы по заработной плате и проверяли правильность начислений. Сразу давали рекомендации администрациям, как в рамках действующих норм произвести те или иные выплаты. Это своего рода независимый и бесплатный аудит в помощь медицинским организациям.

Параллельно среди 900 сотрудников службы СМП был проведён опрос. Мы узнали «факторы напряжения» в работе. Опрос дополнил картину актуальных потребностей «скорой». А уже в марте на «круглом столе» с представителями Минздрава Башкирии, главными



Дорога на десятки километров в любую погоду – будни «скорой»

Кагры

Самые первые



Около шестидесяти школьников пришли на день открытых дверей к сотрудникам службы скорой медицинской помощи в Калининграде. Ежегодное мероприятие было приурочено к профессиональному празднику работников скорой медицинской помощи.

День открытых дверей в Региональном центре скорой медицинской помощи и медицины катастроф начался с чествования лучших работников службы: врачей, фельдшеров, водителей автомобилей СМП и других со-

трудников. Грамоты регионального Министерства здравоохранения получили 22 специалиста.

Как отметила начальник второго отдела ведомства Лидия Окорочова, по решению Президента России праздник работников скорой помощи был учреждён отдельно и отмечается уже четвёртый год: «Вы действительно первые, кого вызывает пациент, когда ему плохо, вы первые, к кому пациенты обращаются. От вас они ждут помощи, которую сложно переоценить».

По окончании торжественной части праздника в гости к сотрудникам учреждения пришли ученики

городской гимназии № 1 и школы № 38. Старшеклассникам продемонстрировали полное оснащение автомобиля класса В. Подростки стали участниками настоящего лекционно-практического курса по оказанию первой доврачебной помощи, а также «пострадавшим» при чрезвычайных происшествиях.

Руководитель Регионального центра скорой медицинской помощи и медицины катастроф Жанна Джабраилова подчеркнула, что сегодня служба СМП полностью оснащена необходимым современным оборудованием. Новой техникой постоянно пополняется и парк санитарного автотранспорта. К примеру, в минувшем году учреждение получило машины, поставленные в регион по распоряжению Правительства РФ в рамках Федеральной программы поддержки отечественного автопрома для использования в сельских поселениях, в конце февраля этого года – два автомобиля класса С (реанимобиля), приобретённые за счёт средств областного бюджета в рамках реализации региональной госпрограммы «Здравоохранение». Сегодня Региональный центр скорой медицинской помощи и медицины катастроф является одной из самых многочисленных по кадровому составу медицинских организаций региона: здесь трудится порядка 1200 сотрудников. Ежедневно на круглосуточное дежурство заступает 94 бригады скорой помощи – свыше 300 человек. В сутки осуществляется порядка тысячи выездов на вызовы к пациентам, более 200 госпитализаций в клиники региона.

Юлия ИНИНА.

Калининградская область.

Профилактика

Задачи оздоровления нации

В стране идёт развитие социального страхования – структурные преобразования для создания социально-экономической эффективной системы здравоохранения, главной задачей которой является здоровье нации. В ряду основных действий остаётся диспансеризация и профилактика. О том, как поставлена данная работа на практике, состоялся разговор Павла АЛЕКСЕЕВА с директором АО «Макс-М» Далгатом ЗАЛБЕКОВЫМ.

– Далгат Магомедсаидович, какие способы информирования о диспансеризации и профилактических осмотрах использует страховая компания «Макс-М»?

– Сопровождая лиц для прохождения профилактических мероприятий, мы используем как индивидуальные, так и публичные методы информирования. Для адресного оповещения застрахованных лиц мы направляем СМС, бесконтактные письма и обеспечиваем персонализированное информирование в пунктах выдачи полисов. За прошлый год их разошлось более 1 млн. Кроме того, для информирования используем публичные каналы: печатные издания, телевидение, радио, социальные сети, выходы в коллективы застрахованных.

– Можно ли сказать, что информирование – важный элемент проведения диспансеризации? Оправдываются ли затраченные на эти цели средства?

– Эффективность наших действий подтверждается «откликом» – процентом явки проинформированных в медицинские организации для прохождения профмероприятий. В прошлом году отклик составил 97% – обычная диспансеризация и 96% – углублённая в целях профилактики и своевременного лечения заболеваний. Статья расходов компании на подобные сообщения довольно значительная. Но они оправданы, их можно считать инвестицией в здоровье застрахованных и всего общества в целом.

– Какой из способов информирования наиболее эффективен?

– Население до 50 лет лучше воспринимает СМС-информирование, граждане постарше больше внимания уделяют письмам, полученным по почте. Для каждой целевой группы стараемся определять наиболее эффективный способ информирования.

– Далгат Магомедсаидович, часто ли по вопросам проведения диспансеризации пациенты обращаются к страховым представителям «Макс-М» непосредственно в лечебном учреждении?

– Для удобства наших застрахованных мы организовали «каналы обратной связи» непосредственно в медицинских организациях. Это визиты, посты и 86 телефонных аппаратов. Во время посещения поликлиники, конечно, основная масса обращений – это вопросы получения той или иной медицинской помощи, сроки ожидания, запись к специалистам. Зачастую эти медицинские услуги проводятся в рамках диспансеризации. Во всех случаях мы решаем проблемы, при необходимости обращаем на них внимание руководства медицинской организации, рекомендуем принять организационные меры.

– Как страховщики оценивают качество проведения диспансеризации?

– При контрольных мероприятиях по случаям диспансеризации вы-

являются нарушения. К примеру, регулярно в её рамках отслеживаем проведение онкоскрининговых исследований. Во всех случаях медицинские организации располагают возможностями для их обеспечения. В большинстве случаев в её основе лежит недостаточная информационно-разъяснительная работа врача с пациентом. Посетители также могут отказаться от прохождения тех или иных обследований, не в полной мере понимая их важность. Тогда мы в обязательном порядке проводим работу с застрахованными, убеждаем их в необходимости дообследования, доводим до сведения медицинских организаций выявленные дефекты, контролируем принятие по ним мер.

– О том, что будущее медицины принадлежит медици-



не – профилактической, говорили ещё основоположники советского здравоохранения. Со стороны СМК ведётся какой-то анализ по поводу сохранения стойкой ремиссии при наличии хронических заболеваний, если больная регулярно проходит диспансеризацию, обследуется, сохраняет приверженность лечению, старается следовать назначенному врачом образу жизни?

– Оценка общественного здоровья – это задача органа исполнительной власти в сфере здравоохранения. Наш филиал регулярно отмечает приверженность лечению лиц, состоящих на диспансерном наблюдении. Мы проводим эту работу ежеквартально. Она включает как опросы наших застрахованных, так и экспертные мероприятия диспансерного наблюдения. Бывают обстоятельства, когда выявляем, что граждане не приглашались на диспансерный осмотр. В таких случаях организуем им всю необходимую помощь и обеспечиваем информационное сопровождение. Под особым контролем – группы лиц с онкологическими диагнозами, болезнями системы кровообращения, эндокринной и бронхолегочной систем.

– А вы сами следите за своим здоровьем? Занимаетесь физкультурой и спортом, удаётся ли выдерживать режим труда и отдыха, правильного и здорового питания, избегать стрессовых ситуаций?

– Я стараюсь придерживаться здорового образа жизни. В этом плане есть к чему стремиться. По возможности стараюсь избегать стрессовых ситуаций и причаю близких регулярно обследоваться и своевременно обращаться за медицинской помощью.

Я считаю, что основы для формирования восстановительной медицины (назовём так диспансеризацию и профилактические осмотры) должны быть в любом регионе России. Можно с уверенностью сказать, что диспансеризация – это не разовая акция, а плановая работа на долгую перспективу.

Однако

В Новосибирском государственном университете презентовали систему распознавания речи и стенографирования с весьма выразительным названием «Писец». Этот продукт авторы использовали на днях во время проведения акции «Тотальный диктант», чтобы сравнить орфографические и пунктуационные ошибки, которые допускают в письменной речи люди и компьютерная программа.

Как пояснил один из авторов проекта – научный сотрудник лаборатории прикладных цифровых технологий Международного научно-образовательного математического центра НГУ Иван Бондаренко, – идея создать такую программу возникла как ответ на трудности, которые испытывают учёные, расшифровывая аудиозапись диссертационного совета после защиты своей диссертационной работы.

– Обычно у человека на эту работу уходит много времени. Искусственный интеллект избавил бы диссертанта от такой нагрузки, существенно сэкономив время. С одной стороны, «Писец» не всегда правильно распознаёт слова, доля ошибок составляет 20-30%, но даже в такой ситуации наличие подстрочника существенно облегчает диссертанту работу по составлению текста стенограммы. С другой стороны, его можно подвергнуть критике за излишнюю дословность записи, так что потребуются стилистическая правка, – пояснил И.Бондаренко.

Несмотря на некоторые недостатки, математики своим результатом в целом довольны. Создатели «дешифратора» речи причисляют его к продуктам на основе искусственного интеллекта и считают, что он вполне готов выполнить задание, предназначенное для человеческого интеллекта – написать диктант и получить если не «отлично», то вполне хорошую оценку. «Писец» готовился к испытанию: его «учили» расставлять знаки препинания, разбивать текст

Всем — «Писец»



на предложения и абзацы, а также отделять сам текст диктанта от реплик и комментариев диктующего.

А если заглянуть чуть дальше в будущее и представить, что соревнование искусственного интеллекта с настоящим перейдёт на новую стадию: человеку вообще незачем станет самому изучать что-либо, сдавать экзамены, да и трудиться над диссертацией тоже, ведь со всем этим прекрасно справится какой-нибудь «Писец»? Кстати, примерно об этом же и в те же дни шла речь на одной из секций ежегодных Ломоносовских чтений в МГУ им. М.В.Ломоносова.

Здесь на экономическом факультете прошла дискуссия «Человеческий и социальный капитал России: новые вызовы и возможности», в рамках которой директор Института когнитивных исследований Санкт-Петербургского государственного университета профессор Татьяна Черниговская обратила внимание на уже существующую проблему противостояния двух видов интеллекта – естественного и искусственного. Ведущий российский специалист в области

нейробиологии и психолингвистики, Т.Черниговская сообщила, что семантический провал между интуицией и логикой преодолён, а роль скоро это так, искусственный интеллект уже сегодня обладает интуицией, которую раньше считали исключительно прерогативой человека.

– Это похоже на когнитивную атаку или даже цивилизационный вызов нашим представлениям об интеллектуальных возможностях человека, – заметила Т.Черниговская.

В целом же, согласно безрадостному прогнозу учёного, развитие ИИ может привести к деградации человеческого интеллекта. Неплохо бы вложить эту мысль в умы тех чиновников, которые изо всех сил продвигают продукты на основе машинного интеллекта в медицину – ту сферу, где минимизация участия человеческого интеллекта сопряжена с гибелью человечества.

Елена БУШ,
обозреватель «МГ».

Фото с портала «Научная Россия».

КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 17 (2423)

Эмболия амниотической жидкостью – острое развитие артериальной гипотонии, шока, дыхательной недостаточности, гипоксии и коагулопатии (ДВС-синдрома) с массивным кровотечением, связанное с попаданием амниотической жидкости и её компонентов в лёгочный кровоток матери, во время беременности, родов и в течение 12 часов после родов при отсутствии других причин.

Эмболия амниотической жидкостью: интенсивная терапия и акушерская тактика.

Этиология и патогенез

В настоящее время ЭАЖ рассматривается как анафилактика на биологически активные вещества, входящие в состав амниотической жидкости и также определяется как «анафлактоидный синдром беременных». Доказанных факторов риска нет. Однако следующие факторы, по-видимому, связаны с более высоким риском развития ЭАЖ:

- многоводие
- интенсивные схватки во время родов
- травма живота
- кесарево сечение
- индукция/преиндукция родов
- дискоординированная родовая деятельность
- предлежание плаценты
- эклампсия
- многоплодная беременность
- разрыв матки или шейки матки
- преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты
- сахарный диабет
- макросомия плода
- дистресс плода
- антенатальная гибель плода
- мужской пол ребёнка.

Из перечисленных факторов риска ведущими являются: возраст матери более 35 лет, многоплодная беременность, кесарево сечение, предлежание плаценты. Фармакологические агенты, используемые для индукции/преиндукции родов, также являются одним из главных доказанных факторов риска.

Эпидемиология

Частота эмболии околоплодными водами варьируется в разных странах, но признанным уровнем считается примерно 1 случай на 20 тыс. родов. Разница в оценке частоты ЭАЖ связана с множеством факторов, например, с методологией проведения исследований (единичные зарегистрированные случаи или данные по заболеваемости населения), неспецифические диагностические критерии, отсутствие достоверных диагностических тестов и методик и отсутствие единой системы регистрации заболевания. ЭАЖ составляет существенную часть материнской смертности в мире, а именно, в США – 7,6%, в Австралии – 8%, в Великобритании – 16%, в России (2015) – 8,2-10,3%. Большинство случаев ЭАЖ (70%) происходит во время родов, 19% – во время кесарева сечения и 11% – после вагинальных родов.

Патогенез ЭАЖ до конца не изучен. Последние данные свидетельствуют о том, что возникновение ЭАЖ не является следствием «простой» механической обструкции ветвей лёгочной артерии, а является гуморальным ответом, вызывающим анафилаксию или активацию компонента. Эта теория подтверждается тем фактом, что околоплодные воды содержат вазоактивные и прокоагулянтные продукты, включая фактор активации тромбоцитов, цитокины, брадикинин, тромбосан, лейкотриены и арахидоновую кислоту, которые вызывают внутрисосудистое свёртывание крови. Считается также, что при попадании околоплодных вод в системную сосудистую сеть матери увеличивается концентрация эндотелина в плазме крови, который действует как бронхоконстриктор, а также лёгочный и коронарный вазоконстриктор, что может способствовать респираторному и сердечно-сосудистому коллапсу.

Классификация

В зависимости от основного клинического симптомокомплекса при эмболии околоплодными водами выделяют следующие типы патологии:

- тип сердечно-лёгочного коллапса (классический тип)
- ДВС-тип.

Клиническая картина

Внезапное начало заболевания: либо на фоне полного здоровья, либо после неспецифических продромальных симптомов, таких как беспокойство, возбуждение, онемение, ощущение холода, головокружение, боль в груди, чувство нехватки воздуха, переходящая

Эмболия амниотической жидкостью

Клинические рекомендации

гипоксия и одышка, могут предшествовать сердечно-сосудистому коллапсу.

В целом существует большая вариабельность в клинических проявлениях ЭАЖ от классического сердечно-лёгочного коллапса с коагулопатией до незначительных и субклинических симптомов.

Основными клиническими симптомами являются:

- неврологический статус: судороги, нарушение сознания или кома возникают у 15-50% пациентов, головные боли (7%)
- дыхательная система: острая одышка, диспноэ (от 50 до 80%). Цианоз – носогубного треугольника, периферии, слизистых (83%). Отёк лёгких или ОРДС (93%), кашель (7%)
- сердечно-сосудистая система: внезапная гипотензия (от 56 до 100%), транзиторная гипертензия (11%), остановка сердца (от 30 до 87%), боль в грудной клетке (2%)
- послеродовые осложнения: атоническое (гипотоническое) кровотечение (23%)
- изменения со стороны плода: острая гипоксия плода (100%).

Дифференциальная диагностика ЭАЖ с другими заболеваниями и состояниями.

У рожениц и рожениц с клиническими признаками внезапного сердечно-сосудистого коллапса или остановки сердца, судорогами, тяжёлым затруднением дыхания или гипоксией, особенно в сочетании с коагулопатией, необходимо провести дифференциальный диагноз со следующими заболеваниями:

- эклампсия
- эмболия (воздушная, жировая, тромбо-масса)
- разрыв матки
- отслойка плаценты
- массивное послеродовое кровотечение, гиповолемический шок
- острая сердечная недостаточность (острый коронарный синдром, кардиомиопатия)
- анафилактический шок
- сепсис, септический шок
- токсическое действие местного анестетика
- высокая спинальная анестезия
- реакция на трансфузию
- аспирация желудочного содержимого
- расслаивающаяся аневризма аорты.

Диагностика

Критерии установления диагноза ЭАЖ. Диагноз ЭАЖ носит клинический характер и является диагнозом исключения. Для диагностики данной нозологии отсутствуют лабораторные тесты, обладающие высокой специфичностью и достоверностью.

ЭАЖ необходимо заподозрить в ситуациях, когда во время беременности, родов, кесарева сечения или в ближайшем послеродовом периоде (до 12 ч) без установленных других причин развивается следующая комбинация (более одного) основных признаков:

- острая артериальная гипотония (систолическое артериальное давление < 90 мм рт.ст.) или остановка сердца
- острая гипоксия матери (диспноэ, цианоз или периферическая капиллярная сатурация O₂ (Sp O₂) менее 90%) и/или плода
- коагулопатия, ДВС-синдром и массивное кровотечение при отсутствии других причин.

В случае смерти пациентки диагноз верифицируется патологоанатомически. Однако не существует достоверных гистологических признаков ЭАЖ и интерпретация данных аутопсии должна оцениваться в совокупности с клинической картиной.

Жалобы и анамнез

При наличии возможности у всех пациентов с подозрением на ЭАЖ рекомендовано проводить подробный сбор акушерско-гинекологического анамнеза и жалоб, клинико-лабораторное обследование с целью оценки факторов риска эмболии амниотической жидкостью.

ЭАЖ характеризуется отсутствием специфических жалоб, острым началом заболевания и прогрессирующим течением.

Основными жалобами при сохранённом сознании:

- слабость
- головокружение
- затруднение дыхания, чувство нехватки воздуха
- кашель
- головная боль
- боль в груди.

Физикальное обследование

Всем пациенткам с признаками ЭАЖ рекомендовано провести общий терапевтический осмотр: оценить состояние кожных покровов, неврологический статус и уровень сознания по шкале комы Глазго, измерение частоты дыхания.

Всем пациенткам с признаками ЭАЖ рекомендовано провести терапевтическую аускультацию лёгких.

Рекомендовано оценить состояние пациентки с признаками ЭАЖ, учитывая следующие показатели: измерение частоты сердечбиения, измерение артериального давления на периферических артериях, определение степени насыщения кислородом гемоглобина (SpO₂).

При подозрении на ЭАЖ рекомендовано провести осмотр акушером-гинекологом с целью оценки наличия и характера влагалищных выделений, состояния матки (высота дна матки, тонус (гипотония/атония), болезненность).

Данное обследование нужно проводить у всех пациенток с подозрением на ЭАЖ для определения акушерской тактики, решения вопроса о методе родоразрешения, начале, объёме интенсивной терапии и определения показаний к проведению ИВЛ.

Лабораторные диагностические исследования

Всем пациенткам с признаками ЭАЖ рекомендовано исследование параметров коагулограммы (исследование уровня фибриногена, ПТИ, АЧТВ, определение МНО) и при наличии возможности проведение вязкоэластических тестов (тромбоэластографии (ТЭГ) или ротационной тромбоэластометрии (РОТЭМ)) для ранней диагностики коагулопатии и подбора трансфузионной терапии до получения результатов коагулограммы. Кратность определяется состоянием пациентки.

Коагулопатия и ДВС-синдром с массивным кровотечением являются характерной особенностью ЭАЖ. Начало нарушений гемостаза может развиваться в течении 10-30 минут от начала симптомов ЭАЖ или может возникнуть отсрочено (до 12 часов). Раннее выявление коагулопатии и ДВС-синдрома необходимо для своевременного начала целенаправленной заместительной терапии. Критические изменения: концентрация фибриногена менее 2 г/л, увеличение МНО более, чем в 1,5 раза выше нормы, увеличение АЧТВ более, чем в 1,5-2 раза выше нормы, гипокоагуляция по ТЭГ. Уровень фибриногена может быть использован в качестве предиктора тяжести акушерского кровотечения; для ЭАЖ характерны низкие уровни фибриногена. Экспресс-оценка состояния свёртывающей системы крови, осуществляемая с помощью ТЭГ и РОТЭМ, позволяет оценить нарушения гемостаза до получения результатов коагулограммы,

используется для ранней диагностики коагулопатии, подбора трансфузионной терапии и оценки адекватности проводимой терапии.

Всем пациенткам рекомендовано исследование общего (клинического) анализа крови (исследование уровня общего гемоглобина, эритроцитов, тромбоцитов и оценка гематокрита) при подозрении и развитии клиники ЭАЖ. Кратность определяется состоянием пациентки.

Определение уровня гемоглобина, тромбоцитов необходимо для выявления и лечения анемии, тромбоцитопении и определения показаний для трансфузии компонентов крови, что способствует снижению риска негативных перинатальных исходов. Выполняется всем пациенткам. Критические изменения: гемоглобин менее 70 г/л, количество тромбоцитов менее 50 тысяч в мкл.

Всем пациенткам с подозрением на ЭАЖ рекомендовано динамическое исследование кислотно-основного состояния и газов крови. Кратность определяется состоянием пациентки.

Кислотно-щелочное состояние (КЩС) характеризуется снижением значений PO₂ и ростом показателей PCO₂ с развитием респираторного и метаболического ацидоза, лактатацидоза. Необходима динамическая оценка показателей КЩС для оценки адекватности проводимой респираторной, инфузионно-трансфузионной терапии. Целевые показатели: pH 7,35-7,45, PCO₂ 35-45 мм рт.ст., PO₂ 80-95 мм рт.ст.

Всем пациенткам с подозрением на ЭАЖ рекомендовано проведение анализа крови биохимического общетерапевтического, в том числе исследование уровня тропонинов I, T (при возможности экспресс-исследование), уровня/активности изоферментов креатинкиназы (КФК-М), уровня молочной кислоты (лактат) в крови. Кратность определяется состоянием пациентки.

Эти параметры неспецифичны, возможно увеличение уровня кардиоспецифичных ферментов (КФК-М, тропонин T или I), косвенно подтверждающих ишемию миокарда. Необходимо измерять уровень лактата в крови во всех случаях нестабильной гемодинамики. Повышение уровня лактата прямо пропорционально нарушению периферического кровообращения. Критические изменения: выше 2 мг/экв/л или ммоль/л. При развитии ЭАЖ отмечается повышенный уровень сывороточной триптазы, тем не менее нет убедительных данных о диагностической ценности теста ввиду недостаточной специфичности. Повышенный уровень триптазы также связан с анафилаксией и должен быть дифференцирован от ЭАЖ.

Рекомендовано при наличии центрального венозного катетера (CVC) у пациенток с подозрением на ЭАЖ проводить определение степени насыщения кислородом гемоглобина в центральной венозной крови (SCVO₂) и артериовенозной разницы парциального венозного напряжения углекислого газа pCO₂ (V-ApCO₂). Кратность определяется состоянием пациентки.

Данное исследование проводится у всех женщин при наличии ранее установленного центрального венозного катетера с признаками ЭАЖ, требующих проведения ИВЛ и интенсивной терапии. Целевые значения: SCVO₂ выше 70%.

Инструментальные диагностические исследования

Всем пациенткам с подозрением на ЭАЖ рекомендован мониторинг основных параметров жизнедеятельности в следующем объёме: АД, ЧСС с целью оценки функции сердечно-сосудистой системы и адекватности проводимой интенсивной терапии или СЛР.

Целевые показатели: систолическое АД выше 90 мм рт.ст., среднее АД выше 65 мм рт.ст. Рутинное использование инвазивного мониторинга гемодинамики не показано в связи с высоким риском кровотечения, если только не был ранее установлен артериальный катетер (линия).

Всем пациенткам с подозрением на ЭАЖ рекомендуется проведение пульсоксиметрии с целью диагностики степени дыха-

тельных нарушений, оценки эффективности проводимой респираторной, интенсивной терапии и СЛР.

Целевые значения SpO₂ не менее 90%. Всем пациенткам с подозрением на ЭАЖ рекомендовано проведение чрезпищеводной или трёхмерной (трансторакальной) эхокардиографии с целью определения уровня лёгочной гипертензии, диагностики острой правожелудочковой недостаточности, нарушения сократимости миокарда.

Метод не обладает высокой специфичностью, но позволяет количественно и качественно оценить перегрузку или дисфункцию правого желудочка, оценить эффективность проводимой СЛР. Выполнение исследования не должно затягивать начало интенсивной терапии и СЛР. Чрезпищеводная эхокардиография требует больше времени для подготовки и выполнения, наличия практических навыков у персонала. В данном контексте трансторакальная эхокардиография обладает преимуществом.

Всем пациенткам с подозрением на ЭАЖ рекомендовано выполнение электрокардиографии с целью выявления признаков перегрузки правых отделов сердца.

Изменения на ЭКГ неспецифичны, наиболее часто отмечаются ЭКГ-признаки перегрузки правых отделов (отклонение электрической оси вправо, увеличение размера зубца Р во II, III и AVF-отведениях, депрессия сегмента ST и инверсия зубца Т в правых грудных отведениях).

Всем пациенткам с подозрением на ЭАЖ рекомендовано выполнение рентгенографии лёгких для дифференциальной диагностики, выявления сопутствующей патологии, динамического контроля, оценки адекватности проводимой терапии.

Изменения на рентгенограмме неспецифичны, характеризуются увеличением правых отделов сердца, картиной интерстициального сливного отёка, с уплотнением рисунка в форме «бабочки» в прикорневой зоне и просветлением рисунка по периферии.

Рекомендуется мониторинг состояния плода (кардиотокография плода (КТГ), аускультация ЧСС плода) с целью ранней диагностики гипоксии.

Данное исследование проводится у всех женщин с признаками ЭАЖ. В ответ на материнскую гипоксию развивается брадикардия плода. Критическое снижение ЧСС плода ниже 110 ударов в мин. ЧСС плода менее 60 ударов в минуту в течение 3-5 минут указывает на терминальное состояние плода.

(Окончание. Начало в № 17 от 03.05.2024.)

После выполнения операции (открытой/эндоваскулярной) рекомендуется находиться на диспансерном учёте в течение года, далее по показаниям. Пациенты с дисфункцией ПЖ, остаточным градиентом, ЛАГ должны наблюдаться ежегодно в специализированных центрах. У пациентов с небольшим врождённым или остаточным градиентом давления между ЛА и ПЖ при сохранной функции ПЖ, отсутствии сопутствующих ВПС и других поражений возможно рассматривать визиты наблюдения с интервалом 3-5 лет. После эндоваскулярного вмешательства необходимо регулярное наблюдение в течение первых 2 лет, далее в зависимости от результата – каждые 2-4 года.

При определении кратности наблюдения следует руководствоваться наличием симптомов сердечной недостаточности, состоянием гемодинамики, наличием нарушений ритма сердца, гипоксемии и др. В зависимости от этих факторов всех пациентов с ВПС можно разделить на четыре группы (А, В, С, О):

- Группа А
 - сердечная недостаточность ФК I
 - отсутствие анатомических гемодинамических нарушений
 - отсутствие нарушений ритма сердца
 - нормальная функция печени, почек и лёгких.
- Группа В
 - сердечная недостаточность ФК II
 - минимальный стеноз и/или недостаточность клапанов (I степени)
 - незначительная дилатация аорты или желудочка (-ов)
 - ФВ ЛЖ не менее 50%, ФВ правого желудочка не менее 40%
 - гемодинамически незначимые внутрисердечные шунты (0р/2з<1,5)
 - отсутствие гипоксемии
 - нарушения ритма сердца, не требующие лечения
 - отсутствие признаков ЛГ
 - нормальная функция почек и печени.
- Группа С
 - сердечная недостаточность ФК III
 - умеренный или значительный стеноз и/

Лечение

Консервативное лечение

Всем пациенткам с подозрением на ЭАЖ рекомендовано обеспечение адекватного венозного доступа путём установки минимум двух периферических внутривенных катетеров размером от 16 G, если он не был осуществлён ранее.

В случаях с затруднением установки внутривенного катетера воспользоваться УЗИ-навигацией. Если центральный венозный катетер не был установлен ранее, рутинно экстренно катетеризировать центральную вену нежелательно: это требует наличия практических навыков у персонала, дополнительного времени и повышает риск осложнений. Рекомендованные (наиболее безопасные и обеспечивающие эффективную фармакокинетику препаратов) пути введения лекарственных препаратов при сердечно-лёгочной реанимации: внутривенный или внутрикостный. После введения лекарств в периферическую вену её следует промыть не менее чем 20 мл кристаллоидного раствора и поднять на 10-20 сек для ускорения доставки препарата в центральный кровоток. Внутрикостный доступ используют, если после трёх попыток не удаётся обеспечить внутривенный. При внутрикостном введении лекарств их адекватная концентрация в плазме достигается приблизительно с той же скоростью, что и при введении в вену.

Всем пациенткам с подозрением на ЭАЖ рекомендована катетеризация мочевого пузыря уретральным катетером для контроля темпа диуреза всем женщинам с признаками ЭАЖ, если он не был установлен заранее.

Целевые показатели темпа почасового диуреза не менее 0,5 мл/кг/ч.

Всем пациенткам с подозрением на ЭАЖ рекомендовано проведение интенсивной терапии комплексно и в зависимости от преобладающих клинических проявлений: коррекция артериальной гипотонии, при остановке сердечной деятельности – немедленное начало СЛР, респираторная терапия – ИВЛ, коррекция массивной кровопотери и коагулопатического кровотечения.

Своевременное начало комплексной интенсивной терапии с участием мультидисциплинарной команды (анестезиолог-реаниматолог, акушер-гинеколог, неонатолог, трансфузиолог) повышает шансы на благоприятный исход у матери и плода. После диагностики ЭАЖ в течение 10 мин вызывается анестезиолог-реаниматолог, обеспечивает

ся венозный доступ (2 вены), проводится исследование общего (клинического) анализа крови (исследование уровня общего гемоглобина, эритроцитов, тромбоцитов и оценка гематокрита), параметров коагулограммы (исследование уровня фибриногена, ПТИ, АЧТВ, определение МНО), уровня молочной кислоты (лактат), исследование кислотно-основного состояния и газов крови, неинвазивный мониторинг (АД, ЧСС, ЭКГ, SpO₂) оценка диуреза. В случае внезапной остановки кровообращения у беременной женщины, зафиксированной на основании следующих признаков: отсутствия сознания и спонтанного дыхания – выполнять базовые реанимационные мероприятия с учётом особенностей у беременных.

Рекомендовано проведение интубации трахеи и экстренной ИВЛ всем женщинам с признаками ЭАЖ при наличии прогрессирующей дыхательной недостаточности.

При интубации трахеи использовать эндотрахеальные трубки размером 7,0-8,5. Показаниями для экстренной ИВЛ являются: остановка сердца; апноэ или брадипноэ (< 8 в минуту); гипоксическое угнетение сознания; избыточная работа дыхания; истощение (усталость) основных и вспомогательных дыхательных мышц; прогрессирующий цианоз и влажность кожных покровов; прогрессирующая тахикардия гипоксического генеза; отёк лёгких; прогрессирующая гипоксемия, рефрактерная к кислородотерапии; PaO₂ менее 60 мм рт.ст. (менее 65 мм рт.ст. при потоке кислорода более 5 л/мин), SaO₂ менее 90%, PaCO₂ более 55 мм рт.ст., ЖЭЛ менее 15 мл/кг. При необходимости использовать протокол трудных дыхательных путей в акушерстве. Режимы и параметры ИВЛ подбираются индивидуально, исходя из максимальных возможных показателей газообмена и вентиляции. Нет необходимости в дотации кислорода или проведении респираторной терапии с показателями SpO₂ 94-98% при дыхании атмосферным воздухом.

Рекомендовано всем пациенткам с ЭАЖ при остановке сердечной деятельности на фоне кардиопульмонального шока немедленное проведение СЛР, а при отсутствии эффекта от проведения сердечно-лёгочной реанимации в течение 4 минут при сроке беременности более 20 недель выполнить родоразрешение.

Не откладывать начало дефибрилляции. Использовать адгезивные электроды, не проводить мониторинг плода в течение всех реанимационных мероприятий. Продолжать

СЛР и введение препаратов как до, так и во время и после извлечения плода. Следует избегать гипоксии, ацидоза и гиперкапнии, поскольку они повышают лёгочное сосудистое сопротивление и приводят к дальнейшей сердечной недостаточности. При проведении базовых и/или расширенных реанимационных мероприятий у беременной женщины учитывать возможную или верифицированную причину остановки кровообращения (кровопотеря, ТЭЛА, анафилаксия и т.д.) и оценить возможность её устранения для повышения эффективности реанимационных мероприятий. При внезапной остановке кровообращения у беременной женщины в сроке более 20 недель устранять механизм аорто-кавальной компрессии смещением беременной матки максимально влево в положении пациентки на спине для обеспечения адекватного венозного возврата к сердцу и увеличения сердечного выброса и начинать базовые реанимационные мероприятия со смещением матки влево, при отсутствии эффекта от проведения сердечно-лёгочной реанимации в течение 4 минут при сроке беременности более 20 недель выполнить родоразрешение. Беременная матка ухудшает венозный возврат из-за аортокавальной компрессии и, таким образом, уменьшает функциональное состояние сердца приблизительно на 60%. Родоразрешение уменьшает потребление кислорода, улучшает венозный возврат и функциональное состояние сердца, облегчает непрямой массаж сердца и улучшает вентиляцию. Это также допускает внутренний непрямой массаж сердца через диафрагму. Рекомендуются базовые реанимационные мероприятия при внезапной остановке кровообращения у всех беременных женщин проводить в следующей последовательности: убедиться в собственной безопасности, позвать на помощь и начать мероприятия сердечно-лёгочной реанимации в положении пациентки на спине: непрямой массаж сердца с частотой 100-120 в минуту, на глубину 5-6 см, соотношение компрессии грудной клетки: искусственное дыхание 30 : 2. Базовые и расширенные реанимационные мероприятия у беременной женщины проводятся в соответствии с рекомендациями Национального совета по реанимации и международными руководствами.

После родоразрешения при внезапной остановке кровообращения всем пациенткам рекомендованы расширенные реанимационные мероприятия в течение 30 минут.

(Окончание следует.)

Врождённый стеноз клапана лёгочной артерии

Клинические рекомендации

или недостаточность клапанов (II-III степени), стенозы артерий или вен, умеренная дилатация аорты или желудочка (-ов)

- ФВ ЛЖ 40-49%, ФВ ПЖ 35-39%
 - гемодинамически значимые внутрисердечные шунты
 - умеренно выраженная гипоксемия (8a(pO₂ > 85%)
 - нарушения ритма сердца, контролируемые терапией
 - лёгочная гипертензия (ФК лёгочной гипертензии I-II)
 - нарушения функций внутренних органов, контролируемые терапией.
- Группа О
- сердечная недостаточность ФК IV
 - значительная дилатация аорты
 - выраженная гипоксемия
 - нарушения ритма сердца, рефрактерные к терапии

● лёгочная гипертензия (ФК лёгочной гипертензии III-IV)

● нарушения функций внутренних органов, рефрактерные к проводимой терапии.

В зависимости от принадлежности пациента к корригированным или некорригированным ДМЖП, к той или иной группе, рекомендуется различная кратность наблюдения и объём необходимых при этом исследований.

Рекомендуется проводить пульсоксиметрию всем пациентам на визитах наблюдения.

Рекомендуется проведение ЭхоКГ всем пациентам на визитах наблюдения.

Детям, перенёвшим открытую операцию по коррекции стеноза ЛА.

При наблюдении пациентов после хирургического лечения подклапанного стеноза с проведением реконструкции пути оттока из ПЖ рекомендуется профилактика инфекционного эндокардита в течение 6 месяцев.

При любом типе врождённого порока сердца, при коррекции которого использовались синтетические материалы/протезы, при наличии показаний осуществляется профилактика бактериального эндокардита в течение 6 месяцев после операции или пожизненно, если сохраняются резидуальные шунты или регургитация на клапанах. Профилактика эндокардита проводится при выполнении стоматологических вмешательств, сопровождающихся повреждением слизистой оболочки ротовой полости (экстракция зуба, манипуляции в периапикальной зоне зуба и т.д.). Профилактика инфекционного эндокардита заключается в приёме внутрь за 30-60 минут до процедуры амоксициллина в дозе 50 мг/кг/сутки в 2-3 приёма.

Организация оказания медицинской помощи

Показания для госпитализации в медицинскую организацию:

1. Наличие симптомов сердечной недостаточности.
 2. Наличие лёгочной гипертензии.
 3. Плановое оперативное лечение.
- Показания для экстренной госпитализации:

1. Ухудшение функционального статуса пациента в связи с прогрессированием сим-

птомов недостаточности кровообращения, нарушениями ритма сердца.

2. Лёгочная гипертензия, требующая подбора/коррекции терапии.

Показания к выписке пациента из медицинской организации:

1. Отсутствие значимого градиента между ПЖ и ЛА.

2. Отсутствие/компенсация симптомов недостаточности кровообращения.

Дополнительная информация

Беременность и роды. Беременность и роды обычно хорошо переносятся:

- на фоне корригированного стеноза ЛА
- у пациентов с сохранённой функцией ПЖ
- при 1-Н-функциональных классах МУНА
- при отсутствии значимой лёгочной гипертензии и значимой обструкции выводного отдела правого желудочка
- при некоррегированном стенозе и градиенте давления менее 30 мм рт.ст.

Не рекомендуется беременность пациенткам со стенозом ЛА при наличии цианоза и ЛГ.

При наступлении беременности пациенткам при наличии цианоза и ЛГ рекомендуется искусственное прерывание.

Антон АВРАМЕНКО,
Самара.

Баграт АЛЕКЯН,
академик РАН,

Российское научное общество специалистов по рентгенэндоваскулярной диагностике и лечению, Москва.

Вячеслав БЕЛОВ,
Калининград.

По словам директора Российского нейрохирургического института им. А.Л.Поленова (РНХИ, филиал НМИЦ им. В.А.Алмазова) профессора РАН Константина Самочёрных, «Поленовские чтения – традиционная ежегодная конференция института, на которую съезжаются нейрохирурги и смежные специалисты со всех концов России и стран СНГ». В этом году она проводилась в Алмазовском центре в рамках Петербургского международного конгресса по нейронаукам параллельно с конференцией «Неврология XXI века: актуальные вопросы, достижения и инновации».

Многоликая специальность

Приветствуя участников конференции, генеральный директор Алмазовского центра академик РАН Евгений Шляхто призвал «подумать о новых направлениях диагностики и лечения последствий СВО». Академик РАН Александр Коновалов (НМИЦ нейрохирургии им. Н.Н.Бурденко (НМИЦН), Москва) назвал «Поленовские чтения» особым явлением, несущим весеннее настроение. «Врачи прилетели» – переименовал он название известной картины Саврасова «Грачи прилетели», и выразил надежду, что участие неврологов будет способствовать успеху мероприятия.

Нынешняя конференция была посвящена 150-летию со дня рождения профессора Алексея Молоткова. С докладом о его жизнедеятельности выступил профессор Алексей Улитин (НМИЦ им. В.А.Алмазова, Санкт-Петербург). Сын священника, Молотков окончил духовное училище, а затем семинарию в Курске. Получив диплом лекаря в Томском университете, он остаётся там ординатором клиники нервных и душевных болезней, а в 1905 г. переезжает в Санкт-Петербург, где становится ассистентом В.Бехтерева. Последний в 1917 г. организует Психоневрологический институт, при котором в 1910 г. создаётся отделение хирургической невропатологии, возглавляемое Л.Пуссепом. Молотков работает в этом отделении в качестве ординатора. Звание приват-доцента он получит в 1923 г., а профессора – в 1935 г. Создав в 1926 г. в Ленинграде Институт хирургической невропатологии, Молотков вскоре перешёл на должность заместителя директора по научно-медицинской части, а потом и вовсе отошёл от административной деятельности. После ареста директора института профессора М.Скобля и слияния института с клиникой А.Поленова заведовал отделением хирургии периферических нервов. Этой теме посвящены его основные труды. Сын Алексей (от второго брака), родившийся в 1938 г., стал нейрохирургом и работал в этом же институте.

Формат двухдневной конференции не отличался от прошлогоднего (см. «МГ» № 18 от 12.05.2023) и состоял из пленарного и секционных заседаний. Вышеупомянутый профессор К.Самочёрных открыл научную программу докладом об инновациях в нейрохирургии. Речь шла о флуоресцентной диагностике и фотодинамической терапии мозговых опухолей, противовирусных вакцинах, экспериментальной CaT и CaTK-терапии глиом, трансляционном подходе и синтезе радиофармацевтиков и т.д. «Меняются парадигмы в неврологии и нейрореабилитации», – заявил докладчик. Например, у больных с разорвавшимися аневризмами определяются разные титры мРНК. Нейромодуляция и нейротропизация позволяют улучшить качество жизни больных. Много надежд связано с применением искусственного интеллекта (ИИ), в том числе для дистанционного обследования.

В РФ имеется четыре федеральных нейрохирургических центра, где проводится пятая часть всех нейрохирургических вмешательств. Ведущим является НМИЦН. Его директор академик РАН Дмитрий Усачёв рассказал, что там работает 793 врача, 119 кандидатов и 56 докторов наук, 17 профессоров. Ежегодно выполняется более 10 тыс. операций (в том числе 1600 у детей), а послеоперационная летальность составляет около 0,3%. Коснувшись сосудистой хирургии, академик Усачёв отметил, что нейрохирурга-

65% больных не знают о возможности нейрохирургического лечения, а неврологи не направляют их к нейрохирургам.

Зарубежные страны были представлены делегацией Белоруссии. Член-корреспондент НАН Белоруссии Юрий Шанько поделился с аудиторией опытом транскраниальной эндоскопической хирургии основания черепа. Таким способом он прооперировал более 500 больных, в том числе 278 менингиом передней и средней черепной ямки и 111 невринома и менингиом задней черепной ямки, а также 168

В эксперименте на животных отмечено повышение эффективности лечения при сочетании голодной диеты и химиотерапии. Таким образом, метаболизм опухоли и микроокружения – перспективная мишень противораковой терапии. Поскольку опухолевые клетки не могут метаболизировать кетонные тела, перспективно сочетание химиотерапии с кетогенной диетой. Охлаждение животных с привитыми опухолями также увеличивало продолжительность их жизни.

Член-корреспондент РАН Евгений Имянитов (НМИЦ онкологии

теллекта для оценки осложнений в нейрохирургии. Однозначного определения термина «осложнение» не существует. В основе лежит латинский глагол *complicare* – переплестать, то есть осложнение понимается как дополнительное расстройство, усложнение. Анализ более 90 тыс. историй болезни показал, что смысл слова зависит от контекста: имеется «галактика осложнений во вселенной нейрохирургической лексики». Осложнение определяется как «новая необлигатная патология, выявляемая в период наблюдения основного заболевания или физиологического процесса (например, осложнение беременности), или в результате воздействия на организм человека». При этом, докладчик ни словом не упомянул ятрогенные осложнения. К сожалению, формат пленарной сессии не предусматривал вопросов и обсуждения.

Нейроонкология и нейрореабилитация

За последние 50 лет продолжительность жизни больных глиобластомами увеличилась всего на 3-4 месяца. Радикальное удаление таких опухолей невозможно, но радикальность – единственный прогностический фактор, зависящий от хирурга. Его задача – удалить опухоль без ухудшения неврологической симптоматики. На секции по хирургии внутримозговых опухолей профессор Виктор Олюшин (РНХИ) привёл отдалённые результаты интраоперационной фотодиагностики и фотодинамической терапии (ФДТ) с хлорином е-6 (фотодитазин) в хирургии супратенториальных глиом. ФДТ основана на избирательном накоплении фотосенсибилизаторов клетками злокачественных опухолей в перифокальной зоне мозга, что при воздействии на ложе удалённой опухоли локального лазерного излучения с определённой длиной волны приводит к их гибели, тем самым увеличивая радикальность операции. Соотношение между концентрацией фотосенсибилизатора в нормальной мозге и опухолевой ткани составляет от 1 : 12 до 1 : 60 в зависимости от гистологического типа опухоли. Медиана общей выживаемости у больных с глиомами grade IV в группе с ФДТ составила около 21 месяца, а в контрольной группе – около 13,5. Длительность межрецидивного периода в этих группах составила около 11 месяцев и 8, соответственно. Таким образом, применение ФДТ увеличило медиану выживаемости больных на 7 месяцев. У больных глиомами grade III медиана выживаемости увеличилась на 17 месяцев. Главным преимуществом метода является его эффективность и минимально инвазивный характер. Однако требуется поиск новых фотосенсибилизаторов, обладающих более высокой фотоактивностью, онкотропностью и способностью к возбуждению в ближнем инфракрасном диапазоне.

Доктор медицинских наук Игорь Медяник (Нижний Новгород) поделился опытом тотального удаления глиом (grade II и grade III) с помощью интраоперационного УЗИ и флуоресцентной навигации. При глиомах grade II тотальное удаление проведено в 61% случаев, а grade III – в 34%. Применение современных технологий опытными нейрохирургами способствует повышению тотальности удаления опухолей. Его нижегородский коллега Константин Яшин рассказал о применении методики амидно-протонного трансфера (АПТ) для идентификации перитуморальной зоны. Ключевым моментом является переход протонов из амидных групп белка к молекулам воды. Основой формирования сигнала является селективное насыщение протонов амидной группы преднасыщающим радиоактивным импульсом, воздействующим на узкую полосу частот, отвечающей

Конференция

Врачи прилетели

В Санкт-Петербурге прошли XXIII «Поленовские чтения»



Президиум пленарного заседания

ми страны в год выполняется около 5 тыс. реконструктивных операций на брахицефальных артериях (т.е. 15-17% от их общего числа). Для оценки реваскуляризации мозга применяется интраоперационная МРТ. Примерно половина всех операций в НИМЦН – микрохирургические. Около 3 тыс. больных ежегодно облучаются (радиохирургия и радиотерапия). Для послеоперационного восстановления больных создано отделение неврологии и реабилитации. Коснувшись проблемных вопросов, докладчик отметил нехватку аппаратуры и «хаотичные попытки импортозамещения».

Главный нейрохирург Минздрава России и заведующий кафедрой фундаментальной нейрохирургии РНИМУ им. Н.И.Пирогова (Москва) академик РАН Владимир Крылов выступил с докладом об организации хирургии эпилепсии в Москве. В 2015 г. в стране была сделана 271 операция по поводу эпилепсии, в 2019 г. их число выросло до 630, а в 2023 г. составило 855 (747 в федеральных центрах и 108 – в регионах), в то время как расчётное число – 3,5-4 тыс. операций в год. Для этого необходима команда, возглавляемая неврологом, куда входят нейрохирург, нейрофизиолог, психиатр и патоморфолог. В рамках пилотного проекта Минздрава России В.Крылов побывал в 23 регионах РФ. В марте 2023 г. Департамент здравоохранения Москвы издал приказ № 744 «Об организации помощи взрослым с эпилептическими пароксизмами». Было создано межокружное отделение пароксизмальных состояний. Больные с эпилепсией оперируются в трёх муниципальных нейрохирургических стационарах. За 5 месяцев с начала проекта было отобрано 60 больных, из которых 44 направлены на операцию. К сожалению, больные оперируются поздно (проходит более 10 лет с момента постановки диагноза),

больных с базальной ликвореей. При менингиомах передней черепной ямки всего осуществлялся антептериональный доступ (жёсткая фиксация головы, разрез кожи длиной около 5 см, размер трепанационного окна 2 x 2,5 см). Для диагностики базальной ликвореи использовалась двухэнергетическая спиральная КТ.

С пленарными докладами выступили петербургские онкологи. Директор онкологического центра им. Н.П.Напалкова член-корреспондент РАН Владимир Моисеенко рассказал о метаболической терапии опухолей. За 18 лет (2003-2021) Управление по контролю качества пищевых продуктов и лекарственных средств США (FDA) зарегистрировало 124 препарата по 374 показаниям, но медиана увеличения общей выживаемости составила всего 2,8 месяца, а медиана увеличения времени до прогрессирования – 3,3. Почему рак не вылечивается? Потому что это экосистема, где большую роль играет микроокружение. Поэтому неизбежна резистентность к назначаемым препаратами и неконтролируемый рост опухоли. Значит, нужно влиять на эту систему с помощью метаболической терапии. Однако интереса к ней нет. Почему? Во-первых, из-за общего отношения к раку как к генетическому заболеванию. Во-вторых, вследствие отсутствия эффективной модели для её изучения. В-третьих, из-за пластичности метаболических процессов в опухоли. В-четвёртых, из-за интер- и интратуморальной гетерогенности метаболизма. В-пятых, из-за отсутствия интереса «Большой фармы».

Метаболическая интервенция состоит из диеты и физической активности. Речь идёт об употреблении овощей, фруктов и клетчатки, ограничении приёма сахара, красного мяса и алкоголя, прогрессивной силовой тренировки и быстрой ходьбе.

им. Н.Н.Петрова) посвятил доклад молекулярной диагностике в нейроонкологии. Речь шла прежде всего о наследственных опухолях нервной системы, таких как туберозный склероз и нейрофиброматоз. Были представлены агностические подходы к лечению опухолей (локализация мишени не имеет значения). Суть иммунотерапии – инактивация супрессоров противоопухолевого иммунитета для освобождения иммунной системы для атаки на опухоль. В заключение был представлен «Молекулярный портрет опухоли» – универсальная NGS-панель для персонализированного подбора терапии, адаптированная для анализа архивных гистологических образцов.

Сосудистая нейрохирургия была представлена двумя пленарными докладами. Профессор Александр Савелло (ВМА им. С.М.Кирова) рассказал о травматических аневризмах при боевых ранениях головы и шеи. При подозрении на травматическую аневризму необходима ангиография и быстрое удаление выявленной аневризмы. Личный опыт автора составил 62 случая аневризм. Техника внутрисосудистых вмешательств, отработанная в мирное время, может применяться при боевых повреждениях с некоторыми ограничениями (более широкое применение деструктивных вмешательств, ограничения в использовании стентов и антиагрегантной терапии, необходимость комбинирования с другими вмешательствами).

В последнее десятилетие актуализируется проблема детского инсульта. Доклад профессора Григория Чмутина (РУДН им. П.Лумумбы) был посвящён нейрохирургической службе в структуре недавно созданного Центра детского инсульта на базе Морозовской детской больницы (по утверждению докладчика – первого и единственного в мире). Детские инсульты поздно диагностируются. За 10 лет наблюдалось 517 детей с геморрагическим инсультом. Частым источником кровоизлияния являются разорвавшиеся артериовенозные мальформации – 87 случаев за 8 лет. Обычно их лечат с помощью эмболизации сосудов. Сейчас в Морозовскую больницу стали направлять новорождённых с аневризмой вены Галена. Они поступают по скорой помощи. За полтора года было проведено 25 эндоваскулярных вмешательств у больных с аневризмой вены Галена, из них семь – у новорождённых (летальность 60%). Необходимо разработать протокол ведения детей с инсультом с участием различных специалистов (неврологов, нейрохирургов, гематологов, анестезиологов и т.д.).

Пленарная сессия завершилась докладом кандидата медицинских наук Глеба Данилова (НМИЦН) о применении искусственного ин-

Итоги и прогнозы

Кампусу — научный стержень

Молодым специалистам создаются все условия для перспективы развития

резонансной частоте амидных протонов. АПТ-изображения коррелировали с таким маркером клеточной пролиферации как белок Ki-67. Таким образом, АПТ — это МРТ методика, позволяющая получить информацию о концентрации свободных белков в клетках, которая не требует применения контрастирующих агентов, позволяет определить степень злокачественности опухоли и оценить динамику опухолевого роста.

Кандидат медицинских наук Илья Григорьев (Федеральный центр мозга и нейротехнологий, Москва) рассказал о способах повышения радикальной резекции глиом. Рекомендовано использование нейронавигационных систем и флуоресцентной навигации с применением 5-аминолевулиновой кислоты. Интраоперационная МРТ позволяет добиться повышения радикальности удаления опухоли различной степени дифференцировки. Изменение методики хирургической резекции может увеличить объем безопасно удаляемой опухоли. Сублиальное удаление опухоли по границам борозд и извилин позволяет избежать повреждения сосудов, проходящих в непосредственной близости от зоны вмешательства.

Секция по нейрореабилитации прошла под председательством главного специалиста по медицинской реабилитации Минздрава России профессора Галины Ивановой (Москва) и главного организатора конференции профессора Натальи Ивановой (РНХИ). Обе выступили с программными докладами (о направлениях развития медицинской реабилитации и функциональной реабилитации в XXI веке, соответственно). Не имея возможности подробно остановиться на всех прозвучавших на этой секции докладах, упомяну только два. Кандидат технических наук Юлия Некрасова (Высшая школа экономики, Москва) рассказала о состоянии-зависимой транскраниальной магнитной стимуляции (ТМС) реального времени как перспективном методе диагностики и реабилитации больных с мозговыми повреждениями. Предложена математическая модель ТМС, а для валидации методики вместо головы использовался арбуз (на фантоме измерялась задержка прихода сигнала). «Подтормаживание» с помощью ТМС коры (парными стимулами) при её гипервозбудимости может найти клиническое применение при хронических нарушениях сознания, дисфагиях, тиках, дистонии, треморе, обострении рассеянного склероза, при боковом атрофическом склерозе и т.д.

Как известно, повреждения аркуатного тракта при удалении глиом сопровождаются нарушением речи, названным Вернике проводниковой афазией. Этой теме был посвящён доклад нейропсихолога доктора медицинских наук Светланы Буклиной (НИИЦН). Целью работы было изучение проводниковой афазии как целостного синдрома в зависимости от локализации аркуатного пучка и сопоставления выявленных речевых нарушений с описанными А.Лурией формами афазий, а также выявление особенностей речевых нарушений и письма при поражении аркуатного тракта на материале 23 больных, оперированных с пробуждением по поводу глиом. Оказалось, что проводниковая афазия — типичный дисконнекционный синдром. При разобщении функций височной и лобной долей нарушения могут проявляться не только в речи, но и при письме, иногда — только при письме как следствие разобщения слухового и графического образа слова.

В рамках «Поленовских чтений» состоялся пленум правления Ассоциации нейрохирургов России, на котором обсуждалось проведение очередного съезда в сентябре 2024 г. в Нижнем Новгороде.

Болеслав ЛИХТЕРМАН,
спец. корр. «МГ».
Санкт-Петербург — Москва.

Сегодня собеседник «Медицинской газеты» ректор Смоленского государственного медицинского университета, главный специалист по клинической микробиологии и антимикробной резистентности Минздрава России, член корреспондент РАН Роман КОЗЛОВ.

— Роман Сергеевич, представители научного сообщества страны не перестают обсуждать сообщение об открытой с этого года в Смоленском государственном медицинском университете абсолютно новой специальности — клинической ординатуре по медицинской микробиологии. Если для кого-то сообщение об этом выглядит почти сенсационно, то законодательное обоснование новой специальности, что называется, вызревшей в недрах вуза, для коллектива СГМУ выглядит органичным и закономерным, не так ли?

— Смею напомнить, что ещё в 2015 г. именно Смоленск в лице Межрегиональной ассоциации по клинической микробиологии и антимикробной химиотерапии (МАКМАХ), которую я возглавляю, был инициатором появления этой специальности. Так что в том, что СГМУ стал одним из первых вузов в стране, получивших лицензию на образовательную деятельность по этой специальности, есть стопроцентная логика.

Смоленск исторически по праву является лидером в вопросах, связанных с изучением устойчивости микроорганизмов к антибиотикам. У нас действует НИИ антимикробной химиотерапии, аналогов которому нет в мире! И на базе НИИ функционирует методический верификационный центр по вопросам антимикробной резистентности — референс-центр по клинической фармакологии. Название звучит длинно, но именно так оно определено в распоряжении Правительства № 604-р от 30.03.2019.

Кроме того, СГМУ является одним из немногих вузов в стране, где создана цифровая кафедра. Фактически наши выпускники получают два диплома о высшем образовании — медицинском и ИТ. Это совершенно новая ипостась образования.

Мы проводим независимую оценку качества подготовки наших обучающихся, и по её результатам в этом году по программе «Приоритет-2030» СГМУ получил больше финансовых вливаний, чем в прошлом.

Кроме того, мы уже более 10 лет — одни из лидеров в стране по предоставлению образования на языке-посреднике (английском). У нас более 1400 индийских студентов — и будем развивать этот вектор международного сотрудничества и дальше.

— Понятно, что это — не голословное обещание. Обещание «развивать» зиждется не только на уверенности в высококом уровне преподавания в вузе, но и на обеспечении современного уровня комфорта проживания и быта студентов. Станет ли годом серьёзных качественных изменений в этом плане 2024 г., и насколько оправдятся к вашим личным научным званиям и титулам дополнения «ректором-прораб»?

— Во-первых, к нашей радости, по федеральной адресной инвестиционной программе в медгородке уже появился один более чем необходимый объект —



это газовая котельная. Мы очень признательны Правительству РФ, министру здравоохранения РФ М.Мурашко, губернатору Смоленской области В.Анохину за огромную поддержку в развитии вуза. Сама же программа очень масштабна, включает в себя четыре подразделения. Про газовую котельную я уже сказал, мы подключили все объекты, находящиеся на территории медгородка, к автономному газовому питанию. По нашим расчётам, это приведёт к экономии средств за тепловую энергию примерно на 20-30%.

Во-вторых, скажу о капитальном ремонте центрального студенческого клуба, который превратится в ультрасовременное трёхэтажное



здание. Уже в этом году оно должно быть введено в эксплуатацию.

Наша самая большая радость — строительство абсолютно нового 14-этажного здания общежития на 702 места. Причём мы его получаем вместе с мебелью! Вуз получает полностью готовое к заселению общежитие, с комнатами на два человека. Месяц назад состоялся торги, цена вопроса составляет 774 млн руб. И это деньги из федерального бюджета.

Новое общежитие будет находиться на нашей территории на месте старого здания бассейна. Все другие имеющиеся общежития находятся в настоящее время в стадии капитального ремонта. За 2025 г. они пройдут абсолютно полную реконструкцию, начиная с системы пожаротушения, водоснабжения, канализации энергоснабжения зданий. Работы нацелены на соответствие современным санитарно-гигиеническим требованиям. Приведу пример — общежитие № 1 (когда-то самое новое из всех) было построено в 1983 г., и с тех пор его не ремонтировали. Поэтому мы очень признательны Минздраву России за ту помощь, которую оно нам оказывает.

Университет — это не только стены, хотя их вид имеет немалое эстетическое значение. Студенты и сотрудники, приходящие в вуз, должны понимать, что они находятся в храме науки, образования, творчества, спорта. Именно поэтому мы много вкладываем и во внутреннюю инфраструктуру университета, и во внешний вид зданий.

— У вас есть симуляционные центры, где обучение проходит не только будущие врачи...

— Да, они расположены в двух зданиях. Самое большое из них вуз отремонтировал и оснастил за свои деньги. Это современные классы, где есть тренажёры, почти полностью имитирующие пациента. Они выглядят как манекены, но весь функционал почти как у настоящего человека. Студенты получают возможность научиться проводить систему оказания первой медицинской помощи. Например, манекен-ребёнок начинает плакать, когда неправильно сделали инъекцию. Некоторые манекены даже потеют, как человек, когда он волнуется.

Но самое главное этот симуляционный центр помогает обучать не только студентов. У нас реализуется большой образовательный проект по обучению, например, сотрудников ГИБДД оказанию первой медицинской помощи. Мы это делаем для них бесплатно, у вуза есть на то ресурсы. Обучаем также учителей общеобразовательных школ — вдруг ребёнку

ляционную медицину, объединяющую традиционную науку и биотехнологии, интеллектуальные системы пилотирования (в регионе уже производят беспилотные аппараты и компоненты к ним) и кластер креативных технологий, включая туризм, гостеприимство и промышленный дизайн.

Создание кампуса — это, без сомнения, фантастическая инициатива со стороны руководства страны и региона, а для нас уникальный шанс сделать Смоленщину центром не только молодёжного движения, но и центром науки.

Один из лабораторных корпусов будет называться «Корпус трансляционной медицины». Те компетенции, которые есть в СГМУ и касаются темы антибиотиков, резистентности, будут перенесены туда. Мы обсуждаем с руководством других наших вузов создание сетевых программ обучения по базовым специальностям. Обучение биологии и химии у нас, например, ничем не отличается от обучения в классическом университете. Есть совершенно чёткое понимание с ректорским корпусом города и с правительством области того, что там будет. Это не просто закрытое учреждение — это реальнейшая перспектива образования места притяжения молодёжи нано-пекания. В успехе этого суперпроекта я уверен.

— Высокая наука не должна мешать университету решать главную задачу медицинского вуза — подготовку кадров для практического здравоохранения.

— В этом учебном году характерная деталь — губернатором области для целевиков увеличены в шесть раз — с 500 до 3000 руб. — стипендии. В нашем вузе существует целевой принцип обучения, и сейчас процесс выстроен следующим образом: есть заказчик, прежде всего, Министерство здравоохранения области. Оно, со своей стороны, получает заявки от ЦРБ, где указано, сколько районов нужно врачей. Министерство выделяет средства на обучение специалистов, потом они поступают в его распоряжение. Однако нужно хорошо понимать, что это не одностороннее движение — обучили и отправили в муниципалитет. Нет, руководство районов должно создать все условия, чтобы молодой специалист не просто отработал три года, а потом взял и уехал, нет, нужно, чтобы он остался жить в комфортном жилье, чтобы он видел перспективы развития для себя и своей семьи.

Подчеркну, что сейчас область впервые покупает столько жилья для медработников, включая высшее и среднее звено, сколько необходимо для того, чтобы на территории муниципалитета были закрыты все имеющиеся в медучреждениях вакансии. Да и сами медицинские организации приводятся в соответствие с требованиями XXI века — в прошлом году в области капитально отремонтировано 70 таких учреждений, активно ведётся строительство новых корпусов областных детской клинической больницы и онкологического диспансера.

Смоленщина, Смоленск и СГМУ не только живут в ожидании новых решений по развитию здравоохранения, но и предметно развивают социально значимую отрасль, интенсивно повышая качество жизни.

Беседу вёл
Владимир КОРОЛЁВ,
соб. корр. «МГ».

Смоленск.



Ещё недавно госпитали для ветеранов войн «отвечали» исключительно за здоровье представителей старшего поколения. В последние годы их функции изменились. Об этом шла речь на секции IV Санкт-Петербургского всероссийского геронтологического форума, посвящённой роли госпиталя для ветеранов войн в оказании медицинской помощи пострадавшим в военных конфликтах и развитии гериатрической медицины.

Опытом работы поделился коллектив Санкт-Петербургского госпиталя. Здесь накоплен уникальный опыт лечения пострадавших в военных действиях, в техногенных катастрофах и пожилых людей.

Война – это травматическая эпидемия

«В Санкт-Петербурге, по данным на 1 декабря 2023 г., живёт порядка 48 тыс. блокадников, 5 тыс. бывших узников концлагерей, примерно столько же труженников тыла, около 31 тыс. ветеранов боевых действий и около 8 тыс. граждан, подвергшихся радиационному воздействию», – сообщила заместитель начальника Санкт-Петербургского госпиталя для ветеранов войн по медицинской части, врач высшей категории Татьяна Погода. – Именно на эти группы ориентирована работа коллектива».

Сейчас в госпитале 1580 коек в различных отделениях и 78 – реанимационных, отметила Т.Погода. Ежегодно проводится свыше 14 тыс. оперативных вмешательств, из 1,5 тыс. – высокотехнологичных. Ежегодно в стационаре лечатся 40 тыс. пациентов, средний возраст которых 70 лет. Одним из самых серьёзных испытаний для медучреждения стала пандемия коронавирусной инфекции, продолжилась начмед. Тогда госпиталь был полностью перепрофилирован для работы с заражёнными пациентами. Силами медицинской организации в апреле 2020 г. в выставочном центре «Ленэкспо» был развёрнут временный стационар в четырёх павильонах на 1754 койки и 15 реанимационных, где пролечено 13,5 тыс. пациентов, а в целом за время пандемии – почти 50 тыс.

В июне 2020 г. на территории госпиталя началось строительство нового, первого в городе, многопрофильного лечебно-диагностического корпуса-трансформера на 407 коек. Его ввели в эксплуатацию уже в декабре того же года. Однако вслед за эпидемией коронавируса коллектив учреждения столкнулся с «травматической эпидемией», так охарактеризовал её начальник госпиталя, полковник медицинской службы, доктор медицинских наук, профессор, заслуженный врач РФ Максим Кабанов. «В ответ на вызовы нашего времени госпиталь сегодня лечит бойцов СВО», – отметил он.

Для этой цели сформировано шесть отделений на 360 коек. Врачи отмечают: в основном поступают тяжёлые пациенты по характеру травм, которые почти в 90% случаев являются последствиями минно-взрывных, множественных, сочетанных ранений. И в этом отличие характера повреждений в современных войнах от известных ранее: в прошлом было больше огнестрельных ранений, а сейчас – последствий от подрывов на минах».

Таким образом, боевая травма стала отдельным направлением в работе госпитальных медиков.

С верой в себя

Но залечить раны – это полдела. До 90% участников специальной военной операции нуждаются в медицинской реабилитации, в том числе и психологической, как отметил в своём выступлении на



Во время операции

Акценты

Ветераны, блокадники, бойцы Их здоровье восстанавливают в госпиталях



А. Канунникова (в центре) объединяет вокруг себя неравнодушных людей

форуме заведующий отделением лечебной физкультуры и кинезиотерапии госпиталя, невролог высшей категории, доктор медицинских наук, профессор Тарас Скоромец.

«Средний возраст военнослужащих, находящихся у нас на лечении, 28 лет. Многие из них перенесли ампутацию конечностей – в такой ситуации человек находится совсем в другом психологическом состоянии», – сказал он. – Посттравматическое стрессовое расстройство отмечается абсолютно у всех военнослужащих с боевыми ранениями».

По словам врачей, можно выделить три группы находящихся на лечении пациентов, пострадавших в ходе СВО: с преобладанием поражений головного, спинного мозга и опорно-двигательного аппарата.

Результатом тяжёлых травм часто становится инвалидизация. Однако наши воины сильны духом. Т.Скоромец привёл пример молодого человека, получившего вследствие взрывного ранения тяжелейшее ранение позвоночника, что лишило его возможности самостоятельно передвигаться. Методик восстановления спинного мозга сейчас нет, но... мужчине удалось социализироваться. Он ездит в инвалидной коляске, при этом является чемпионом в стрельбе из лука, занимается плаванием в бассейне.

Такие методы, как вертикализация пациентов, укрепление мышц для последующего перехода на протезы, оборудование с применением виртуальной реальности позволяют ускорить восстановительные процессы в организме.

Доктор не сомневается: если пациент поверит в себя, он обязательно восстановится.

Союз госпиталей ветеранов войн решает новые задачи

Какова картина медико-психологической реабилитации вернувшихся с СВО в целом по стране?



Реабилитация – важная часть заботы

Мы попросили её охарактеризовать в кулуарах форума председателя правления Союза госпиталей ветеранов войн, главного врача Новосибирского областного госпиталя № 2 ветеранов войн, заведующую кафедрой медицинского права Новосибирского государственного медицинского университета, доктора медицинских наук, профессора, заслуженного врача РФ Людмилу Канунникову.

В Российской Федерации функционируют 65 госпиталей ветеранов войн, работающих в системе здравоохранения, которые входят в общественную некоммерческую организацию «Союз госпиталей ветеранов войн России», созданную в октябре 2016 г.

РФ по делам инвалидов, где в соответствии с протоколом № 26 от 12.10.2022 было рекомендовано министру здравоохранения России М.Мурашко совместно с органами исполнительной власти субъектов РФ в целях создания условий для медицинской реабилитации, в том числе психологической реабилитации ветеранов боевых действий – участников СВО, включить госпитали ветеранов войн в федеральный проект «Оптимальная для восстановления здоровья медицинская реабилитация», поэтому уже в 2023 г. более 50% госпиталей получили финансирование из федерального бюджета на приобретение новейшего реабилитационного оборудования, оставшиеся

в 2000 г. в масштабах страны на базе госпиталей ветеранов войн России были поставлены задачи организовать центры, отделения, кабинеты медико-психологической реабилитации для поддержания здоровья ветеранов боевых действий, позже в данных центрах получали помощь ветераны боевых действий, принимавшие участие в событиях на Северном Кавказе. Финансовое обеспечение госпиталей ветеранов войн ранее осуществлялось из средств бюджета регионов, и центры медико-психологической реабилитации для ветеранов боевых действий и членов семей погибших (умерших) ветеранов боевых действий успешно развивались и достойно стали «вторым домом» для лечения и реабилитации ветеранов боевых действий. В связи с переходом на финансирование из системы ОМС такие отделения в госпиталях стали упраздняться, так как требования по штатным нормативам в системе ОМС не позволяли иметь такую структуру в госпиталях.

Но в связи с конфликтом на Украине в России вышел ряд нормативно-правовых актов, в том числе дополненный и изменённый Федеральный закон «О ветеранах», вступил в силу приказ Минздрава России № 668н от 14.10.2022 «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения», где в приложениях № 13-15 развёрнуты правила и порядок проведения медико-психологического консультирования, включая амбулаторный этап.

Начиная с 2022 г. в России реализуется Федеральный проект «Оптимальная для восстановления здоровья медицинская реабилитация». И не случайно в октябре 2022 г. Президентом РФ В.Путинным было проведено заседание Комиссии при Президенте

госпитали вошли в данный проект на 2024-2025 гг. Это позволило вновь организовывать при госпиталях центры, отделения, кабинеты медико-психологической реабилитации. В субъектах открыты президентские фонды «Защитники Отечества», с которыми госпитали ветеранов войн работают в тесном контакте – поддерживают преемственность и передают сведения об участниках СВО в госпитали для своевременного проведения медико-психологической реабилитации, диспансеризации и в целом оказания медицинской помощи.

Руководители госпиталей ветеранов войн России понимают важность государственной политики по отношению к здоровью и вопросам оказания медицинской и психологической помощи участникам СВО, членам семей погибших (умерших) участников СВО и всегда готовы прийти им на помощь.

Жить долго и без болезней

В своих выступлениях на секции специалисты госпиталя рассказали о деятельности в гериатрическом направлении. Это разработка и внедрение аналогово-цифровых технологий медико-социальной реабилитации в гериатрической стоматологии; особенности анестезии у пожилых пациентов при переломах проксимального отдела бедренной кости; опыт неврологического лечения пациентов пожилого и старческого возраста; «замкнутый цикл» оказания гериатрической помощи пациентам старшей возрастной группы; вопросы профилактики падений, повторных переломов у пациентов «серебряного» возраста.

Елена Тихомирова, председатель правления Санкт-Петербургской общественной организации «Жители блокадного Ленинграда», ещё в самом начале форума отметила, что в стране уделяется много внимания детским болезням, но не на должном уровне развита наука гериатрия и её применение в госпиталях.

Гериатр, по её убеждению, это человек, который должен знать пациента «от головы до пят». Необходимо поднимать гериатрию как можно выше, потому что город стареет, да и население всего мира тоже. Е.Тихомирова призвала как можно чаще не только уделять внимание лечению людей старшего возраста, но и привлекать пенсионеров в регионах к решению различных задач. Они должны чувствовать себя нужными, востребованными. И тогда их жизнь будет полноценной и здоровой.

Анна ШАРАФАНОВИЧ.

Санкт-Петербург.

Исследования

Алгоритм точности диагностики рака

Он поможет при принятии клинических решений

Недавнее исследование, проведённое учёными из Стэнфордского медицинского университета, показало, что компьютерные алгоритмы, основанные на искусственном интеллекте (ИИ) и глубоком обучении, могут помочь практикующим врачам более точно диагностировать рак кожи.

«Это наглядная демонстрация того, как искусственный интеллект может использоваться врачом для улучшения диагностики и лечения пациента», – говорит профессор дерматологии и эпидемиологии Элени Линос, возглавляющий Стэнфордский центр цифрового здравоохранения, созданный для решения некоторых наиболее актуальных исследовательских вопросов на стыке технологии и здравоохранения, содействуя сотрудничеству между инженерными науками, информатикой, медициной и гуманитарными науками.

Алгоритмы ИИ всё чаще используются в клинических условиях, в том числе в дерматологии. Они создаются путём ввода в компьютер сотен тысяч или даже миллионов изображений кожных заболеваний, помеченных такой информацией, как диагноз и результаты лечения пациента. «Предыдущие исследования были сосредоточены на том, как ИИ работает по сравнению с врачами, – рассказывает один из авторов исследования Джи Ен Ким. – В нашем исследовании результаты врачей, работающих без помощи ИИ, сравнивались с данными коллегам, использующих ИИ при диагностике рака кожи». Благодаря процессу, называемому глубоким обучением, компьютер в конечном итоге учится распознавать характерные закономерности на изображениях, коррелирующие с конкретными кожными заболеваниями, включая рак. После обучения алгоритм, написанный компьютером, может быть использован для постановки возможных диагнозов на основе изображения кожи пациента. За диагностическими алгоритмами наблюдают клиницисты, которые также оценивают состояние

пациента, приходят к собственным выводам о диагнозе пациента и решают, принимать ли рекомендации алгоритма.

Команда Ким и Линос проанализировала 12 исследований, где подробно описывалось более 67 тыс. возможных случаев рака кожи, проведённых различными практикующими врачами с помощью ИИ и без него. Они обнаружили, что в целом врачи, работающие без помощи искусственного интеллекта, смогли точно диагностировать рак кожи примерно у 75% пациентов – статистический показатель, известный как чувствительность.



И наоборот, работники правильно диагностировали около 81,5% людей с кожными заболеваниями, похожими на рак, но у которых не было рака – сопутствующий показатель, известный как специфичность.

Врачи, которые использовали ИИ для постановки диагнозов, показали более точные результаты. Их диагнозы были на 81,1% точнее и на 86,1% конкретнее. Улучшение может показаться незначительным, но различия имеют решающее значение для людей, которым говорят, что у них нет рака, но они больны, или для тех, у кого рак есть, но им говорят, что они здоровы.

Когда исследователи разделили практикующих врачей по специальностям или уровню подготовки, они увидели, что студенты-медики, практикующие медсёстры и врачи первичного звена получили наибольшую пользу от руководства с помощью ИИ – в среднем они повысили чувствительность примерно на 13 процентных пунктов, а специфичность – на 11. Дерматологи в целом показали неплохие

результаты, но чувствительность и специфичность их диагнозов также улучшились с помощью ИИ.

«Я была удивлена, увидев, что с помощью ИИ точность измерений улучшается у всех, независимо от уровня их подготовки», – отмечает Линос. Эта информация вселяет в учёных большой оптимизм в отношении использования ИИ в клинической практике.

Исследователи из Стэнфордского центра цифрового здравоохранения заинтересованы в том, чтобы узнать больше о перспективах и препятствиях на пути интеграции инструментов, основанных на ИИ, в здравоохранение. В частности, они планируют изучить, как восприятие и отношение врачей и пациентов к ИИ повлияет на его внедрение.

Предыдущие исследования показали, что степень уверенности клинициста в своём собственном клиническом решении, степень уверенности ИИ и то, согласны ли клиницист и ИИ с диагнозом, влияют на то, учитывает ли клиницист рекомендации алгоритма при принятии клинических решений для пациента.

Дерматология и радиология, которые в значительной степени полагаются на изображения, являются перспективными для компьютеров, которые могут выявлять уровни детализации, превышающие те, что может разумно обработать человеческий глаз (или мозг). Но Линос и Ким считают, что даже другие специальности, в большей степени основанные на симптомах, или прогнозирующее моделирование, скорее всего, выиграют от вмешательства ИИ. И от этого выиграют не только пациенты.

«Если эта технология может одновременно повысить точность диагностики и сэкономить время врача, это действительно беспроигрышный вариант. Помимо помощи пациенту, она может помочь снизить эмоциональное выгорание врачей и улучшить межличностные отношения между врачами и их пациентами», – уверена Линос.

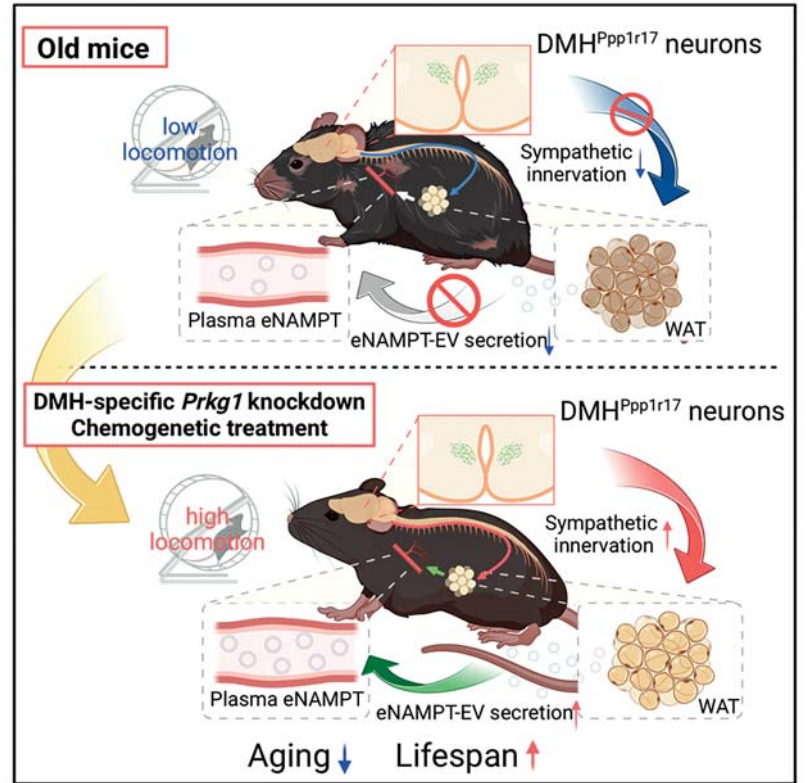
Марина КЫН.

По материалам Digital Medicine.

Выводы

Обворожительные формы под влиянием надежды

Репрограммирование рибосом может продлить жизнь на земле



Вверху старая мышь, над которой видна щель, в стенках которой «сидят» нейроны (зелёные) дорзо-медиального отдела гипоталамуса (DMH), не посылающие через спинной мозг сигналы к клеткам белого жира (White Adipose Tissue), что ограничивает подвижность; внизу мышь, которая восстановила её

Университет Вашингтона в Сент-Луисе представил данные, согласно которым регулирующие обмен нейроны замедляют старение.

Важную роль при этом играют нервные клетки, синтезирующие фермент, фосфорилирующий белки (Prp), то есть переносящий энергоёмкие фосфатные группы, тем самым регулируя активность протеинов. Интересно, что с возрастом Prp мигрирует из ядра в цитоплазму, в результате чего нейроны перестают посылать сигналы продления жизни (longevity). Релокацию Prp в свою очередь контролирует другой энзим, выключение гена которого делало мышей в возрасте 25 месяцев здоровыми и молодыми с лоснящейся и густой шерсткой (мышиный возраст 30 месяцев приравнивается к 70 годам людей). Такого рода информацию вынуждены держать в голове специалисты, занимающиеся стволовыми клетками и репрограммированием клеток взрослого организма, в частности фибробластов кожи, которые синтезируют коллагеновые волокна. Можно напомнить, что за культуры тканей французскому А.Каррелло ещё в 1912 г. присудили Нобелевскую премию, в его лаборатории работал наш врач А.Максимов, который предложил идею стволовых клеток крови в костном мозге. Ровно через век Нобелевскую награду вручили японцу С.Яманакэ, определившему, что для получения стволовых клеток, близким по своим свойствам к эмбриональным, достаточно всего лишь четырёх генов.

Сегодня старые «новые» клетки интенсивно изучаются с целью понять самые ранние этапы клеточного развития, их самообновления и дифференцировки. На новом технологическом уровне исследуются также геномные сети, которые, как надеются

учёные, помогут со временем нацелено репрограммировать клетки, исправляя их нарушения. Так для слежения за клеточной «судьбой» в Массачусетском технологическом институте предположили «метить» гены, вернее их белковые продукты флюоресцентными красителями, что позволило выявить маркёры на поверхности мембран. Авторы полагают, что с помощью такого подхода удастся создать синтетические сети генов для более уверенного воздействия на клетки, репрограммируя их в нужном направлении.

Сегодня наука развивается так быстро, что её достижения сохраняются в «короткой» памяти. Речь идёт, например, о работах В.Рамакришнаны, получившем Нобелевскую премию по химии в 2009 г. за выяснение структуры рибосом, на которых идёт синтез протеинов. В этом году англо-американский учёный из Кембриджа представил миру книгу о старении, озаглавленную «Почему мы умираем». В ней он изложил своё видение проблемы старения, обращая внимание читателей и коллег на то, что технологии антистарения стимулировали развитие большого бизнеса. Естественно, что причину клеточного старения и будущего бессмертия лауреат видит в нарушении работы рибосом, репрограммирование которых сулит существенное продление жизни людей и животных (возможно и растений). Он обращает внимание на то, что нарушение синтеза протеинов так или иначе затрагивает все аспекты клеточной жизни и её процессов, порождая старение, беспокоящее буквально всех...

Игорь ЛАЛЯЯНЦ, кандидат биологических наук.

По материалам Physorg, Cell, Cell Metabolism, Science Advances, Scientist.

Статьи

Ген жировой болезни печени

Новое исследование, проведённое Абердинским университетом (Шотландия), может привести к разработке лекарств от неизлечимых болезней, от которых страдает каждый четвёртый человек в мире.

Работа проведена международной группой учёных во главе с профессором Лорой Хейслер из Института Роузета Университета Абердина и доктором Фионой Мюррей из Университетского института медицинских наук.

Учёные изучили гены более 400 тыс. человек из британского биобанка и обнаружили, что варианты в определённом гене под названием GPR75 связаны с худобой и более низкой вероятностью

развития состояния, называемого стеатозом печени, являющееся одним из видов жировой болезни печени. Исследование также показало, что удаление GPR75 предотвращало накопление жира в печени у мышей после их перехода на западную диету.

Примерно 1 из 4 человек во всём мире страдает неалкогольной жировой болезнью печени, однако в настоящее время нет лекарств, специально предназначенных для лечения этого заболевания. «Запущенная неалкогольная жировая болезнь печени может привести к циррозу, единственным средством лечения которого является пересадка печени. Это исследование выявило потенциальную лекарственную мишень для лечения

неалкогольной жировой болезни печени», – рассказывает профессор Хейслер.

GPR75 – это рецептор, связанный с G-белком. Более 30% лекарственных препаратов воздействуют на рецепторы, связанные с G-белком, что свидетельствует о том, что GPR75 может стать новой лекарственной мишенью.

«В дальнейшем мы планируем использовать наше открытие и исследовать, как мы можем заблокировать действие GPR75 в организме, чтобы использовать наши результаты в клинической практике», – говорит Мюррей.

Кира МАРИНИНА.

По материалам Cell Metabolism.

Продажи одного из новых препаратов от бокового амиотрофического склероза (БАС) принесли его производителю 400 млн долл. Но препарат оказался неэффективным. На лекарстве от рака крови фармкомпания заработала почти 850 млн долл., прежде чем оно было отозвано, — оказалось, что этот препарат приводил к смерти пациентов. Эти лекарственные средства были разрешены к продаже на американском рынке из-за стремления Управления по контролю за продуктами и лекарствами США быстро предоставлять пациентам новые лекарства — иногда даже до завершения их тестирования.

Авторы недавно завершённого американского исследования утверждают, что лишь не более половины препаратов от рака, получивших ускоренное одобрение Управления по контролю качества пищевых продуктов и лекарственных средств США (FDA), оказались эффективными.

Ускоренное разрешение

В исследовании, результаты которого были представлены на ежегодном собрании Американской ассоциации исследований рака, были рассмотрены 129 препаратов, получивших ускоренное разрешение в период с 2013 по 2023 г. Лишь 43% доказали повышение выживаемости или качества жизни. Исследователи обнаружили, что из этих лекарств две трети получили в итоге регулярное одобрение, 10 препаратов были отозваны с рынка, но только 43% продемонстрировали, что они повышают общую выживаемость или улучшают качество жизни. 30 из 48 препаратов (63%) получили со временем другие назначения, например, как более раннюю линию терапии. Кроме того, исследователи отметили, что препараты с ускоренным одобрением быстрее уходят с рынка: в среднем через 3,6 года в период с 2013 по 2023 г.

Программа ускоренного утверждения лекарственных средств была разработана в 1992 г., в основном в ответ на эпидемию ВИЧ/СПИДа в 1980-х годах, после того как сторонники программы призвали FDA ускорить доступ к инновационным продуктам, которые обещают помочь при серьёзных, неизлечимых заболеваниях. Но с годами это превратилось в процесс утверждения, который, по словам критиков, вносит путаницу и может подвергать людей риску.

Благодаря этой ускоренной процедуре фармацевтические компании получают прибыль. С 2014 г. они заработали по меньшей мере 3,6 млрд долл. на глобальных продажах лекарств, которые в большинстве случаев либо позже оказались неэффективными, либо были отозваны с рынка.

«Мы получаем лекарства всё быстрее, знаем о них всё меньше, а платим всё больше», — говорит профессор Йельского университета Грегг Гонсалвес, бывший активист по борьбе со СПИДом, который в 1990-х годах призвал FDA действовать быстрее, но при этом более жёстко.

По его словам, группы пациентов, которые сейчас настаивают на скорейшем получении разрешений, извлекли неправильные уроки из кризиса, связанного с ВИЧ. «Идея не в том, чтобы иметь больше лекарств. Важно, чтобы лекарства были эффективными», — напоминает Гонсалвес.

Существует несколько способов, с помощью которых фармацевтическая компания может ускорить предоставление лечения пациентам: это «приоритетная проверка», затем «ускоренная процедура», «ускоренное одобрение» и «прорывная терапия». Компании также могут использовать ваучеры для обеспечения более быстрой проверки лекарств, которые не соответствуют обычным требованиям. Анализ данных, проведённый агентством Bloomberg,

свой препарат с рынка — после того, как его продажи принесли компании 400 млн долларов.

Десятилетия назад эксперты FDA работали не очень гибко, и лекарства иногда не выпускались годами, поскольку агентство требовало больше данных. «Сейчас они зашли так далеко в противоположном направлении, что иногда одобряют то, чему буквально нет доказательств, кроме принятия желаемого за действительное», — говорит

исследования препарата из-за серьёзных побочных эффектов и смерти пациентов в ходе испытаний. Управление по санитарному надзору за качеством пищевых продуктов и медикаментов опубликовало предупреждения о безопасности, однако в последующие годы агентство продолжало выдавать ускоренные разрешения на ряд аналогичных препаратов.

Одним из таких лекарств был препарат от рака крови Ukoniq

лось ещё четыре года, чтобы убрать его с рынка. Компания Makena за 12 лет своего существования на рынке заработала на продажах более 1,6 млрд долл.

Проблемные препараты

FDA пытается усилить свои позиции, чтобы убрать с рынка проблемные препараты. В феврале агентство впервые применило новую процедуру «ускоренной

Рынок и лекарства

Когда спешка неуместна...

Фармкомпании всё чаще используют ускоренные процедуры одобрения и предоставляют пациентам неэффективные препараты



показал, что большинство новых лекарственных средств в США одобрены одним или несколькими из этих ускоренных способов. В прошлом году две трети всех новых лекарств поступили на рынок таким образом. В некоторых случаях эти способы могут помочь пациентам получать медицинские препараты на годы быстрее, чем при традиционном одобрении. Они позволяют проводить меньше исследований лекарств до их утверждения, более оперативный анализ проведённых исследований или, в некоторых случаях, давать более широкий доступ к высшим должностным лицам FDA.

Ускоренное одобрение лекарств также оказывает влияние на инвесторов. Акции взлетают, когда компания объявляет, что один из её препаратов прошёл процедуру ускоренного одобрения. Позже, когда появляются признаки того, что лекарство не работает, акции обычно падают.

Препарат Амулух Pharmaceuticals Inc. от БАС является одним из таких примеров. В 2022 г., когда компания добивалась одобрения, было завершено только одно небольшое испытание, которое, по словам критиков, не показало явной пользы. Один из руководителей пообещал отказаться от препарата, если исследования в конечном итоге подтвердят, что лечение на самом деле неэффективно. Акции компании выросли более чем на 50% после того, как консультанты FDA проголосовали за одобрение. После выхода на рынок «приоритетного» одобрения лечения данным препаратом стоимость терапии составила 158 тыс. долл. в год.

Спустя почти полтора года после того, как препарат появился на рынке, масштабное исследование подтвердило то, что уже подозревали скептики: он ничем не лучше плацебо. Акции компании упали более чем на 80%. Теперь Амулух выводит

Диана Цукерман, президент некоммерческого Национального центра исследований в области здравоохранения.

Теоретически программы ускоренного одобрения предназначены для наиболее перспективных и важных лекарств. На практике фармацевтическая промышленность нашла способы расширить использование этих препаратов, выйдя за рамки относительно узких областей применения, для которых они изначально предназначались. Это может быть связано с давлением на FDA со стороны пациентов и их близких, которые часто объединяют усилия через некоммерческие организации, что делает быстрое одобрение лекарств частью их миссии. Ассоциация по борьбе с БАС, например, заявила в своём ежегодном отчёте, что она «провела кампанию, призванную побудить FDA действовать безотлагательно и гибко», чтобы обеспечить пациентам препаратом компании Амулух. После того как препарат потерпел неудачу в более масштабном исследовании, ассоциация опубликовала заявление, в котором выразила разочарование и отметила, что они поддержали раннее одобрение, поскольку препарат казался безопасным, а пациенты «были готовы рискнуть, если он окажется неэффективным».

Одобрить или нет?

Одна из проблем, связанных с тем, что FDA быстро выводит лекарственное средство на рынок, заключается в том, что это может открыть путь и для получения одобрения аналогичных препаратов. Именно это произошло с группой препаратов от рака крови. Препарат Zydelig компании Gilead Sciences Inc. был одобрен в 2014 г. благодаря ускоренному применению для лечения двух типов лимфом. Но в течение двух лет компания приостановила многочисленные

от компании Therapeutics Inc. В феврале 2021 года она получила ускоренное одобрение для лечения двух типов лимфомы на основе небольших исследований, в которых не оценивалось, увеличивается ли продолжительность жизни пациентов. Акции компании после быстрого одобрения подскочили на 12%. Но менее чем через год более масштабное исследование препарата выявило потенциальный повышенный риск смерти по сравнению с пациентами, получившими стандартное лечение.

Компания, по настоянию FDA, сняла препарат с продажи в апреле 2022 года и прекратила процедуру одобрения для лечения других видов рака. FDA, отвечая на вопросы о Ukoniq, заявило, что агентство потребовало дальнейшего изучения препарата, чтобы убедиться, что он эффективен.

В том же году компания Gilead объявила, что добровольно откажется от двух применений препарата Zydelig для лечения лимфомы в США, примерно через шесть лет после того, как компания прекратила испытания из-за смерти пациентов. Представитель Gilead заявил, что отзыв препарата был вызван не соображениями безопасности, а скорее трудностями с регистрацией людей для участия в дополнительных исследованиях, требуемых FDA. Препарат по-прежнему продаётся для применения, для которого он был первоначально одобрен, — для лечения хронического лимфолейкоза.

Согласно исследованию JAMA Internal Medicine, компания Gilead заработала на мировых продажах препарата 842 млн долларов, прежде чем отозвала его для некоторых видов применения в США, где он принёс почти половину этих доходов.

«За шесть лет до отзыва препарата уже были серьёзные опасения по поводу токсических эффектов и минимума доказательств эффективности» в новых исследованиях, — сообщает Титас Банерджи, доцент клинической практики Университета здравоохранения и науки штата Орегон.

Одна из проблем заключается в том, что иногда производители лекарств сопротивляются изъятию препарата с рынка даже после того, как становится очевидно, что он не работает. Препарат Makena, снижающий риск преждевременных родов, получил ускоренное одобрение в 2011 году. Восемь лет спустя масштабное судебное разбирательство показало, что препарат неэффективен. FDA потребова-

отмены», чтобы аннулировать одобрение препарата от рака костного мозга Peraxto от компании Oncoreptides после того, как агентство пришло к выводу, что новое исследование не подтвердило эффективность препарата и фактически продемонстрировало, что пациенты, принимавшие его, умерли раньше. Акции Oncoreptides, которые достигли двухлетнего максимума на торгах вскоре после ускоренного одобрения в феврале 2021 года, с тех пор потеряли более 95% своей стоимости.

Бюджет FDA всё чаще наполняется поступлениями от фармацевтической промышленности на оплату услуг, связанных с обзорами лекарств. В прошлом году на такие выплаты пришлось почти половина бюджета агентства, составляющего почти 7 млрд долл., по сравнению с примерно четвертью бюджета в 2010 г.

Согласно анализу данных, собранного Boston Consulting Group, в последние годы агентство одобряет всё большее число лекарств, причём в прошлом году число одобренных новых терапевтических препаратов достигло беспрецедентного уровня. Компания также может использовать более одного ускоренного способа производства одного и того же препарата в надежде намного быстрее выйти на рынок.

В 2016 г. был одобрен препарат компании Eli Lilly от рака Lartruvo, который прошёл все четыре ускоренных пути одобрения. Ускоренное одобрение было основано на результатах одного исследования с участием 133 пациентов, которое показало многообещающие результаты по выживаемости при саркоме, хотя влияние препарата на замедление роста раковых клеток оставалось неясным.

Чуть более двух лет спустя более масштабное исследование показало, что препарат не оказывает никакого влияния на выживаемость пациентов, и Eli Lilly отозвала его с рынка. Представитель компании заявил, что она стремится быстро провести исследования, необходимые для подтверждения эффективности своего препарата, и что программа ускоренного утверждения является «эффективным механизмом» для быстрого доступа к перспективным методам лечения. За короткое время, пока препарат Lilly был доступен, его продажи превысили 500 млн долл.

Кира МАРИНИНА.
По материалам JAMA.

Былое

«Не щекотите пятки генералам»

В этом году исполняется 120 лет со дня рождения невролога Августины Подгорной



Яковлевна с её скрупулёзностью и дотошностью пришла к заключению, что у пациента не менингоэнцефалит, а абсцесс правой височной доли, необходимо оперативное вмешательство. На общем разборе директор Института нейрохирург Александр Иванович Арутюнов с диагнозом А.Подгорной не согласился и категорически отверг операцию. Августина Яковлевна – на свой страх и риск – задерживала выписку больного и ждала момента переубедить Александра Ивановича. И вот ей повезло – Александр Иванович позвал её на совместную консультацию сложного больного в правительственной больнице. Александр Иванович остался доволен диагнозом А.Подгорной. На обратном пути в машине, видя хорошее настроение директора, Августина Яковлевна, которая работала в институте с ним ещё до войны, решила просить его согласиться на операцию. «Там абсцесс, надо оперировать». «Ну, смотрите, если гнояника не окажется». Августина Яковлевна ошиблась исключительно редко и на сей раз не подвела взрывного Александра Ивановича – её диагностическое суждение оказалось соответствующим находке на операции в точно указанном месте.

Августина Яковлевна прошла неврологическую школу у заме-

чательных учителей: сначала – Лазарь Минор, затем уже в Институте нейрохирургии – Василий Крамер, Михаил Рапопорт, Юлий Коновалов. Проработав много лет в лаборатории Л.И.Смирнова, она являлась также великолепным нейроморфологом. Кроме того, была хорошо знакома с электроэнцефалографией. Благодаря такому сочетанию знаний её научные исследования выделялись своей комплексностью и основательностью.

Вместе с Юлием Коноваловым она выполнила пионерскую работу по опухолям мозолистого тела. Ей принадлежит изучение отёка головного мозга при глиомах. Она много трудилась вместе с Александром Лурией по изучению расстройств памяти при артериальных аневризмах передней соединительной артерии.

Но, бесспорно, главный вклад в нейрохирургию и неврологию связан с изучением эпилептического синдрома в позднем и резидуальном периодах травматической болезни головного мозга. Блестяще защитив на эту тему докторскую диссертацию, она написала обширные эпилептологические главы для многотомного руководства по неврологии.

А как она руководила своими аспирантами, вкладывая в них знания и обучая неврологическому мышлению в нейрохирургии. Она давала им такие неизбывные темы кандидатских диссертаций, на которые мог рискнуть только невролог высочайшего класса. Например, своей любимице Эльмире Геворкян она предложила заняться изучением опухолей, растущих в охватывающую цистерну. Я, которому Ю.В.Коновалов дал тему «Опухоли прозрачной перегородки головного мозга», испугался за свою подругу Эльмиру. Но под руководством Августины Яковлевны получилась уникальная диссертация.

Вся её жизнь заключалась в работе. Она была одинока. Её муж – талантливый невролог Института нейрохирургии Сергей Волков ушёл в 1941 г. на фронт и погиб в первые дни войны. Но, может быть, не меньшую драму Августина Яковлевна пережила в начале 50-

годов, когда усилились гонения на интеллигенцию, особенно еврейскую.

В конце 1951 г. явно по указанию свыше ведущего невролога института, члена КПСС, участницу Великой Отечественной войны, старшего научного сотрудника 47-летней А.Подгорную переводят в младшие научные сотрудники. Спустя месяц, в начале 1952 г. аттестационная комиссия признаёт её не соответствующей должности и рекомендует к «выдвижению на периферию с отчислением из института». Директор института Борис Егоров пишет своё мнение: «Считаю, что Подгорной как одному из старейших работников института надо дать возможность закончить докторскую диссертацию в стенах института. Подгорная потеряла мужа С.Н.Волкова, убит фашистами на фронте...» И отставив Августину Яковлевну.

Но 25 февраля 1953 г. в разгар «Дела врачей» издаётся приказ № 120 по Академии медицинских наук... §4. Отчислить от занимаемой должности младшего научного сотрудника 4-го отделения травмы Института нейрохирургии им. Н.Н.Бурденко АМН СССР кандидата медицинских наук Подгорную А.Я. по п. «а», ст. 47 КЗОТ.

После смерти Сталина «Дело врачей» лопнуло, как мыльный пузырь. Следующая бумага в личном деле А.Подгорной – «Выписка из приказа № 175 от 7 мая 1953 г. по Институту нейрохирургии им. Н.Н.Бурденко АМН СССР... Ввиду длительной болезни мнс А.Я.Подгорной – с 27 февраля по 3 мая с.г. указанный приказ (об увольнении А.Я.Подгорной. – Л.Л.) своевременно не выполнен. 4 мая с.г. после болезни мн Подгорную А.Я. считать приступившей к работе по сверхштатной должности младшего научного сотрудника...»

Болезни преследовали Августину Яковлевну. В начале и в конце тридцатых годов она тяжело и длительно болела туберкулёзом почек. А в 60-е годы её настиг женский рак. Операции, облучение, химиотерапия. И тем не менее Августина Яковлевна устояла.

Как она переживала увольнение из института в связи с пенсион-

ным возрастом! Без дела быть не могла. Много читала. Стала лучшим пропагандистом райкома партии. Вместе с профессором Фёдором Сербиненко я навещал её в ухоженной двухкомнатной квартире в 4-м Сыромятинском переулке вблизи Курского вокзала. Августина Яковлевна радовалась редким гостям, угощала и рассказывала столько интересного о прошлом. Но приглашение – побывать в институте – не принимала: сказывалась обида. Так за 18 лет пенсионной жизни она ни разу не переступила порог своей alma mater. Характер.

И всё же она оказалась в институте – при печальных обстоятельствах. Сестра Августины Яковлевны Розалия Яковлевна и племянница Елена Николаевна весной 1988 г. позвонили Фёдору Андреевичу. Августина Яковлевна не открывала дверь, её взломали и обнаружили парализованную хозяйку на полу. Сербиненко перезвонил мне и попросил привезти её в реанимацию Института нейрохирургии. Я выполнил эту миссию.

Августина Яковлевна меня узнала. Неврологический осмотр выявил глубокий левосторонний гемипарез и мутизм. На её лице я прочёл просьбу, она показала правой рукой – какую. Я дал ей лист бумаги и ручку. Она написала: «Правая лобная доля, ишемия». Я был потрясён последним точным её диагнозом, который подтвердила компьютерная томография.

Несмотря на все наши старания, через несколько дней Августины Яковлевны не стало.

Сегодня в музее Института нейрохирургии можно увидеть портреты красивой семьи выдающихся неврологов – Августины Подгорной и Сергея Волкова. Рядом висит прелестный «Южнобережный пейзаж» Сергея Николаевича, созданный, когда он навещал в Крыму лечащуюся там Августину Яковлевну. Так их воссоединила судьба.

Леонид ЛИХТЕРМАН,
профессор,
заслуженный деятель науки РФ,
лауреат Государственной премии РФ.

Грани

В преддверии Дня Победы мы вспоминаем невероятные истории людей, которые день за днём приближали освобождение мира от фашизма. «Сестричка, милая, помоги!» – сколько раз слышали эту фразу молодые медицинские сёстры на фронте. Сколько раненых вынесли на себе под шквальным огнём, сколько спасли жизнью... Наравне с солдатами кидались в бой, ходили в атаки, получали тяжёлые ранения и погибли за Родину. Сегодня своими воспоминаниями делится 96-летняя участница Великой Отечественной войны Галина Шилтова.

Я часто вспоминаю то время, – начала она свой рассказ. – Родилась я в 1927 г. в Ростове-на-Дону. Только окончила 7-й класс, как напал германец на нашу Родину. Вы не представляете, как хорошо мы тогда жили, какой был подъём, патриотизм. И вдруг война! Тогда была очень популярна песня: «когда нас в бой пошлёт товарищ Сталин и первый маршал в бой нас поведёт». Молодёжь, и не только молодёжь, рвались в военкоматы, требуя послать на фронт, а мне в военкомате из-за возраста отказали, и я поехала в Бокситогорск под Ленинградом

Я часто вспоминаю ушедшее...

в эвакуацию в госпиталь 3412 помогать ухаживать за ранеными бойцами. Трудилась бесплатно, так как из-за малолетства оформить меня не могли, пришлось слухавить, приписать себе лишний год, тогда взяли. Я стала медсестрой. Госпиталь был в прифронтовой полосе. Приходилось выносить с поля боя раненых, убитых. Под обстрелами, бомбёжками, прикрывая их собой. Ох, и натерпелась я тогда, наплакалась. А со всех сторон стоны, крики умирающих: «сестричка, помоги!»... Вокруг убитые, искалеченные, без рук, без ног, с выпадающими внутренностями. Я старалась дотачить их до места сбора. Однажды ташу молодого парнишку. Ему миной разворотило весь живот. Чувствую, что не доташу его живым. Паренёк был безнадёжным, но я всё равно хотела вынести его из-под огня. А вокруг всё простреливалось и взрывалось, приходилось закрывать его собой, чтобы в открытую рану не попадала земля. То, что произошло, позднее описал в своём стихотворении ныне забытый поэт-фронтовик Игорь Кобзев:



Попал под пули взвод
У жаркой переправы,
И, раненный в живот,
Упал солдат на травы.

– Воды! Глоток воды! –
Над ним сестра склонилась.

А солнце с высоты
Осколком вниз катилось.

Знал молодой боец:
Другой зари не будет,
Рассветных туч багрец
Его уж не разбудит!

А он цветов не рвал
И не был в дальних странах,
Вовек не целовал
Девичих губ румяных!..

– Сестричка! Не бинтуй!
Пришёл конец мне, видно!
Ты лучше поцелуй,
Чтоб не было обидно!

– Сейчас, солдат! Сейчас!
Терпи! – она шептала
И в жизни первый раз
Мальчишку целовала.

Тот первый поцелуй
Был не в тени беседки –
Во вражеском тылу,
Под пулями, в разведке.

Тот первый поцелуй
Высоких слов достоин,
Ведь – что тут ни толкуй –
Он целой жизни стоит!

После снятия блокады, наш
эвакогоспиталь перевели в город,

где я и трудилась, за что получила медаль «За оборону Ленинграда». Голодно было. В госпитале сложился хороший коллектив. Помню хирурга Китайна Николая Александровича. Он многим спас жизнь. К сожалению, его уже нет с нами. Сутками не отходил он от операционного стола.

А потом война закончилась. Какое это было счастье. В день Победы я была в Москве. Все поздравляли друг друга, целовались, военных носили на руках.

После войны я поступила в Краснодарский медицинский институт. Окончила его и стала кардиологом. Меня распределили в Заполярье в город Апатиты. Заведовала кардиологическим отделением.

В 1968 г. переехала в Москву. Теперь на пенсии. Читаю книги, смотрю телевизор. У меня любимые дети: сын Георгий инженер, дочь Лидия – офтальмолог. Есть внуки и правнуки. С большой надеждой я смотрю в будущее. Стране сейчас трудно. Но мы победим.

Подготовил
Николай ЛЕОНТЬЕВ.

На литературный конкурс

Идут бессмертные полки...

Наверное, никакая другая инициатива сверху не встречала такой полной и безоговорочной поддержки масс, как «Бессмертный полк». Вошла в сердца сразу и навсегда, стала ежегодной традицией с первого же майского шествия. Слишком глубоки оказались раны Великой Отечественной, слишком демографически громадной оказалась цена Победы, чтобы это могло забыться, даже спустя многие десятилетия. Мало найдётся в стране семей, которые так или иначе не затронула бы эта война. Мне уже доводилось на страницах газеты рассказывать о родственниках – её участниках, среди которых был и дядя Лёня Масалитин. Напомню его историю.

Среди станичной родни выделялся он какой-то застенчивостью, не свойственной «в норме» людям его возраста. Был крайне немногословен, в праздничных застольях вёл себя очень сдержанно, тихо и неприметно. Но его лицо... В любое время суток хранило печать едва заметной улыбки, мне по-детски казалось – символа какого-то запретного знания, глубокой непостижимой тайны. Загадочная улыбка Джоконды в строгом мужском исполнении. Таким и сейчас предстаёт он перед мысленным взором.

Из фактов его биографии зналось немного – в войну дядя Лёня был танкистом. Собственно, всё.

Много позже узналось, что дядя Лёня – полный кавалер орденов Славы. Всех трёх степеней, что по статусу приравнено к званию Героя Советского Союза. И когда-то чисто случайно обратила на себя внимание его левая изуродованная кисть (так умело он её прятал). Еле гнулась, почти как деревяшка.

Однажды набрался смелости поинтересоваться. Дядя Лёня, почему у вас рука такая, будто корова её когда-то пожевала?

– А-а, это... Немец меня укусил. Ну, я и застрелил его из пистолета. Пришлось.

Так он ответил. Без деталей, без красок, в чёрно-белом варианте. И тут же перевёл разговор на другую тему...

В кинозопее 70-х годов прошлого века «Освобождение», в частности, есть новелла о танковой битве под Прохоровкой на Курской дуге. Тогда, как известно, лоб в лоб во встречном бою на небольшом пространстве сошлись более тысячи машин. Были подбиты сотни с обеих сторон. Впечатляющая сцена из ленты: горят рядом «Тигр» и «Тридцатьчетвёрка», выбираются из них уцелевшие экипажи, сходятся в рукопашной. Катаются, сцепившись, по земле в тлеющих комбинезонах, бьют и душат друг друга в лютном неистовстве...

Когда в юности смотрел фильм, подумал – художественное допущение. Оказалось, что нет, не вымысел.

Не знаю точно, к огромному сожалению: где и когда дядя Лёня начал воевать, где и когда – закончил. Не знаю, и нет желания сочинять, на какой боевой машине был он механиком-водителем (а кем же ещё быть трактористу). Не



знаю, и нет желания выдумывать – участвовал ли он в знаменитом на весь мир адском танковом сражении. И не там ли пришлось ему схватиться в рукопашной со своим врагом...

Однако воображение живо рисует, как фашист вцепился дяде Лёне зубами в ребро ладони. До слышимого сквозь грохот битвы хруста разгрызаемых тонких пястных костей. Дёргать в попытке освободиться – себе дороже. Так же, как и бить в озверении драки свободной рукой по ненавистной морде. И без разницы – кто сверху, кто снизу...

Одно перед боем знает каждый солдат. Что скверный случай, когда на передёргивание затвора не будет времени, а быть может, и сил, обязательно надо брать в расчёт. Опыт и логика войн диктуют, что патрон, в обход инструкций безопасности, перед боем стоит загодя загнать в патронник. Чтобы в критический момент достало одной руки – выхватить пистолет, мгновенно сдвинуть большим пальцем предохранитель и выстрелить самовзводом. Успеть желательнее первым.

Потом... Рука выдирается из ослабших звериную хватку челюстей, в крови и слюне – вперемишку, в чужой и своей. Потом... Судороги агонизирующего врага, мертвеющее лицо... Вскочивши на ноги, не сразу понимаешь всей глубины полученной психической раны. И не до физической боли в изуродованной кисти. Потом... Остыв от жестокой горячки боя, возвращаешься в обыденную реальность. В которой поют птицы, благоухает разнотравье, струится летний ветерок. Для тебя, но не для убитого тобой, глаза в глаза, человека. С которым ты едва не поменялся ролями. Возвращаешься в мир, чтобы навсегда остаться один на один с альбомом страшных картинок в мозгу. И «деревянной» изжванной ладонью – каждодневным напоминанием, что всё это не прирезилось в кошмарном сне (пожизненном – который психиатры называют посттравматическим стрессовым расстройством). И никаким гештальтом времени этого уже не закрыть...

Сказано (и до сих пор говорится, и будет говориться) много пронзительных слов о самой страшной в истории Отечества войне. И в песнях, и в кино, и в театре. И в книгах, в стихах и в прозе. Что-то чаще попадает в поле нашего внимания, что-то реже. Что-то широко растиражировано, стало классикой, что-то находит нас случайно, порой спустя долгие годы, как обрело жизнь. И ты поражаешься. Казалось бы, всё уже сказано-пересказано...

Приводится (и, увы! будет ещё приводиться) много мудрых объяснений-цитат известных исторических персон о конфликтах – локальных и мировых. Сегодня, по известным причинам, на слуху мысль Отто фон Бисмарка: «Войны выигрывают не генералы, войны выигрывают школьные учителя и приходские священники».

В унисон парадоксальному, на первый взгляд, утверждению звучит стихотворение выдающегося советского поэта (за многочисленными его заслуженными регалиями отправляю читателя в сеть) Владимира Фирсова: «Первый учитель». Памяти А.Коваленкова.

Я помню сожжённые сёла
И после победного дня
Пустую, холодную школу,
Где четверо, кроме меня.
Где нам однорукий учитель
Рассказывал про Сталинград...
Я помню поношенный китель
И пятна – следы от наград.

Он жил одиноко при школе.
И в класс приходил налегке.
И медленно левой рукою
Слова выводил на доске.

Мелок под рукою крошился.
Учитель не мог нам сказать,
Что заново с нами учился
Умению ровно писать.

Ему мы во всём подражали –
Таков был ребячий закон.
И пусть мы неровно писали,
Зато мы писали, как он.

Зато из рассказов недлинных
Под шорох осенней листвы
Мы знали про взятие Берлина
И про оборону Москвы.

Дымок от землянок лучился
Жестокой печалью земли.
– Любите, ребята, Отчизну,
Её мы в бою сберегли...

И слово заветное это
Я множество раз выводил.
И столько душевного света
В звучанье его находил!

А после
Поношенный китель
Я помню, как злую судьбу, –
Лежал в нём
Мой первый учитель
В некрашеном, светлом гробу.

Ушёл, говорили, до срока,
Все беды теперь позади.
Рука его
Так одиноко
Лежала на впалой груди!

Могилу
Землёй закидали.
И женщины
Тихо рыдали.
И кто-то негромко сказал:
– Медалей-то, бабы, медалей!
Ить он никогда не казал...

Мой первый учитель!
Не в праве
Забывать о тебе никогда.
Пусть жил ты и умер не в славе –
Ты с нами идёшь сквозь года.

Тебе я обязан
Всем честным,
Всем светлым,
Что есть на земле,
И думой о судьбах Отчизны,
Что нёс ты на светлом челе!

Как мне кажется, после таких слов, насыщенных не конъюнктурной пафосностью, но мощной энергетикой простоты и ясности, можно лишь помолчать. И мысленно добавить в Книгу памяти музея на Поклонной горе свою историю, о своём воине Бессмертного полка. И, быть может, не дожидаясь мая, заглянуть лишней раз в семейный альбом с пожелтевшими фронтowymi фотографиями.

Юрий КУБАНИН,
психиатр-нарколог,
психотерапевт.
Новосибирск.



Всё это было так давно

Евгений ИЗМАЙЛОВ

Офицерская доблесть

Офицерская доблесть,
офицерская слава
И традиции воинов
в армии есть.
Мы – люди в погонах,
выполняем приказы,
Защищаем Россию,
храним свою честь.
Офицеры России,
мы не просто солдаты,
Охраняем Россию
от нападков и бед,
Так поднимем бокалы
за народ и за доблесть,
За грядущую славу наших
побед!
Через час выступаем,
городок покидаем,
Где останутся жёны,
уют и тепло...
Офицерская служба –
мы её понимаем
С нами Бог и Россия,
всем бедам назло!
Вспомним тех, кто прошёл
через годы войны,
С честью выполнил долг
и не вышел из боя.
Офицеры России присяге
верны,
Чтоб народ процветал
и чтоб не было сбоя.

Самара детства моего

Борису Кожину


Самара детства моего...
Там газ-вода
за три копейки,
Три вяза, школа, эскимо,
Раскрашенные карамельки,
Походы в горы и в кино,
И семинары – Ленин,
Троцкий.
Футбол и лыжи, домино,
Фишгойт и ГМК, Высоцкий.
Разливы Волги, Жигули,
Валера Грушин, фестивали.
Музыка чувств, огонь души
И водка горькая в стакане.
Документальное кино –
Певцы Самары – Свойский,
Кожин.
Всё это было так давно.
Да, мир прекрасен,
хоть и сложен.
Мы все из детства,
и наш путь –
Вихрь событий по спирали,
Борьба идей
не как-нибудь –
Чтоб путь и зло
не совпадали.

ОБ АВТОРЕ. Е.Измайлов окончил лечебный факультет Самарского государственного медицинского института им. Д.И.Ульянова в 1981 г. Профессор кафедры анестезиологии, реаниматологии и скорой медицинской помощи ИПО Самарского ГМУ, доктор медицинских наук. Автор гимна общественной организации «Офицеры России».

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

Мнение редакции может не совпадать с точкой зрения авторов.

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

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

Главный редактор А.ПАПЫРИН.

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

Дежурный член редколлегии – Т.КОЗЛОВ.

Справки по тел.: 8 (495) 608-86-95. Рекламная служба: 8 (495) 608-85-44.

Отдел изданий и распространения: 8-916-271-08-13.

Адрес редакции, издателя: 129110, Москва, ул. Гиляровского, 68, стр. 1.

E-mail: mggazeta@mgzt.ru (редакция); rekmedic@mgzt.ru (рекламная служба); inform@mgzt.ru (отдел информации); mg.podpiska@mail.ru (отдел изданий и распространения); medgazeta72@mail.ru (электронная подписка); www.mgzt.ru

ИНН 7702394528, КПП 770201001, р/с 40702810338000085671, к/с 3010181040000000225, БИК 044525225 ПАО Сбербанк г. Москва

Отпечатано в ОАО «Московская

газетная типография».

Адрес: 123022, Москва,

ул. 1905 года, д. 7, стр. 1

Заказ № 0794

Тираж 11 015 экз.

Распространяется

по подписке

в Российской Федерации

и зарубежных странах.

